LA

SEMAINE MÉDICALE

91213

VINGT-CINQUIÈME ANNÉE

1905

PARIS

BUREAUX : 53, AVENUE DE VILLIERS

—

1905

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

(ANNÉE 1905)

A

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

U

V

X

Z

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

(ANNÉE 1905)

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DU BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL (ANNÉE 1905)

Pour la table alphabétique des matières du Bulletin bibliographique international, voir les tables trimestrielles (pages 163, 307, 463, 620).

A

B

C

D

H

I

J

T

U

V

W

Y

Z

Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

VINGT-CINQUIÈME ANNÉE — N° 1, 4 JANVIER 1905.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

CHIRURGIE PRATIQUE

Comment il faut faire l'appareil de mal de Pott.

Le jour où tous les médecins sauront faire un bon appareil plâtré de la colonne vertébrale, la question du traitement du mal de Pott sera résolue. Aussi veux-je indiquer ici, pour les praticiens, la manière simple et facile de construire cet appareil.

Sa hauteur varie naturellement selon le siège de l'affection.

Pour le mal de Pott dorsal au-dessous de la cinquième vertèbre dorsale et pour le mal de Pott lombaire, on emploie l'appareil moyen à col droit ou « col officier » (Voir *figure 12*).

Pour le mal de Pott cervical ou dorsal supérieur jusqu'à la cinquième vertèbre et pour tous les maux de Pott avec paralysie sans distinction de siège, il est nécessaire d'appliquer le grand appareil à entonnoir emboîtant la base du crâne (Voir *figure 23*).

On appelle enfin petits appareils les appareils sans col ni entonnoir, à réserver comme appareils de convalescence pour le mal de Pott dorsal ou lombaire.

I

Occupons-nous d'abord de l'*appareil moyen* à « col officier ».

1° *Ce qu'il faut se procurer pour faire l'appareil plâtré.*

Pour protéger la peau contre le contact du plâtre, on emploie un jersey ordinaire en coton. On complète ce revêtement, en haut, avec une cravate circulaire faite avec une lanière d'ouate, d'une largeur et d'une longueur égales à la hauteur et à la circonférence du cou, plus quelques centimètres, et d'une épaisseur de 1 centimètre; cette ouate est placée entre deux doubles de mousseline molle de même dimension. Au niveau de la poitrine, on ajoute, par-dessus le jersey, un carré d'ouate de 2 à 3 centimètres d'épaisseur, ayant la largeur et la hauteur de la poitrine (*fig. 1*).

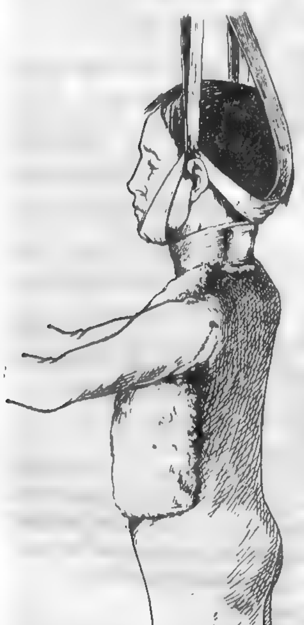


Fig. 1.

Jersey, cravate ouatée et carré d'ouate appliqué sur le thorax.

Pour faire le plâtre, on se procurera 4 bandes de mousseline ordinaire de 5 à 6 mètres de long et de 10 à 12 centimètres de large, avec lesquelles on préparera séance tenante des bandes plâtrées, en les déroulant et les enroulant de nouveau dans une cuvette à moitié pleine de bouillie plâtrée. Cette bouillie est faite avec 5 verres de plâtre et 3 verres d'eau froide sans sel.

En outre, il faut avoir 3 pièces de tarlatane que l'on trempe dans la même bouillie au moment de les appliquer, et qui servent, la première et la deuxième, à renforcer le dos et le devant de l'appareil, la troisième à faire la cravate de l'appareil.

Aux deux premières, on donne des dimensions identiques qui sont : comme longueur, une fois et demie la hauteur du dos; comme largeur, quelques centimètres de plus que la demi-circonférence du tronc; comme épaisseur, enfin, trois épaisseurs de tarlatane. L'une de ces deux pièces sera fendue dans le tiers de sa longueur en deux chefs de largeur égale.

La troisième pièce a la même épaisseur que les deux premières et une longueur qui est, de quelques centimètres, supérieure à la circonférence du cou, avec une largeur égale à la hauteur de ce dernier.

On les trempe séance tenante dans une deuxième cuvette remplie à moitié de la même bouillie de plâtre (5 verres de plâtre, 3 verres d'eau).

Les attelles et les bandes sont laissées dans les cuvettes jusqu'au moment d'en faire l'application, c'est-à-dire le temps de mettre le malade en position (une ou deux minutes).

2° *Position à donner au malade.*

Celui-ci sera placé dans la position verticale, plus commode que l'horizontale pour faire l'extension du tronc, et plus commode aussi pour construire régulièrement un bon appareil.

3° *Appareil de soutien et sangle occipito-mentonnière.*

Il est commode d'employer, pour faire l'extension, un appareil improvisé, une échelle double, par exemple (*fig. 2*), d'où part une corde médiane fixée au milieu d'un bâton portant des rainures transversales, destinées à recevoir les boucles latérales de la sangle qui soutient la tête. Car on soutient simplement le sujet, on ne le suspend pas véritablement. On ne fait, en un mot, que l'extension, à laquelle on peut arriver sans que les talons abandonnent le sol, ce qui rend cette manœuvre très inoffensive pour les sujets les plus débiles, et très bien tolérée jusqu'au bout des dix à quinze minutes nécessaires pour finir l'appareil. Cette traction douce, continuée pendant un quart d'heure, suffit néanmoins pour assurer la bonne attitude du rachis.



Fig. 2.

Appareil de soutien improvisé.

Il est facile de régler l'extension en rapprochant ou en éloignant les pieds de l'échelle.

Quant à la sangle occipito-mentonnière qui remplace très avantageusement le collier de Sayre, on la fabrique extemporanément avec deux bandes de toile et trois épingles de la manière représentée ci-dessous (*fig. 3* et *4*). On passe la sangle par son ouverture médiane autour de la tête jusque sous le menton et l'occipital (*fig. 5*), puis les deux boucles latérales sont accrochées aux extrémités du bâton transversal.



Fig. 3.

Manière de préparer la sangle.

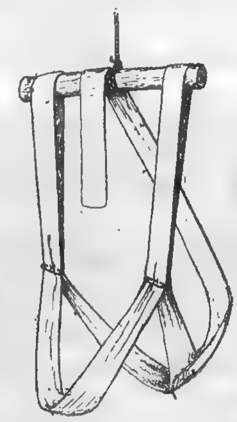


Fig. 4.

Forme de la sangle terminée et adaptée à l'appareil de traction.

En tirant sur la pièce postérieure de la sangle, on peut à volonté abaisser le menton et relever la partie postérieure de la tête (*fig. 6*). Dès que le menton est amené au niveau normal (niveau de la troisième cervicale), on fixe cette position

en nouant l'extrémité de la bande postérieure autour de la partie médiane de la tringle ou du

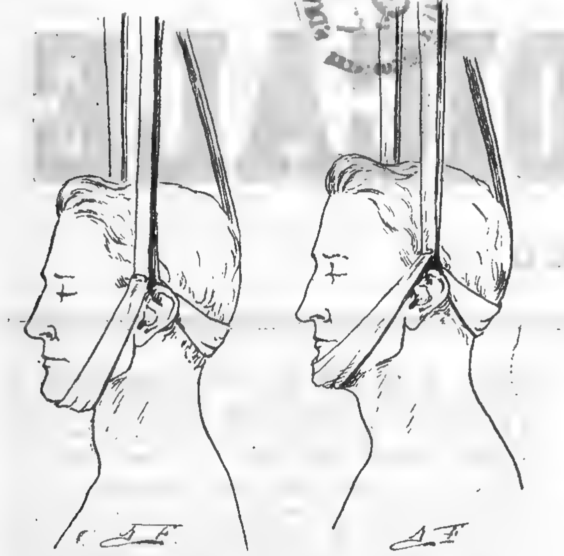


Fig. 5.

A gauche, mauvaise application de la pièce mentonnière : cette pièce, placée trop en arrière, dérape vers la partie profonde du cou et étrangle le sujet.
A droite, bonne application de la pièce mentonnière : celle-ci embrasse le menton, à la façon d'une fronde; le sommet du menton répond au milieu de la largeur de la bande.

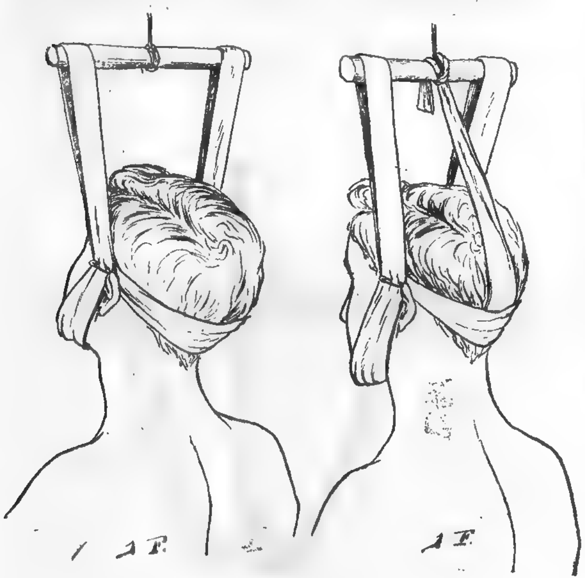


Fig. 6.

La comparaison de ces deux figures montre l'utilité de la bande postérieure.
A gauche, cette bande fait défaut : les deux chefs antérieur et postérieur étant égaux, la tête est renversée en arrière.
A droite, la bande postérieure empêche ce renversement.

bâton. Un assistant quelconque a soin de prendre et de soutenir les mains du sujet et l'on passe immédiatement à l'application de la première bande.

4° *Mode d'application des bandes.*

L'opérateur, placé à gauche du malade, se tiendra debout pour un malade de grande taille et assis pour un enfant. Il prend la première bande dans la cuvette sans l'exprimer et l'applique en commençant par l'épaule droite; pour cela, l'extrémité de la bande est retenue sur l'omoplate gauche par la main gauche, tandis que la main droite conduit la bande en diagonale de l'épaule droite à l'aisselle gauche, par devant, puis horizontalement de l'aisselle gauche à l'aisselle droite, en arrière (*fig. 7*), ensuite de l'aisselle droite en remontant en diagonale vers l'épaule gauche par devant, enfin de l'épaule gauche à l'aisselle droite en arrière et de l'aisselle droite à l'aisselle gauche horizontalement en avant (*fig. 8*); de là, on revient à l'omoplate droite, point de départ, et l'on continue de même. On fait donc des diagonales sur les épaules en repassant deux fois aux mêmes places; après quoi on roule des circulaires depuis l'aisselle jusqu'à la ligne trochantérienne en descendant progressivement; chaque circulaire doit recouvrir à moitié le précédent.



Fig. 7.

Application de la première bande.

Le chef initial est placé à la pointe de l'omoplate gauche (1); puis la bande est conduite sur l'épaule droite, passe en diagonale sur le thorax, traverse l'aisselle gauche (2), enfin est conduite horizontalement en arrière, de l'aisselle gauche à l'aisselle droite (3).

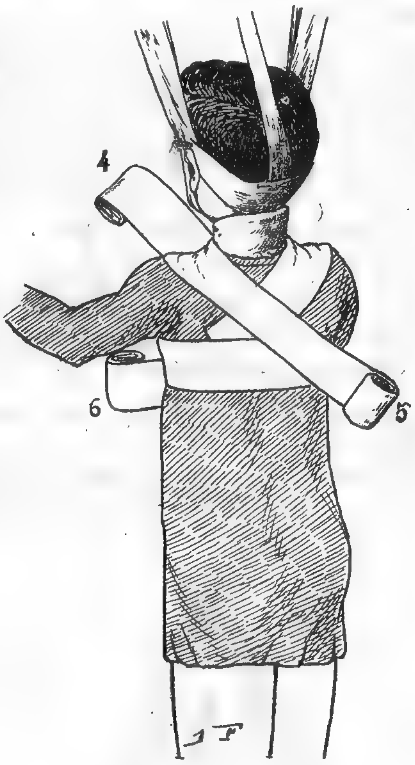


Fig. 8.

Application de la première bande (suite).

De l'aisselle droite, la bande passe diagonalement en avant sur la face antérieure du thorax, de l'aisselle droite à l'épaule gauche (4); elle est ensuite conduite diagonalement en arrière, de l'épaule gauche à l'aisselle droite (5); passant enfin en avant, elle va horizontalement de l'aisselle droite à l'aisselle gauche (6).

Une seule bande suffit pour les diagonales et les circulaires s'il s'agit d'un enfant au-dessous de dix ans. Deux bandes sont nécessaires s'il s'agit d'un adolescent.

Les bandes doivent être roulées *exactement*, mais *sans pression :* exactement, l'appareil ne sera pas trop lâche; sans pression, il ne sera pas trop serré.

5° *Mode d'application des attelles et de la bande de recouvrement.*

On applique alors les attelles, bien imprégnées mais non exprimées (ou à peine exprimées), par-dessus cette première bande.

a) Choisissant pour le dos l'attelle fendue à son extrémité, on en met le bord inférieur au niveau du coccyx; le dos est donc recouvert par les deux tiers inférieurs de l'attelle. Le tiers supérieur, qui dépasse en haut les omoplates, a été fendu, avons-nous dit, en deux chefs de largeur égale pour couvrir les épaules (*fig. 9*); chaque chef contourne en avant le



Fig. 9.

Incisions sur les deux chefs de l'attelle postérieure pour en faciliter l'application.

moignon de l'épaule correspondante, passe sous l'aisselle et revient se raccorder au bord latéral correspondant de la pièce postérieure;

b) On prend ensuite l'attelle antérieure, que l'on applique d'abord par son bord supérieur sur la ligne des clavicules, puis sur la poitrine et l'abdomen. Le tiers inférieur de l'attelle est libre et pend au-dessous du pubis, sur les cuisses; on replie ce tablier sur le tiers moyen, au niveau du ventre; le pli de flexion correspond à la ligne des trochanters; il constituera le bord inférieur de l'appareil;

c) La pièce circulaire du cou est appliquée comme une cravate (*fig. 10*), tout autour de la cravate ouatée. Le bord supérieur de cette pièce s'arrête à 1 centimètre au-dessous du bord supérieur de la cravate ouatée et le bord inférieur empiète sur les parties supérieures des deux attelles précédentes.

Ces trois attelles appliquées, ce qui est très rapidement fait (une minute pour chacune si l'on est aidé par une ou deux personnes), on roule par-dessus une bande plâtrée de la même manière que l'on a roulé la bande de dessous, c'est-à-dire en diagonales et en circulaires.

Une bande par-dessus les attelles et une au-dessous (deux en tout) suffisent pour construire l'appareil chez les enfants de moins de dix ans. Mais quatre bandes sont nécessaires pour les sujets de douze à seize ans. Il en faut même cinq ou six chez les sujets de plus de seize ans pour donner au plâtre l'épaisseur voulue.

6° *Modelage de l'appareil.*

L'appareil est alors fini. Il n'y a plus qu'à le modeler exactement sur le bassin et le contour des épaules.

Pour mouler le bassin, on déprime l'appareil plâtré au-dessous et au-dessus des crêtes iliaques, et on le fait plaquer exactement, avec les deux mains, sur le pubis et sur le sacrum; on l'applique aussi avec une pression légère sur le contour des épaules, c'est-à-dire sur les omoplates en arrière, et sur l'extrémité externe de la clavicule et de la voûte acromiale en avant.

Le moulage du bassin se fait en embrassant avec la paume des mains à moitié fermées les épines et les crêtes iliaques, et en déprimant



Fig. 10.
Attelles antérieure et postérieure et tour de cou mis en place.

le plâtre au-dessus du bord supérieur et en dedans du bord antérieur de l'os coxal avec la pulpe des doigts, tandis que les talons des mains le dépriment au-dessous des crêtes iliaques, qui se trouvent ainsi coiffées par l'appareil.

On attend, en faisant ce modelage, la prise du plâtre, qui demande quinze minutes environ à partir du moment où les bandes et les attelles ont été placées dans la bouillie plâtrée (faite dans les proportions indiquées) : l'application des bandes et des attelles demandant de cinq à dix minutes, on a encore cinq minutes environ avant la prise du plâtre.

Ce qui pourrait retarder, c'est la fabrication de la sangle. Pour éviter ce retard imprévu, quand on n'a pas une certaine habitude de ces appareils, il faut avoir soin de préparer cette sangle avant d'imprégner les bandes et les attelles de la bouillie plâtrée.

A la quinzième minute environ, le plâtre est pris; on peut enlever le sujet de l'appareil de tension. Pour cela, on tire simplement en avant, pour la faire déraper, la pièce mentonnière de la sangle; on laisse l'enfant debout pendant encore cinq minutes, pour ne pas s'exposer à briser l'appareil en le couchant trop tôt.

7° *Émondage de l'appareil.*

Une demi-heure après que l'appareil est fini, l'enfant étant couché sur la table, on procède à cet émondage (*fig. 11*). En bas, au-dessous des épines iliaques et de chaque côté de celles-ci, on coupe le plâtre avec un bistouri, en coup d'ongle, par petites tranches successives, jusqu'à ce que le sujet puisse plier la cuisse à angle droit si l'on veut qu'il marche avec l'appareil; un peu moins, s'il doit rester couché, car les jambes seront ainsi bridées.

On laisse le plâtre descendre en avant sur le pubis, et en arrière aussi sur le sacrum.

En haut, on échancre de chaque côté des épaules tout ce qui dépasse l'articulation scapulo-humérale. On dégage de quelques millimètres les aisselles pour donner de l'aisance aux mouvements des bras et l'on rogne de 2 millimètres également le bord supérieur du col pour le régulariser.

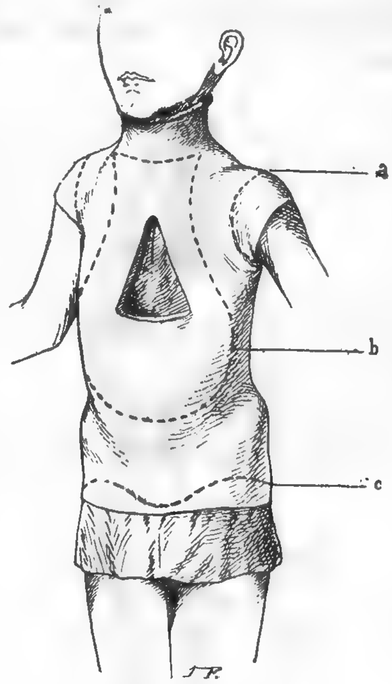


Fig. 11.
L'appareil moyen brut; les lignes pointillées *a*, *b*, *c*, figurent les limites des parties à émonder.

On fait ensuite, sur le devant de la poitrine, une petite fenêtre provisoire par où l'on retire toute l'ouate. L'on donne ainsi du jeu au thorax sans nuire à la solidité de l'appareil.

Le lendemain, on polit le plâtre avec une couche de 1 à 2 millimètres de la même bouillie; et le surlendemain, l'appareil étant bien sec, on fait la fenêtre antérieure définitive que voici (*fig. 12*).



Fig. 12.
L'appareil moyen émondé.

8° *Ouverture de la fenêtre dorsale.*

Ce même jour, on ouvre dans le dos la fenêtre qui permettra de faire la contention ou la compression des vertèbres malades; dispositif nouveau, et indispensable, de tous les appareils de mal de Pott.

Cette fenêtre dorsale est grande comme la main (*fig. 13*). La pièce plâtrée est enlevée à l'emporte-pièce avec un bistouri, puis on fend en croix le petit carré de jersey. La peau ainsi mise à nu, on procède à la compression. On commence par recouvrir la peau d'une couche protectrice de vaseline de plusieurs millimètres d'épaisseur; on prend alors des carrés d'ouate un peu plus larges que la fenêtre, ayant 1 centimètre d'épaisseur et découpés séance tenante, et on les introduit un par un entre les vertèbres malades et la paroi profonde des montants de la fenêtre. On met ainsi 10, 12, 15 carrés entre la gibbosité et le plâtre.

L'ouate fait un dôme saillant à travers l'ouverture de la fenêtre (*fig. 14*). On fait rentrer ce dôme d'ouate jusqu'au niveau du plâtre avec une ou deux bandes de mousseline gommée mouillée, roulée en circulaires et passée avec une forte pression sur le dôme ouaté (*fig. 15* et *16*).



Fig. 13.
Fenêtre dorsale destinée à la compression de la gibbosité. En C, carrés d'ouate destinés au bourrage de la fenêtre. Contre les bords de celle-ci se voient les bords du jersey.

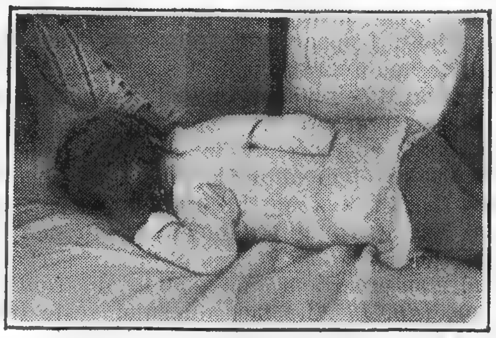


Fig. 14.
Le dôme d'ouate saillant par la fenêtre dorsale.



Fig. 15.
Compression du dôme au moyen de la bande de mousseline gommée.

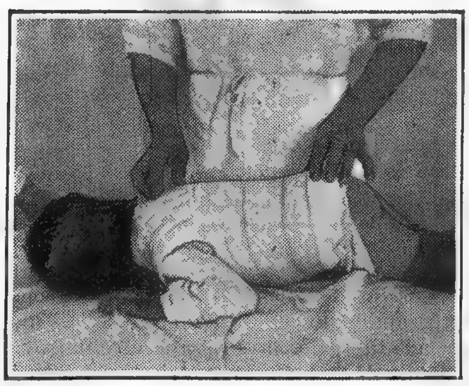


Fig. 16.
La compression est terminée.

Cette bande gommée colle bientôt intimement sur le pourtour du plâtre et dès le lendemain on peut découper et enlever la partie de cette bande qui recouvre la fenêtre antérieure (thoracique) de l'appareil, ce qui rend à la respiration toute sa liberté.

Cette compression sera refaite et augmentée de la valeur de 2 ou 3 carrés d'ouate tous les mois ou tous les deux mois.

En cas de gibbosité, celle-ci est par ce moyen progressivement repoussée en avant, tandis que les vertèbres sus et sous-jacentes tendent au contraire à revenir vers la paroi postérieure de l'appareil à cause de l'immobilisation de l'épaule et du bassin. Le cas est comparable à celui d'un enfant adossé à une échelle verticale, à laquelle il serait solidement attaché par les épaules et le bassin, tandis qu'on repousserait la partie médiane du dos d'arrière en avant avec la main.

Tout cela s'est fait lentement, méthodiquement. Si bien que cette compression très efficace, qui est aussi énergique qu'on le veut, est cependant extrêmement douce et parfaitement bien tolérée, ne donnant jamais d'eschares, au lieu qu'avec l'appareil plein derrière, tel qu'on le fait partout, les eschares sont fréquentes quoique la contention soit absolument insuffisante.

II

Pour ce qui est du *grand appareil* emboîtant la base du crâne, nous nous bornerons à signaler les différences qu'il présente avec le précédent. L'appareil de tension et la sangle occipito-mentonnière sont les mêmes. Au lieu de la cravate circulaire, on met, pour compléter le jersey, une cravate ouatée oblique suivant la circonférence occipito-mentonnière. On complète le revêtement de la base du crâne par deux tours d'ouate de 1 centimètre d'épaisseur, dont l'un est conduit autour de la tête en méridien, du menton au vertex, et l'autre perpendiculaire au précédent, en équateur, du front à la nuque (*fig. 17*). La face du sujet reste libre. Voilà pour ce qui regarde le revêtement.



Fig. 17.

Cravate oblique occipito-mentonnière et tours d'ouate, l'un en équateur, l'autre en méridien, pour compléter la protection de la tête.

En ce qui concerne les pièces plâtrées, les deux grandes pièces du tronc sont les mêmes, mais au lieu de la cravate circulaire, nous préparons deux pièces carrées de 15 à 25 centimètres suivant la taille du sujet, toujours à trois épaisseurs, qui seront appliquées l'une en avant, l'autre en arrière pour faire l'armature de la partie supérieure de l'appareil plâtré. Ces préparatifs faits, l'on passe à l'application des bandes et des attelles.

La première bande plâtrée est roulée autour de la tête en méridien et en équateur, en commençant par les méridiens et en allant du vertex au-dessous du maxillaire, comme si l'on voulait faire un bandeau vertical (*fig. 18*). On repasse 3 fois, puis on coupe la bande et on roule le reste en équateur, du front à la nuque; on repasse 3 ou 4 fois dans cette deuxième direction.

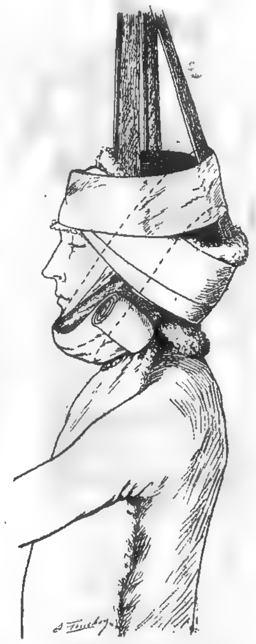


Fig. 18.

Manière de rouler la première bande plâtrée autour de la tête, en équateur et en méridien.

On ajoute deux ou trois tours circulaires assez lâches autour du cou en empiétant sur le tronc (*fig. 19*). Puis on applique les attelles



Fig. 19.

Manière de conduire la bande plâtrée de la tête sur le tronc (de 1 à 6). On peut plus simplement la couper dès que la tête est recouverte.

Les deux attelles du tronc sont placées comme pour l'appareil précédent; les deux attelles carrées supplémentaires sont mises l'une en avant, du menton aux deux clavicules, l'autre en arrière, du vertex aux omoplates, en empiétant, par conséquent, en bas plus ou moins largement sur les deux grandes attelles du tronc (*fig. 20*).

Puis l'on maintient les deux attelles de la tête par des tours de bande en méridiens et équateurs (*fig. 21*), comme ci-dessus, et les attelles du tronc par une bande roulée en diagonales; enfin l'on raccorde la tête et le tronc par quelques circulaires intermédiaires.

Si le sujet a plus de douze ans, une cinquième et une sixième bande sont généralement nécessaires pour donner au plâtre l'épaisseur voulue.

Après quoi, on passe au modelage de l'appareil, qui se fait, sur les épaules et le bassin, comme pour le petit appareil.

Il n'est pas nécessaire généralement de modeler l'appareil avec les mains sur le menton et l'occiput; il se modèle suffisamment de lui-même sous l'influence de la tension exercée par la sangle sur la colonne vertébrale.



Fig. 20.

Application des deux attelles antérieure et postérieure de la tête.



Fig. 21.

Ces deux attelles sont plaquées autour de la tête avec la bande plâtrée.

L'on attend quelques minutes, jusqu'à la prise du plâtre, puis on supprime la tension en enlevant du bâton les boucles de la sangle; au bout de dix minutes on couche l'enfant. Pour ne pas briser l'appareil en le couchant, l'on amène la tête en dehors de l'extrémité de la table, et l'on enlève avec un bon bistouri, en procédant avec précaution, toute la partie du plâtre qui dépasse la circonférence occipito-mentonnière.

On peut supprimer alors la sangle de soutien. Pour cela, on retire les deux épingles latérales sus-auriculaires, et on enlève avec précaution la pièce mentonnière d'abord, puis l'autre; ou bien l'on coupe aux ciseaux, d'un seul côté, au-dessous de l'oreille, les deux chefs antérieur et postérieur de la sangle, et l'on tire à soi de l'autre côté. Il vaut mieux enlever la sangle que de la laisser en place dans l'intérieur de l'appareil.

On fait la fenêtre provisoire (*fig. 22*), par laquelle on retire l'ouate, comme pour le petit appareil.

Le surlendemain, on ouvre la fenêtre définitive antérieure, qui part en haut de l'union du cou et du maxillaire : le larynx est donc libre en avant, sans quoi il serait gêné par la compression d'arrière en avant qu'on peut être

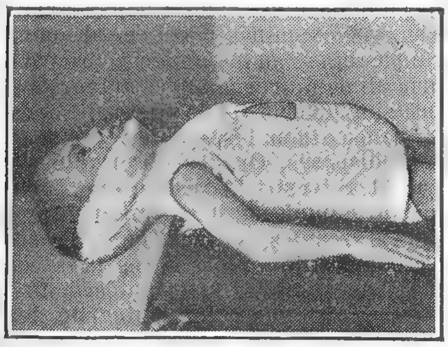


Fig. 22.
Le grand appareil avec sa fenêtre provisoire.

amené à faire sur les vertèbres cervicales malades (*fig. 23*).

Cette compression, par la fenêtre postérieure, est pratiquée comme avec le petit appareil.



Fig. 23.
Le grand appareil terminé, avec sa fenêtre remontant jusqu'à l'os hyoïde.

III

J'ai dit que non seulement les maux de Pott supérieurs, mais encore tous les maux de Pott avec paralysie sont soignés au moyen de ce grand appareil.

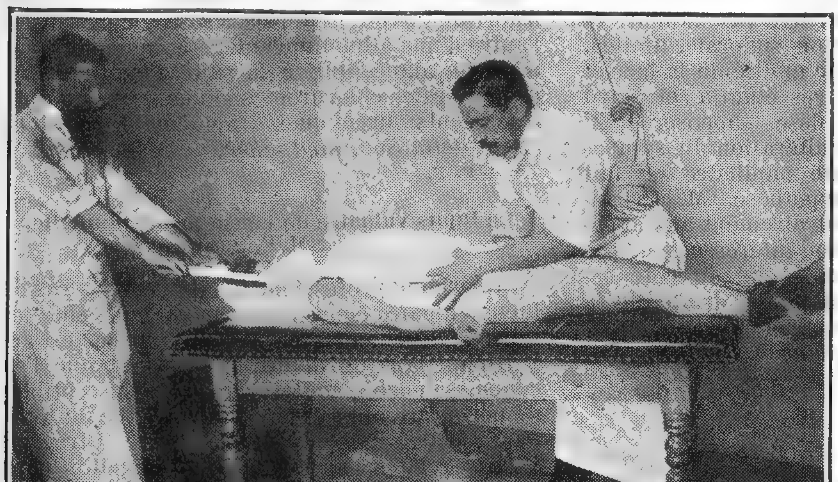


Fig. 24.
Manière de faire l'extension du rachis en position horizontale jusqu'à la prise du plâtre. L'aide du milieu modèle l'appareil autour du bassin.

Grâce à l'entonnoir qu'il comporte, on peut en effet conserver beaucoup plus exactement l'extension nécessaire à la guérison de la paralysie.

Cette extension sera très notable ici, car le sujet, ne s'appuyant pas sur les pieds puisqu'il est paralysé, tirera de tout le poids de son corps sur la sangle.

Si l'extension devient à la fin de la séance trop pénible pour le malade (l'appareil tardant un peu à sécher), on peut l'atténuer en supprimant la suspension. Pour cela, on enlève, avec l'enfant, le bâton et la sangle et l'on couche le petit malade sur une table. On tire sur la tête par l'intermédiaire du bâton avec les deux mains, de la force qu'on veut (de 10 à 15 kilos, généralement); tandis qu'un aide retient le sujet par les pieds (*fig. 24*), on modèle l'appareil sur les contours des épaules et sur la ceinture pelvienne. Le modelage sur le bassin se fait en somme ici comme dans l'appareil de coxalgie, et l'on attend dans cette position horizontale la prise du plâtre.

Tels sont les deux appareils qui nous permettent de soigner avec succès *tous* les maux de Pott, quel qu'en soit le siège.

Parmi leurs avantages, ces appareils permettent très aisément la surveillance d'un point suspect et le traitement des abcès : il suffit pour cela de faire à l'emporte-pièce une fenêtre à l'endroit voulu.

Dr Calot (de Berck-sur-Mer).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

La pression artérielle au cours de l'artériosclérose, par M. Th. Dunin.

Dans ces dernières années, l'auteur a pratiqué, à l'aide du tonomètre de Gärtner, 1,000 mensurations sphygmomanométriques sur 420 malades atteints d'artériosclérose, ou offrant du moins des symptômes attribuables à cette affection.

Parmi eux, 120 présentaient un pouls normal ou hypotendu. Il convient toutefois de tenir compte que, dans un certain nombre de ces cas, l'état du pouls ne paraît pas avoir été sous la dépendance de l'artériosclérose. Il en fut ainsi dans 24 faits où, en l'absence de tout phénomène d'auscultation justifiant l'hypothèse d'une lésion du cœur ou de l'aorte, les accidents pouvaient s'expliquer par l'obésité dont souffraient les sujets. Plusieurs cas d'arythmie doivent également être éliminés en raison de leur origine probablement névropathique, et il en est de même de 8 patients chez lesquels on notait seulement des sinuosités de la radiale, symptôme notoirement insuffisant, d'après M. Dunin, pour justifier le diagnostic d'artériosclérose. Défalcation faite de ces différentes catégories de malades, il en restait 80 dont la pression artérielle était abaissée ou normale, ce qui, en regard des 300 cas à hypertension, représente une proportion de 21 % du total.

Chez 36 de ces 80 malades, l'angine de poitrine était en cause. Pour 8 autres, dont la pression, très basse, variait entre 140 et 90 millimètres, le renforcement du second bruit pulmonaire constituait le seul signe physique du côté du système vasculaire.

Dans une troisième catégorie, il convient de placer 14 faits où, en dehors des signes fonctionnels, tels que dyspnée, palpitations, œdème du membre inférieur, ainsi que d'un notable degré d'obésité, il existait des altérations anatomiques du cœur et de l'aorte : ces malades présentaient tous une dilatation de la crosse de l'aorte, souvent une dilatation de l'orifice de ce vaisseau, ainsi qu'en témoignaient les signes physiques. Les mêmes manifestations morbides, sauf l'obésité, se retrouvaient chez les 22 derniers sujets. Il paraît donc logique de conclure que les phénomènes observés chez les 14 patients susmentionnés ne relevaient nullement de l'exagération de l'embonpoint, mais bien de l'artériosclérose. Ce qui milite également en faveur de l'origine vasculaire de ces troubles, c'est que, chez 4 des malades en question, il existait des lésions des artères cérébrales, que révélaient des vertiges permanents ou revenant par accès.

Pour ce qui est de la pathogénie de l'hypotension des artérioscléreux, l'auteur estime que, les cas d'angine de poitrine mis à part, ce phénomène ne se produit que chez des individus exempts d'artériocapillarite fibreuse et présentant exclusivement des lésions des grands troncs artériels. Aussi bien s'agit-il le plus souvent, en pareille occurrence, de sujets d'âge moyen, quelquefois même très jeunes; jamais on ne rencontre de vieillards parmi eux.

Sur les 300 artérioscléreux à pouls hypertendu que M. Dunin a eu l'occasion d'examiner, 90, soit 30 %, présentaient cette particularité de n'éprouver aucun signe subjectif attribuable à l'artériosclérose : le plus souvent c'était pour des troubles nerveux ou rénaux, pour de l'obésité ou de la lithiase biliaire, que les malades venaient consulter. Or, c'est précisément chez les sujets rentrant dans ce groupe que l'auteur a observé les pressions sanguines les plus élevées : fréquemment, chez eux, le sphygmomanomètre indiquait 240 à 290 millimètres de mercure.

Dans un autre groupe, comprenant 80 patients, les lésions rénales ont joué un rôle prédominant dans l'évolution de la maladie. Abstraction faite de 11 cas d'angine de poitrine, on peut distinguer les faits rentrant dans ce groupe en deux catégories : l'une où il existait une artériocapillarite latente, l'autre où cette lésion était manifeste. La première de ces catégories comprend 23 cas dont 2 néphrites, l'autre, 46 cas dont 23 néphrites. On peut en déduire que, lorsqu'il existe une artériocapillarite manifeste, le rein est malade dans la moitié des cas.

Quant à la corrélation admise par certains auteurs entre l'obésité et la pression artérielle, M. Dunin estime que cette manière de voir ne saurait être acceptée. Sur 136 cas, en effet, où il a vu les deux affections réunies chez le même sujet, le pouls était tantôt hypertendu, tantôt hypotendu (chez un malade pesant 125 kilos, la tension artérielle était de 130 millimètres seulement). Or, dans les cas à hypotension, la pression est toujours demeurée invariable quand on faisait maigrir les patients, tandis que chez les obèses hypertendus, la cure d'amaigrissement a généralement amené un abaissement manifeste de la tension.

Le renforcement du second bruit au foyer d'auscultation de l'aorte est considéré par nombre de cliniciens comme le signe le plus important de l'hypertension artérielle. Pourtant, ce signe a fait défaut dans la moitié environ des cas observés par M. Dunin. L'auteur admet qu'en pareille occurrence, le second bruit aortique était réellement renforcé, mais que ce renforcement n'était pas perceptible à l'oreille, probablement en raison de certaines dispositions s'opposant à la transmission intégrale du son. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 5-6.) — F. M.

De l'hématome des gaines tendineuses sous-cutanées, par M. H. Küttner.

Il n'est pas douteux qu'à la suite des traumatismes articulaires ou péri-articulaires, les gaines tendineuses ne contiennent souvent du sang; mais il paraît exceptionnel que l'épanchement soit enkysté et surtout que l'hématome des gaines se présente, en clinique, comme une lésion indépendante. On n'en

trouve, du moins, dans la littérature, à part quelques brèves mentions, que 3 observations de M. Juvara (de Bucarest) et c'est à lui que revient la première description de ce curieux accident. M. Küttner apporte un nouveau cas, aussi très caractéristique, dont voici le résumé :

Un étudiant de Tubingue tombe sur la main droite; est-ce le dos ou la paume de la main qui a porté, on ne sait; toujours est-il que, séance tenante, une voussure allongée et douloureuse apparaît sur le dos de la main, et s'accroît encore dans la nuit suivante. Au matin, on constate une tuméfaction longitudinale en Y renversé, dont la branche médiane occupe la face dorsale du poignet sur le prolongement du deuxième espace inter-métacarpien, les deux branches de division inférieure se prolongeant, l'une sur la base des troisième et quatrième métacarpiens, l'autre, vers la base du premier métacarpien. Cette tuméfaction était bien circonscrite, tendue, élastique, fluctuante : les deux prolongements inférieurs ne semblaient pas communiquer entre eux; de plus, le prolongement externe se réduisait et s'affaissait beaucoup plus que l'interne, sous la compression. Il n'y avait pas de communication avec la jointure radiocarpienne.

On conclut à un hématome de la gaine commune aux tendons de l'extenseur commun et à celui de l'extenseur de l'index, et de la gaine du long extenseur propre du pouce. Ainsi s'expliquait l'indépendance des deux voussures; d'autre part, la dépressibilité de la voussure externe tenait, sans doute, à la présence d'un orifice anastomotique entre la gaine du long extenseur propre du pouce et celle des radiaux, orifice qui n'est pas constant, mais très fréquent, comme l'a démontré M. Juvara. Ajoutons que le double hématome péri-tendineux se résorba sans incident, sous l'action du massage.

La ponction n'ayant pas été faite, la preuve visible de la nature hématique de l'épanchement a manqué; mais la démonstration clinique n'en est pas moins indiscutable : le développement immédiat de la tuméfaction, la forme qu'elle affectait, sa mobilité avec les tendons ne laissaient aucun doute. Comment se produisent ces hématomes? Par choc direct, ou par distension, sans doute; il y a lieu de noter, toutefois, que les 4 cas publiés jusqu'ici se rapportent aux tendons du dos de la main : à ceux des radiaux, chez les 3 malades de M. Juvara, à ceux de l'extenseur commun et de l'extenseur propre du pouce, dans l'observation de M. Küttner. Pour que l'épanchement reste enkysté dans la gaine, il faut admettre, d'ailleurs, que celle-ci est restée intacte, ou encore, ajoute l'auteur, que la fissure initiale est obturée par un caillot. Et d'où vient le sang dans l'hypothèse d'une gaine demeurée continue? Peut-être, dans quelques cas, de la jointure voisine, s'il existe une communication; plus souvent, et c'est aussi la conclusion de M. Juvara, de la rupture des vaisseaux du feuillet viscéral, tendineux, de la gaine, et du méso-tendon.

En pratique, on reconnaîtra sans peine, aux signes plus haut indiqués, ces hématomes péri-tendineux, d'évolution bénigne, en somme, qui guérissent par le repos et le massage, mais dont une ponction précoce suivie de compression aurait plus vite encore raison. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 2.) — L.

Contribution à l'étiologie des troubles unilatéraux de la sécrétion sudorale (hyper et anhidrose unilatérale), par M. E. Urbantschitsch.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas d'hyperhidrose de la moitié droite de la face avec anhidrose de la moitié opposée, qui mérite d'être signalé surtout en raison de son étiologie.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, qui, à l'âge de quatorze ans, fut appelée à faire, par une journée très chaude et en plein soleil (sans ombrelle ni chapeau), une course pressée de trois quarts d'heure. Lorsqu'elle arriva à destination, on fut effrayé par le facies qu'elle présentait, mais, sur le moment, elle ne se plaignit d'aucun trouble particulier, sauf une sensation insolite de chaleur. Après être restée deux heures environ dans un local relativement frais, elle se remit en route, vers trois heures de l'après-midi, pour rentrer chez elle. En marchant, elle ne tarda pas à remarquer qu'elle n'avait plus besoin d'essuyer que la moitié droite de son visage, la moitié gauche ne transpirant pas du tout. La différence entre les deux côtés était tellement accentuée qu'au retour de la jeune fille son entourage lui demanda si elle n'avait pas subi un coup de soleil du côté droit, qui était très rouge et transpirait abondamment, alors que la moitié gauche de la face était complètement sèche et assez pâle.

Cette anomalie a persisté jusqu'à présent, c'est-à-dire depuis cinq ans et demi environ. Même à l'occasion des plus grands efforts physiques, le côté gauche du visage ne subit aucun changement de coloration, ne sécrète pas la moindre goutte de sueur et donne une sensation de fraîcheur, tandis que la moitié opposée devient d'un rouge sombre et est le siège d'une transpiration excessive avec sensation de chaleur. Les deux parties sont nettement délimitées par la ligne médiane. Sur tout le reste du corps, la sécrétion sudorale se fait des deux côtés. Quant à la face, M. Urbantschitsch a été à même de se convaincre, en observant la patiente lors d'une ascension de montagne, que la moitié gauche présente, non pas une diminution de la sécrétion, mais une véritable anhidrose, tandis que du côté droit il existe une hyperhidrose incontestable.

Par contre, dans les conditions habituelles, on ne remarque aucune anomalie vasomotrice ou sudorale. Si l'on mesure alors la température du conduit auditif obturé à l'extérieur, on trouve à droite 36°12, et à gauche 35°97; du côté de la peau des joues, le thermomètre marque 34°5 à droite et 34° à gauche; enfin, pour les parties supérieures et latérales du cou, on obtient 33°2 du côté droit et 33° du côté gauche. Ainsi donc, la température de la moitié droite est plus élevée que celle de la moitié opposée, sans que les différences soient cependant bien marquées. L'auteur n'a pas eu l'occasion de procéder aux mensurations thermiques pendant la phase de chaleur. D'autre part, il a pu constater que les émotions ne déterminent aucune différence apparente dans la coloration des deux moitiés de la face. Les glandes cérumineuses des conduits auditifs fonctionnent avec une égale intensité des deux côtés.

Il convient, enfin, de mentionner l'existence d'une légère inégalité pupillaire (myosis du côté gauche), la différence entre les deux pupilles étant à peu près égale à un sixième du diamètre de la pupille droite. La réaction à la lumière et à l'accommodation se produit, toutefois, d'une manière rapide.

La coexistence des désordres vasomoteurs et des troubles de la sécrétion sudorale, limités, les uns et les autres, à une moitié de la face et du cou, tout le reste du corps étant à cet égard complètement normal, laisse supposer qu'il s'agit, dans ce cas, d'une altération du sympathique cervical. L'inégalité pupillaire ne fait que corroborer cette hypothèse. M. Urbantschitsch estime que, contrairement aux apparences, la lésion en question intéresse, non pas le sympathique droit, mais celui du côté opposé, l'hyperhidrose de la moitié droite de la face étant un simple phénomène de compensation. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 décembre 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS ITALIENNES

L'abus de chlorure de sodium comme cause de néphrite, par M. T. Silvestri.

Si l'influence nocive du chlorure de sodium chez les brightiques est aujourd'hui démontrée par une série de faits qui ne laissent guère place au doute, la question de savoir si le sel ingéré en excès est à lui seul capable de faire apparaître des lésions rénales demeure imparfaitement élucidée, du moins au point de vue clinique. A la vérité, MM. Castaigne et Rathery, dans un travail publié l'année dernière dans ce journal même (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 309-312), signalaient bien qu'ils avaient pu déterminer, chez 4 sujets non brightiques sur 48 examinés à cet égard, une albuminurie passagère au moyen de l'épreuve de la chlorurie alimentaire; mais ces auteurs en concluaient simplement qu'il s'agissait dans ces cas de reins sinon lésés antérieurement, du moins prédisposés. Or, des observations relatées par M. Silvestri, il résulte que l'abus du chlorure de sodium suffit parfaitement à créer des lésions rénales, et cela en l'absence de toute prédisposition, puisque ces faits concernent de jeunes sujets, sans antécédents permettant de faire suspecter l'intégrité de leur émonctoire rénal, qui, poussés par une appétence particulière, ingéraient par gourmandise des quantités notables de chlorure de sodium et finirent par présenter le tableau classique de la néphrite parenchymateuse. En quelques années, l'auteur aurait recueilli une dizaine de cas de ce genre, mais il se contente de donner les 2 plus typiques.

Le premier a trait à un garçon de onze ans qui, ayant manifesté dès sa première enfance une grande avidité pour le sel de cuisine, avait eu à l'âge de sept ans une atteinte de néphrite grave, avec ascite abondante, œdèmes, urines rares, troubles, sédimenteuses, contenant des cylindres hyalins et 9 grammes d'albumine par litre. Sous l'influence d'un traitement approprié, et notamment de l'abstinence de sel, ces troubles n'avaient pas tardé à disparaître, mais l'enfant était resté faible et pâle et, quatre ans plus tard, à la suite d'un refroidissement, il eut une nouvelle attaque néphritique à laquelle il succomba.

Dans le second fait, en tout comparable au précédent, il s'agit d'un garçonnet de quatre ans et demi, qui abusait du sel — en dépit des corrections qui lui étaient administrées par ses parents — depuis l'âge de deux ans, et qui eut également une néphrite sévère, avec hydrothorax et 11 grammes d'albumine par litre, heureusement terminée par guérison.

Pour expliquer ces lésions rénales dues au chlorure de sodium, M. Silvestri croit qu'il faut invoquer moins les phénomènes osmonocifs que l'irritation provoquée par le chlorure sur les épithéliums chargés de l'éliminer; ainsi se constituerait une glomérulo-néphrite, dont témoigne l'albuminurie précoce constatée dans les recherches expérimentales. Puis les lésions gastro-intestinales et les troubles des échanges, déterminés par l'abus du chlorure, entreraient à leur tour en scène pour perpétuer et aggraver l'altération du rein.

Ajoutons que l'auteur relate encore 2 faits qui, sans être aussi démonstratifs que les précédents, offrent cependant un certain intérêt pratique : il s'agit de 2 hommes, atteints l'un d'aortite avec artériosclérose généralisée, l'autre d'une albuminurie légère, reliquat d'une néphrite aiguë, qui, à la suite d'une cure hydrominérale chlorurée sodique, furent pris d'accidents urémiques rapidement mortels. (*Boll. della Soc. med.-chir. di Modena*, XXX, 7.) — F. F.

Le lupus vulgaire de cause professionnelle, par M. F. Sura.

Si l'origine professionnelle de certains cas de lupus vulgaire (survenant par exemple chez les infirmiers des services de tuberculeux) est aujourd'hui hors de doute, il s'en faut que l'on connaisse encore toutes les causes susceptibles de permettre ainsi la greffe du bacille de Koch dans le revêtement cutané. A ce titre, les 4 faits relatés par l'auteur, et recueillis dans le service de M. Foà, à Turin, méritent d'être mentionnés : ils montrent bien les dangers qu'offre à ce point de vue le lavage du linge souillé par des produits tuberculeux.

Ces 4 observations — sans qu'il soit utile d'entrer dans les détails de chacune d'elles — peuvent être résumées sommairement ainsi : des femmes, indemnes de tout antécédent tuberculeux, héréditaire ou personnel, ayant dépassé l'âge de trente ans, et n'offrant par ailleurs nulle manifestation tuberculeuse, donnent des soins réguliers et continus à un tuberculeux (il s'agit respectivement du mari, d'un frère, de la maîtresse de maison, de la

fille d'une amie habitant sous le même toit), et notamment s'occupent d'en laver le linge; au bout d'un temps variable, mais qui paraît toujours avoir été très long, elles voient apparaître au niveau des mains de petits nodules qui bientôt s'ulcèrent et ne tardent pas à se transformer en un lupus typique. Ajoutons que dans les 4 cas le pronostic fut assez bénin.

Comme point de départ, la lésion primitive occupait 2 fois la face dorsale de l'index (droit dans 1 cas, gauche dans l'autre), 1 fois la face dorsale de la main droite, 1 fois enfin la région thénar du côté gauche. Les mouvements professionnels de la laveuse, qui a coutume « de frotter sur le dos et l'extrémité d'une main l'objet à laver, saisi de l'autre main », expliquent parfaitement cette localisation du début. Tout aussi bien, si l'inoculation du bacille de Koch constitue la cause efficiente de l'affection, il n'est pas douteux que ces traumatismes légers mais répétés, sans doute aussi la macération de l'épiderme par suite du séjour prolongé des mains dans l'eau, ne réalisent des conditions éminemment favorisantes. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, LXVII, 7-8.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Efficacité de l'antipyrine dans les cas de prolongation anormale de la sécrétion lactée.

Préconisée il y a une quinzaine d'années comme antigalactagogue par M. Ryan-Tennison (Voir *Semaine Médicale*, 1890, Annexes, p. CXC), l'antipyrine a été récemment employée avec le plus grand succès par M. L. Cheinisse dans un cas de sécrétion lactée persistant encore vingt-six mois après la fin de l'allaitement : l'administration de ce médicament à la dose quotidienne de 1 gr. 50 centigr., prise en 3 fois, mit rapidement un terme à cette sécrétion exagérée, qui avait plongé la malade dans un état de dénutrition inquiétant (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 217-219).

De son côté, un médecin hollandais, M. le docteur H. J. M. Boshouwers (de Haarlem), vient d'employer l'antipyrine dans des circonstances analogues, et il en a obtenu des effets non moins favorables : il s'agissait d'une multipare de quarante ans, dont la sécrétion lactée, à la suite de la douzième grossesse, persistait encore après trois mois, bien que cette femme, par insuffisance manifeste de lait, n'eût pu nourrir son enfant — comme les précédents, du reste — que pendant très peu de temps. L'usage d'un bandage ouaté compressif saupoudré de camphre étant demeuré infructueux, et les seins étant devenus assez douloureux, la malade fut soumise au traitement ioduré. Les douleurs disparurent, mais l'écoulement n'en persista pas moins, sous forme d'un liquide trouble et lactescent, ayant la composition du lait, quoique relativement pauvre en globules de graisse.

Cinq mois après ses couches, cette femme, qui se trouvait chaque jour obligée de vider ses seins avec une téterelle, était très anémiée, amaigrie et asthénique; elle n'avait pourtant pas de fièvre. Ses règles ne s'étaient montrées que deux fois depuis l'accouchement. A l'examen local, on percevait facilement les contours de la glande mammaire indurée; dans l'aisselle existait un ganglion douloureux, gros comme une noisette. C'est alors que notre confrère institua le traitement par l'antipyrine, administrée selon les règles adoptées par M. Cheinisse, en même temps que, pour diminuer la douleur, on faisait des applications glacées sur les seins. Au bout de cinq jours, il y avait une amélioration évidente qui, dans la suite, ne fit que s'accentuer, et il suffit de quelques semaines pour assurer une guérison complète. Parallèlement à ces modifications locales, l'état général était rapidement redevenu satisfaisant.

Traitement des péritonites localisées aiguës et subaiguës par les vibrations manuelles.

Dans les péritonites localisées, telles que la pérityphlite ou la pelvipéritonite, on s'efforce généralement d'assurer à la région intéressée le repos le plus complet et le plus absolu qu'il soit possible. Contrairement à ces principes, M. le docteur M. Bourcart, privatdocent de gymnastique suédoise à la Faculté de médecine de Genève, a pu se convaincre que le massage vibratoire, pratiqué *loco dolenti* sous forme de « vibrations manuelles », a sur l'évolution des péritonites localisées une action des plus bienfaisantes.

Pour pouvoir être exécutées sans fatigue pendant un laps de temps suffisamment long, les vibrations manuelles doivent résulter d'une trépidation extrêmement rapide qui, du groupe musculaire de l'épaule, se transmet à la main par l'intermédiaire du bras tendu, les doigts étant en semi-flexion ou en extension suivant qu'il s'agit du bas-ventre ou des régions latérales de l'abdomen. Dans ces conditions, la main présente une sorte de mouvement analogue au tremblement fibrillaire du cœur d'un électrocuté; bien qu'on la voie alors à peine remuer, les vibrations sont ressenties à une assez grande profondeur.

Il importe d'ailleurs que le massage, ainsi pratiqué pendant vingt ou vingt-cinq minutes en moyenne, soit exécuté avec une légèreté de main suffisante pour ne pas faire souffrir le malade, provoquant plutôt chez celui-ci une véritable sensation de bien-être.

D'après notre confrère, les manipulations en question agiraient essentiellement en combattant la pléthore abdominale, en activant la résorption des exsudats inflammatoires, en excitant la phagocytose et en favorisant la fonction antitoxique du foie, ainsi que l'élimination des déchets organiques par le rein.

Les vibrations manuelles ont jusqu'ici été employées par M. Bourcart dans 3 cas de pérityphlite aiguë — dont 2 étaient sur le point d'être opérés —, dans 1 de pérityphlite subaiguë datant de cinq semaines, dans 3 de pelvipéritonite puerpérale datant de trois à six semaines, dans 1 de péritonite aiguë due à la rupture traumatique d'un pyosalpinx, enfin dans 2 cas de péritonite respectivement consécutive à un étranglement interne et à une occlusion intestinale post-opératoire.

Tous ces patients, qui avaient été jusque-là soumis sans succès aux différents traitements classiques, présentèrent, quelques heures après avoir subi une ou deux séances de vibrations manuelles d'une durée d'un quart d'heure à une demi-heure, une défervescence très rapide : la température tombait de 39° ou plus à 36°2 le matin pour ne remonter que rarement, le premier soir, à 37°5; les jours suivants, la courbe thermique devenait tout à fait normale, à condition que l'on continuât le traitement à raison de deux ou trois séances quotidiennes d'une durée de vingt à vingt-cinq minutes chacune. En outre, les douleurs abdominales se calmaient rapidement, le ballonnement diminuait, les vomissements et les nausées disparaissaient, la diurèse se rétablissait abondante, le pouls remontait, la langue se nettoyait : en un mot, l'état général et local s'améliorait rapidement et notablement, et la guérison survenait en un laps de temps très court et d'une façon complète, si bien que, dans aucun des cas d'appendicite, par exemple, il n'y eut ultérieurement lieu à une intervention à froid.

Utilisation de la lèvre supérieure pour la rhinoplastie.

Tout dernièrement, un chirurgien danois, M. le docteur J. Boysen (de Kolding), a eu l'idée d'utiliser la lèvre supérieure en vue de la reconstitution de l'aile du nez. Voici comment notre confrère procéda à la petite opération :

La lèvre supérieure ayant été fendue en son milieu, une de ses moitiés fut détachée du maxillaire supérieur, après section du frein de la lèvre et incision du cul-de-sac labio-gingival. Cela fait, on releva la lèvre et on la sutura à la place de l'aile du nez absente, son bord libre formant le bord libre de la narine. Quand la greffe eut pris, on sectionna la lèvre dans le sillon naso-jugal, on la remit en place et on la sutura à la moitié restante du côté opposé. Le résultat esthétique obtenu par M. Boysen fut excellent. L'opération créa bien une fistule naso-buccale temporaire, mais cet inconvénient, d'ailleurs léger, pourrait être supprimé par quelques points de suture placés sur la muqueuse labiale.

Ce procédé aurait, d'après notre confrère, l'avantage de reconstituer à la fois la peau et la muqueuse de l'aile du nez, mais il ne serait pas applicable chez l'homme, en raison des poils de la moustache.

Cependant, M. le docteur Jaboulay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, a récemment eu l'occasion d'employer *chez l'homme* un procédé analogue, mais il s'agissait seulement de reconstituer la cloison sous-nasale, détruite par une gomme syphilitique; dans ce but, notre confrère utilisa la portion médiane de la lèvre supérieure, dépourvue de poils :

Un lambeau de 1 centimètre de large environ, à pédicule supérieur, taillé dans la lèvre supérieure de part et d'autre de la ligne médiane, fut tordu de 90° suivant son grand axe, de façon à regarder à droite par sa face muqueuse, à gauche par la cutanée. Ses bords furent ensuite suturés au niveau de la perte de substance préalablement avivée.

Bien que trois semaines seulement se soient écoulées depuis l'opération, la sous-cloison paraît refaite dans de bonnes conditions, et tout permet d'espérer que le résultat définitif sera parfait.

Traitement de l'ulcère de jambe par le baume du Pérou associé au nitrate d'argent.

On se rappelle que l'emploi du baume du Pérou dans le traitement des plaies et des ulcères, méthode ancienne généralement tombée dans l'oubli, a été naguère préconisé à nouveau par M. W. J. Van Stockum (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 353). De son côté, un médecin allemand, M. le docteur F. Burger (de Cobourg), signalait tout récemment que, depuis douze ans, il a recours au même procédé thérapeutique qui, entre ses mains, aurait donné les meilleurs effets, tant dans les plaies contuses et anfractueuses que dans les ulcères torpides.

Enfin, d'après les observations faites par M. le docteur R. Petretto dans le service de M. le docteur K. Sigel, chirurgien de l'hôpital de Rottenmann, et dans celui de M. le docteur L. von Hoffer, professeur extraordinaire de propédeutique médicale à la Faculté de médecine de Gratz, on obtiendrait dans les cas d'ulcères torpides de jambe des résultats plus favorables encore, sinon absolument constants, en associant le baume du Pérou au nitrate d'argent d'après la formule suivante :

Nitrate d'argent..........	0 gr. 30 centigr.
Baume du Pérou..........	6 grammes.
Onguent simple..........	90 —

L'usage de cette pommade amènerait, dans la plupart des cas, une détersion rapide de l'ulcère, en ferait disparaître la suppuration, et déterminerait une épidermisation rapide des bourgeons charnus.

Le carbonate de gaïacol à haute dose contre la pneumonie.

D'après l'expérience de M. le docteur E. A. Gaynes Doyle, chirurgien résident à l'hôpital colonial de Port-d'Espagne (Trinité), le carbonate de gaïacol aurait contre la pneumonie une efficacité remarquable, à condition qu'on l'administrât à haute dose : notre confrère donne de 1 gr. 25 à 1 gr. 75 centigr. de ce médicament toutes les deux heures — toutes les heures même si le sujet se trouve *in extremis* —, jusqu'à la défervescence. A ce moment, on peut réduire les prises de moitié, pour les supprimer entièrement quand la température tombe au-dessous de la normale.

C'est ainsi que, chez une femme atteinte d'une pneumonie franche aiguë du poumon droit, notre confrère obtint une guérison complète en faisant absorber un total de 24 grammes de carbonate de gaïacol entre cinq heures du soir et huit heures du matin, le médicament

étant ensuite continué à raison de 0 gr. 60 centigrammes jusqu'au troisième jour.

M. Doyle n'a jamais observé d'inconvénients à la suite de l'administration du carbonate de gaïacol à haute dose. Lorsque les urines deviennent très foncées, ce qui arrive quelquefois, il suffirait de supprimer une prise ou deux pour les voir s'éclaircir.

Le sérum antidiphtérique contre la fièvre de foin.

D'après l'expérience d'un médecin américain, M. le docteur W. R. Rowland (d'East Corinth), le sérum antidiphtérique constituerait contre la fièvre de foin un remède très efficace : chez 11 malades, tous atteints de formes typiques de cette affection, les injections sous-cutanées de sérum ont été suivies d'une guérison rapide ou tout au moins d'une amélioration notable.

La dose employée par notre confrère a été en moyenne de 2,000 unités antitoxiques. L'un des sujets ayant reçu 6,000 unités, la guérison fut complète en cinq heures; inversement, dans un cas où la quantité injectée n'a pas dépassé 500 unités, l'attaque a simplement été atténuée dans sa gravité.

Ajoutons que, lorsque la fièvre de foin récidive, la sérothérapie antidiphtérique se montrerait également efficace contre les rechutes.

Excision progressive des paquets hémorrhoïdaires internes.

L'opération — actuellement classique — de Whitehead pour l'ablation des hémorrhoïdes déterminant quelquefois des hémorrhagies assez abondantes, M. le docteur Ernest Laplace, professeur de clinique chirurgicale au Medico-Chirurgical College de Philadelphie, a adopté, pour l'ablation des paquets hémorrhoïdaires internes, une technique qui, tout en étant beaucoup moins sanglante, donne des résultats également satisfaisants et est, en outre, d'une beaucoup plus grande facilité d'exécution. Voici comment procède notre confrère :

Le malade étant placé sur le côté gauche, les cuisses fléchies, on pratique la dilatation digitale du sphincter et l'on saisit chaque paquet hémorrhoïdaire avec une pince de Kocher à ses deux extrémités, inférieure et supérieure. Puis, la main gauche exerçant une traction sur l'extrémité supérieure, on détache cette extrémité à l'aide de ciseaux courbes, sur une longueur tout juste suffisante pour qu'un point de surjet au catgut — que l'on amorce aussitôt — permette l'occlusion de la plaie; et l'on continue ainsi, chaque coup de ciseaux étant immédiatement suivi d'un point de surjet.

En procédant de même pour chaque paquet d'hémorrhoïdes, on obtient une série de plaies linéaires réunies par des sutures continues au catgut.

Depuis quatre ans, M. Laplace a appliqué ce procédé dans 83 cas. Toujours les résultats ont été des plus favorables, sans que jamais il fût survenu aucune complication.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 janvier 1905.

Moignon oculaire artificiel par autoplastie au moyen d'un lambeau cutané pédiculé.

M. Chauvel donne lecture d'un rapport sur une note envoyée par M. Bruch (d'Alger), d'où il résulte que, pour faciliter la prothèse oculaire dans les cas d'absence ou d'insuffisance du moignon, on peut transplanter et greffer sur la conjonctive libérée un lambeau cutané temporal pédiculé, que l'on fait passer sous un pont de peau détaché au niveau de l'angle externe de l'orbite.

Ce procédé d'autoplastie, qui a déjà été décrit par Panas et par M. Terrien, donne de bons résultats, à la condition de ne pas tailler un lambeau cutané trop grand et de porter une grande attention à l'exérèse du pédicule quand ce lambeau est soudé.

De l'examen du pharynx supérieur par le toucher médiat à l'aide d'explorateurs.

M. Courtade lit une note dans laquelle il déclare que l'examen du pharynx par le toucher médiat, à l'aide de sondes exploratrices, pratiqué sur plus de 150 sujets, lui a permis de déterminer les divers aspects normaux ou pathologiques du cavum; dans la plupart de ces cas, l'examen digital ou l'opération n'ont fait que confirmer les indications fournies par le toucher médiat.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 décembre 1904.

Culture de l'amibe de la dysenterie des pays chauds.

M. A. Lesage. — J'ai réussi à cultiver une seule et même amibe, l'*Entamœba histolytica* de Schaudinn, dans 7 cas de dysenterie tropicale étudiés à Saïgon et à Toulon, en employant comme milieu la gélose simple bien lavée et en maintenant les cultures à une température de 25° à 30°.

Pour juger de la spécificité de ce parasite, il est nécessaire de le purifier par des cultures successives (j'ai fait 66 passages successifs en deux années), à l'aide d'un microbe inoffensif et banal, de toute trace de matière fécale dysentérique, susceptible de contenir un microbe spécifique; pour cela, dans une boîte de culture placée verticalement, j'ensemençais en bas l'amibe et en haut le microbe banal pur, puis je recueillais l'amibe, pour l'ensemencement suivant, à la partie supérieure de la boîte.

J'ai fait des inoculations intrarectales à 56 jeunes chats, après m'être assuré que l'intestin de ces animaux ne renfermait pas l'*Entamœba coli*, espèce très voisine d'*E. histolytica*. Dans les cas positifs — qui furent au nombre de 36 — les selles prenaient au bout de deux ou trois jours un aspect muco-sanguinolent dysentérique, et l'examen microscopique y révélait des cellules de desquamation, des leucocytes, des globules rouges, des boules de mucus, ainsi que des amibes grandes et petites : il existe, en effet, une amibose intestinale à petites formes, et l'absence de grands parasites ne suffit pas à exclure le diagnostic d'infection amibienne. La mort survenait après huit à quinze jours, par les progrès de la dénutrition.

A l'autopsie, on notait l'existence d'une entérite muco-desquamative généralisée à tout le tube intestinal; 2 fois j'ai trouvé, en outre, des plaques de piqueté hémorrhagique du gros intestin; d'ailleurs, dans tous les cas, c'est au niveau de ce dernier que les lésions étaient le plus accusées. Jamais cependant je n'ai, jusqu'ici, constaté d'ulcération.

Graisse intranucléaire dans les capsules surrénales des mammifères.

M. P. Mulon adresse une note relative à des recherches qui lui ont permis de reconnaître que, très fréquemment, chez certains mammifères jeunes ou adultes, les noyaux des cellules de la substance corticale des capsules surrénales présentent des enclaves graisseuses; ces noyaux offrent du reste tous les caractères de noyaux normaux.

On sait d'autre part que le cytoplasma de ces mêmes cellules sécrète une lécithine dont la constitution chimique se rapproche beaucoup de celle de ces globules graisseux.

L'existence, dans le noyau, de corps analogues à ceux qui sont sécrétés par le cytoplasma constitue pour l'auteur une preuve directe de la participation effective du noyau à l'action sécrétoire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 décembre 1904.

Suture nerveuse.

M. Lejars. — M. Bonnet (médecin militaire) nous a présenté un malade chez lequel il a suturé la branche postérieure du radial, sectionnée vingt-huit jours auparavant par un coup de couteau, et vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur cette observation. Notre confrère avait pu localiser le siège de la section du nerf au niveau de la traversée du court supinateur; il fit donc une incision postérieure verticale de l'avant-bras, partant de l'épicondyle. Les deux bouts du nerf ayant été isolés et avivés purent être facilement rapprochés l'un de l'autre, et furent suturés par deux points de catgut. Le malade sortit de l'hôpital sans aucune amélioration apparente de la paralysie musculaire; c'est seulement trois mois après l'intervention que les mouvements commencèrent à revenir, et six semaines plus tard la restauration fonctionnelle était suffisante pour permettre au blessé de reprendre un métier manuel.

J'ai eu moi-même, il y a deux ans, l'occasion de suturer, au bout de quatre ou cinq ans, un nerf médian qui avait été sectionné au niveau de la partie supérieure de l'avant-bras; l'atrophie musculaire était complète, accompagnée des troubles sensitifs et trophiques habituels. Sans espérer, bien entendu, le moindre résultat au point de vue musculaire, je tentai la suture du nerf, et, à ma grande surprise, une amélioration notable se produisit. L'avant-bras augmenta un peu de volume, la transpiration se rétablit, les ongles, qui étaient rudimentaires, se développèrent, la sensibilité tactile et la sensibilité au chaud et au froid revinrent partiellement.

Ce fait suffit à prouver que, même dans les cas très anciens, une suture nerveuse tardive peut donner au moins une amélioration appréciable.

Coxa vara traumatique.

M. Picqué. — Je dois vous présenter un rapport sur une observation de coxa vara traumatique, chez un enfant de treize ans, qui nous a été envoyée par M. Gaudier (de Lille). Les radiographies ont démontré l'existence d'une fracture ancienne du col du fémur, ayant donné lieu à la déformation connue sous le nom de coxa vara. Notre confrère fit une ostéotomie du col, suivie d'une suture osseuse maintenant en place les deux fragments osseux, au moyen d'un fil d'argent serré pendant qu'un aide pratiquait l'extension du membre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 décembre 1904.

Insuffisance aortique post-traumatique et tabes incipiens.

M. Vaquez présente un homme d'une trentaine d'années, ancien syphilitique, qui, à la suite d'un faux pas en descendant de voiture, ressentit dans la poitrine une vive douleur avec sensation d'angoisse. Rentré chez lui, il s'alita, mais ne put s'endormir à cause d'un bruit très intense ayant pour siège la partie supérieure du thorax. Ces phénomènes s'amendèrent les jours suivants; toutefois le malade était pris de temps en temps, surtout la nuit, de crises de suffocation qui le décidèrent à entrer à l'hôpital.

L'auscultation du cœur révéla l'existence, au niveau de la crosse de l'aorte, d'un bruit diastolique très intense, perceptible à distance, manifestement en rapport avec une insuffisance de l'orifice aortique, due vraisemblablement à la déchirure d'une des valvules de cet orifice. On constata, d'autre part, l'existence d'une inégalité pupillaire avec abolition du réflexe à la lumière et une absence complète des réflexes achilléens et rotuliens. Enfin, le liquide céphalo-rachidien extrait par ponction lombaire était le siège d'une lymphocytose extrêmement abondante.

En présence de ces signes, on peut conclure à la coexistence, déjà signalée par différents auteurs, d'un tabes fruste et d'une insuffisance aortique; il paraît en outre légitime d'admettre que le léger traumatisme subi par le patient n'a joué qu'un rôle secondaire dans la rupture d'une des valvules sigmoïdes de l'aorte, et que cette rupture a été surtout la conséquence d'altérations spécifiques préalables qui avaient singulièrement accru la fragilité de l'aorte en même temps que celle du système nerveux.

Ulcération tuberculeuse de la langue à caractères insolites.

M. Caussade relate l'observation d'un homme de cinquante-neuf ans, atteint de tabes supérieur et de tuberculose pulmonaire, qui présentait sur le tiers antérieur de la moitié droite de la langue deux exulcérations à fond grisâtre, à bords irréguliers et polycycliques, sans liséré rouge, à base à peine indurée et presque indolores, en même temps qu'un groupe de vésicules d'herpès et un œdème considérable. Les vésicules herpétiques ne tardèrent pas à donner naissance à une troisième exulcération; les trois pertes de substance finirent par se réunir et par gagner quelque peu en profondeur, mais sans que leur aspect se modifiât sensiblement.

L'origine de ces ulcérations à caractères insolites pouvait être attribuée à la syphilis, à la tuberculose ou au zona; le traitement spécifique resta sans effet, et une biopsie permit de reconnaître des lésions nettement tuberculeuses.

L'orateur insiste sur les difficultés de diagnostic que soulevait ce cas; il fait observer que l'indolence presque absolue, l'existence d'un œdème considérable et de vésicules d'herpès, enfin les caractères objectifs des ulcérations étaient peu en faveur de l'hypothèse de lésions tuberculeuses.

Hémoglobinurie paroxystique avec élément rénal probable.

M. Courmont (de Lyon) communique l'observation d'un malade qui présentait les signes habituels de l'hémoglobinurie paroxystique, mais chez lequel cette affection se distinguait des cas classiques par la faible teneur des urines en chlorures au moment des crises, ce qui permet de supposer qu'un élément rénal intervenait dans leur production.

ETRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 19 décembre 1904.

Recherches sur les échanges organiques chez les cancéreux.

M. C. Lewin. — Les deux points que j'ai particulièrement étudiés, à propos de la question des échanges organiques chez les cancéreux, sont d'une part l'excrétion des sels minéraux par rapport à celle de l'urée, d'autre part l'élimination des substances appartenant à la série aromatique.

En ce qui concerne le premier point, je voulais voir si la déminéralisation, que M. Robin considère comme caractéristique des phtisiques, et qui est bien réelle chez ces malades, ainsi qu'il résulte notamment des recherches de M. Ott (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 249), est spéciale à la tuberculose pulmonaire. Or, j'ai pu constater que, chez 5 cancéreux qui avaient une élimination exagérée d'urée, l'excrétion des sels minéraux était également accrue; dans 2 autres cas, où le bilan de l'urée était positif, il y avait encore déminéralisation; chez un malade atteint de cancer de l'œsophage et nourri au moyen de lavements alimentaires, la balance de l'urée était négative, celle des sels minéraux positive au contraire; mais les conditions si particulières de la nutrition chez ce sujet ne permettent guère de tenir compte de ce fait; enfin, dans 3 cas où l'on notait de la rétention azotée, il n'y avait pas déminéralisation. Au total, je crois qu'il faut considérer la déminéralisation comme un signe banal de cachexie, sans rapport particulier avec une quelconque des nombreuses affections cachectisantes.

Pour ce qui est des substances de la série aromatique (phénols, indican, oxacides aromatiques), des travaux récents ont permis de conclure qu'elles peuvent prendre naissance sans aucune intervention bactérienne — en dehors de l'intestin, par conséquent —, comme produits de la destruction cellulaire. J'ai poursuivi ces recherches en ce qui concerne plus spécialement les phénols, et pu me convaincre expérimentalement que le procédé de l'autolyse *in vivo* donne lieu, en effet, à une excrétion exagérée de ces substances. En outre, chez 5 cancéreux avec cachexie, c'est-à-dire chez lesquels il y avait consommation de l'albumine de constitution, j'ai constaté une élimination considérable de substances aromatiques, tandis que, dans 2 cas de cancer où le bilan azoté était positif, l'élimination de ces mêmes substances était beaucoup moins marquée. Cela étant, je suis porté à croire que, dans la cachexie cancéreuse, l'augmentation du taux des substances aromatiques dans les urines doit être attribuée, en grande partie tout au moins, à la « destruction toxique de l'albumine », processus qui, d'après les travaux de M. F. Müller et de M. G. Klemperer, constitue l'essence même des états cachectiques.

Sur le diagnostic fonctionnel du cœur.

M. B. Lewy fait observer, à propos d'une récente communication de M. Kraus sur ce sujet, que les résultats de l'examen radioscopique du cœur ne doivent pas faire négliger ceux que fournit la simple percussion digitale; mais, pour obtenir de cette dernière des renseignements précis, il faut rechercher la zone de matité cardiaque relative, et pour cela employer la percussion faible. Celle-ci permet par exemple de reconnaître, dans les états d'insuffisance fonctionnelle du cœur, des dilatations parfois très marquées, mais passagères, qui disparaissent complètement — à condition qu'il n'y ait aucune lésion valvulaire — sous l'influence des applications froides précordiales, ou d'un court repos, etc.

Pour mieux apprécier ces dilatations, il est utile de faire exécuter au malade un certain travail physique au moyen de l'ergostat de Gärtner, ce qui, chez les sujets de ce genre, détermine une dilatation du cœur beaucoup plus accentuée que chez les sujets sains.

Cette variabilité d'étendue de la zone de matité cardiaque est toujours, pour l'orateur, l'indice d'une insuffisance fonctionnelle du cœur.

M. Rehfisch, envisageant la question de l'origine des extrasystoles, conteste que l'effort musculaire puisse suffire à faire disparaître ces dernières : ayant soumis à un certain travail physique 100 individus sains, l'orateur a vu chez 26 d'entre eux se produire une arythmie transitoire, mais sans extrasystoles; dans une seconde série de recherches, ayant porté sur 60 sujets neurasthéniques ou cardiopathes, il a pu s'assurer que ceux-là seuls présentaient des extrasystoles, à la suite de l'effort, qui en avaient déjà, moins nombreuses il est vrai, à l'état de repos.

En ce qui concerne la dilatation du cœur après un travail physique dans les cas où cet organe est insuffisant, M. Rehfisch l'attribue à ce fait que la tension exagérée, par afflux plus considérable de sang, met obstacle à la contraction normale du cœur.

Dr VILLARET.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 31 décembre 1904.

La vaccination antituberculeuse.

M. Heymans fait sur ce sujet une communication dans laquelle, après avoir rappelé, d'une part, un certain nombre de faits tendant à démontrer que l'organisme humain peut acquérir une immunité relative à l'égard de la tuberculose (innocuité presque complète de la déglutition de leur expectoration par les phtisiques, alors que cette même expectoration serait incontestablement virulente pour un homme sain) et, d'autre part, les tentatives d'immunisation faites par divers auteurs (von Behring, Koch, Friedmann), il expose le résultat de ses propres recherches, poursuivies depuis plus d'un an et visant à conférer l'immunité à des animaux par absorption des produits solubles sécrétés par le bacille de Koch cultivé *in vivo* selon la méthode de M. Metchnikoff : pour cela, l'orateur introduit dans des sacs de roseau du bouillon ou de l'exsudat ensemencés avec des bacilles bovins ou humains très virulents, puis il place ces sacs hermétiquement fermés et bien lavés dans la cavité péritonéale ou sous la peau d'animaux, soit jusqu'ici chez 25 cobayes, 76 lapins et 10 bovidés.

A moins d'infection étrangère, tous les animaux survivent à cette opération. Chez quelques-uns les sacs éclatent; dès lors le contenu bacillifère infecte les viscères abdominaux et détermine une tuberculose mortelle à brève ou longue échéance. Mais chez la plupart des animaux, les sacs restent intacts et conservent, enfermés en leur intérieur, tous les bacilles tuberculeux; extérieurement ils s'entourent d'une membrane conjonctive bien vascularisée, tandis qu'intérieurement les bacilles se multiplient abondamment, forment des amas compacts et tapissent la paroi interne du sac de roseau d'une couche continue et épaisse de bacilles. Après quelques semaines on trouve dans ces sacs une matière épaisse, jaune grisâtre, constituée en grande partie par des bacilles, dont aucun n'a traversé la membrane du sac, pas plus qu'aucun élément cellulaire n'a pénétré à l'intérieur, ainsi que le démontrent les coupes microscopiques.

Les bacilles qui se multiplient à l'intérieur du sac déversent continuellement dans l'organisme de l'animal porteur de ce sac des produits de sécrétion dialysables, tout comme le font les bacilles qui se trouvent enfermés dans les tubercules, mais avec cette différence que ces derniers peuvent nécroser de plus en plus le tubercule, s'en échapper et produire une tuberculose généralisée, finalement mortelle. Au contraire, les bacilles tuberculeux des sacs y restent enfermés; du moins, l'orateur a-t-il observé, chez les cobayes et les lapins, qu'après six et neuf mois, la paroi du sac n'avait laissé passer aucun bacille, qu'il n'existait aucun tubercule abdominal et que l'animal, après ce long laps de temps, était des mieux portants.

Quels que soient du reste les échanges réciproques entre les bacilles du sac et l'organisme, au point de vue de la vaccination antituberculeuse préventive, la question de fait à résoudre est, pour M. Heymans, la suivante : les animaux porteurs de sacs renfermant des bacilles tuberculeux très virulents et très nombreux sont-ils plus résistants contre une infection tuberculeuse que des animaux témoins?

Chez 20 cobayes et 37 lapins, de deux à huit mois après l'introduction du sac, en même temps qu'à des séries de témoins, on a donc injecté (par voie intraveineuse aux lapins, par voie péritonéale aux cobayes) des doses relativement élevées de culture pure de bacilles tuberculeux ou d'émulsion d'organes tuberculeux. De ces expériences il résulte que les animaux porteurs de sac peuvent parfaitement mourir par infection tuberculeuse, parfois rapidement; que, si on les tue après un ou deux mois, on trouve chez eux des lésions tuberculeuses (dans le poumon chez le lapin, dans les viscères abdominaux chez le cobaye). En un mot, l'immunité ainsi acquise par ces animaux est fort limitée, mais elle est réelle : un certain nombre de lapins et quelques cobayes ont mieux supporté une et même plusieurs injections de bacilles virulents, et cela à des doses rapidement mortelles pour nombre de témoins; au point de vue de la survie au moins, il paraît donc y avoir une certaine influence; mais, *quoad vitam*, il y a encore des réserves à faire, attendu que la durée d'observation n'est pas jusqu'ici suffisamment prolongée.

Quant aux 10 bovidés chez lesquels M. Heymans a placé des sacs à bacilles bovins très virulents (dans la cavité péritonéale pour 3, sous la peau de la région de l'épaule chez les 7 autres), ils étaient atteints à ce moment de tuberculose, car ils avaient présenté la réaction caractéristique à la tuberculine. Quatre d'entre eux, ayant déjà atteint un engraissement suffisant, ont été abattus quatre mois et demi après le placement du sac : chez 3, on n'a trouvé que quelques lésions tuberculeuses, toutes absolument crétifiées et encapsulées; chez le quatrième, les lésions étaient très étendues, mais elles pouvaient être considérées comme plutôt en régression.

En somme, ces expériences, quelque insuffisantes qu'elles soient encore, permettraient, d'après M. Heymans, d'entrevoir la possibilité d'obtenir ainsi la vaccination antituberculeuse curative chez le bovidé tuberculeux.

Sur l'œdème dur traumatique.

M. C. Moreau relate un cas d'œdème dur traumatique, affection qui a été décrite pour la première fois par M. Sécrétan (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 77-78 et 175). Rapprochant ce fait de ceux qui ont été publiés par différents auteurs, l'orateur se déclare porté à admettre que cette maladie doit être réunie au *phlegmon ligneux* de Reclus; il s'agirait là de deux variétés d'un même genre pathologique, auquel pourraient être rapportées encore certaines autres manifestations œdémateuses au niveau des membres.

Au point de vue pathogénique, M. Moreau admet que, sous l'action de germes microbiens atténués, il se produit plus ou moins rapidement dans les tissus conjonctifs une infiltration chronique spéciale, qui diffère de l'œdème simple comme aussi des exsudats inflammatoires proprement dits. Cette infiltration a grande tendance à se transformer en tissu fibreux dur et se résorbe généralement d'elle-même après un temps très long. Elle peut être nettement limitée, comme dans l'œdème dur traumatique de la main et du pied, et aussi dans le phlegmon ligneux; mais il peut arriver qu'elle ne soit pas limitée et qu'elle ait un caractère envahissant, ainsi que ce fut le cas chez un malade observé par M. Brouardel et chez celui de M. Moreau lui-même. Ce qui constitue la caractéristique de ce processus, c'est sa durée longue et indéterminée, et aussi sa résistance aux moyens thérapeutiques qui ont raison des œdèmes ordinaires et de toutes les manifestations inflammatoires.

Dr KEIFFER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

MÉDECINE

Bruno (A.). Influenza dell'azione cardiaca sul comparire e scomparire dell'ascite nei cirrotici. (*Clinica medica italiana*, juillet-août-sept.)

Crispotti (C. A.). Per la diagnosi del sarcoma delle glandole retroperitoneali. (*Clinica medica italiana*, juillet-août-sept.)

Einhorn (M.). Symptomatology and course of gastric ulcer. (*Med. News*, 8 oct.)

Falkenstein. Die Gicht an sich und in Beziehung zu den anderen Stoffwechselkrankheiten : Zuckerkrankheit und Fettsucht. (*Wien. med. Presse*, 9 oct.) — La goutte, notamment dans ses rapports avec les autres maladies par ralentissement de la nutrition (diabète et obésité).

Futcher (Th. B.). The condition of the blood and urine in gastric ulcer. (*Med. News*, 8 oct.) — L'état du sang et de l'urine dans l'ulcère de l'estomac.

Gilbride (J. J.). Dilatation of the stomach, with special reference to 48 cases. (*Amer. Medicine*, 8 oct.)

Gilford (H.). Ateleiosis and progeria : continuous youth and premature old age. (*Brit. Med. Journ.*, 8 oct.) — Infantilisme et sénilité précoce.

Green (E. M.). Prolonged delirium in pericarditis and endocarditis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er oct.)

Howard (C. P.). The incidence of gastric ulcer in America. (*Med. News*, 8 oct.)

Maguin (M.). La thoracentèse succédané de la saignée dans le traitement de l'urémie. (*Echo méd. du Nord*, 9 oct.)

Manges (M.). Complications and sequelæ of gastric ulcer. (*Med. News*, 8 oct.)

McCrae (Th.). The pathology and etiology of arthritis deformans. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 oct.)

McKillip (O. L.). Mitral regurgitation. (*New York Med. Journ.*, 1er oct.) — De l'insuffisance mitrale.

Mergoni (F.). Accessi convulsivi che compaiono dopo rapido riassorbimento di edemi e di versamento pleurico in un arteriosclerotico con sclerosi renale. (*Policlinico*, 1er oct.) — Attaques convulsives survenues à la suite de la résorption rapide d'œdèmes et d'un épanchement pleurétique chez un artérioscléreux atteint de néphrite interstitielle.

Musumeci (A.). Sull'alcalinità del sangue; contributo clinico-sperimentale. (*Clinica medica italiana*, juillet-août-sept.)

Néfédov (V.). Un cas de maladie de Banti (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 14.)

Panfilov (P.). Deux cas de syndrome d'Adams-Stokes (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 13.)

Péhu (M.) et **Coste** (J.). Un cas de cancer primitif de la colonne vertébrale. (*Lyon méd.*, 9 oct.)

Quimby (Ch. E.). Some points in the acoustics of respiration. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er oct.)

Reishof (V.). Contribution à l'étude des anévrysmes de l'aorte (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 13.)

Veniteo (S.). Di alcune ricerche sulla pressione arteriosa nella clorosi e nella cloro-anemia, prima e dopo l'uso dei preparati di ferro. (*Clinica moderna*, 14 sept.)

MALADIES INFECTIEUSES

Anderson (S.). On streptococcal infection and the use of antistreptococcic serum. (*Lancet*, 29 oct.)

D'Amato (L.). Ulteriori ricerche sui corpi di Negri in rapporto all'etiologia della rabbia. (*Riforma med.*, 9 nov.)

Davies (A. T.) et **Brown** (W. L.). A case of pneumococcic pyæmia with recovery. (*Lancet*, 8 oct.)

Ferrer (J. M.). Hospital notes on epidemic cerebrospinal meningitis. (*Med. Record*, 8 oct.)

Halipré (A.). A propos de deux cas d'emphysème sous-cutané dans la tuberculose chronique. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 oct.)

Herzen (P.) et **Kanel** (V.). Contribution à l'étude des suppurations typhoïdiques; un cas de néphrite dothiénentérique (en russe). (*Prakt. Vratch*, 18 et 25 sept. et 2 oct.)

Mastri (C.). Intorno al valore diagnostico della tubercolina; studio clinico-sperimentale. (*Gazz. degli Osped.*, 2 oct.)

Paganelli (E.). Sulla siero-reazione tubercolare. (*Clinica moderna*, 5 oct.)

Raw (N.). Human and bovine tuberculosis. (*Brit. Med. Journ.*, 8 oct.)

Tuttle (J. P.). Amebic dysentery; its local lesions and treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 oct.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Anglade. Paralysie générale et tuberculose. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 9 oct.)

Catola (G.). Etude clinique et anatomo-pathologique sur les lacunes de désintégration cérébrale. (*Rev. de méd.*, oct.)

Dide (M.). Dermato-psychies; pseudo-œdème; érythème polymorphe, purpura; gangrènes superficielles symétriques. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 3.)

Fischer (O.). Zur Frage der Zytodiagnose der progressiven Paralyse. (*Prag. med. Wochensch.*, 6 oct.)

Howard (F. H.) et **Southard** (E. E.). A case of glioma in the sella turcica. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Huguenin. Die Prognose der traumatischen Neurosen. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er oct.)

Löb (A.). Ein Fall von Atemstillstand bei Tabes. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 oct.) — Apnée chez un tabétique.

Minciotti (G.). Un caso di sclerosi multipla consecutiva a pertosse. (*Gazz. degli Osped.*, 2 oct.) — Sclérose en plaques consécutive à la coqueluche.

Pameijer (J. H.). Een aandoening der cauda equina. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 8 oct.) — Apoplexie de la queue de cheval.

Pel (P. K.). Partieele akromegalie met infantilisme. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 8 oct.)

Sarbó (A. von). Einige Fälle von traumatischer Neurose. (*Pest. med.-chir. Presse*, 25 sept. et 2 oct.)

Woolsey (G.). A case of tumor of the spinal cord. (*Med. News*, 1er oct.) — Tumeur de la moelle épinière.

PARASITOLOGIE

Harrison (W. G.). Observations on the blood and circulation in uncinariasis. (*Med. News*, 1er oct.)

Moore (E. J.). Some observations pointing to an intracorpuscular stage of development in the trypanosome. (*Lancet*, 1er oct.)

Ruata (G. R.). Kala-azar o splenomegalia tropicale. (*Clinica medica italiana*, juin.)

Warthin (A. S.) et **Olney** (H. S.). Pulmonary streptothricosis; notes of a case with clinical picture of pulmonary tuberculosis; sputum containing an acid-resisting streptothrix; no tubercle bacilli. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

CHIRURGIE

Baradouline (G.). Un cas d'échinocoque des os du bassin (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 16.)

Blailock (W. R.). Peculiar nervous symptoms following operation. (*Med. Record*, 1er oct.)

Blake (J. A.). Treatment of fractures of the patella by lateral sutures. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er oct.)

Buchanan (J. J.). Case of strangulated umbilical hernia with unusual features. (*Med. Record*, 8 oct.)

Carstens (J. H.). Splenectomy for splenic anemia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er oct.)

Casagli (F.). Linfoangiosarcoma endoteliale di ambedue le mammelle. (*Clinica moderna*, 28 sept.)

Chapochnikov (B. N.). Beitrag zur Frage der Behandlung der Appendicitis. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 1er oct.) — Sur le traitement de l'appendicite.

Cheyne (W. Watson). The present position of aseptic surgery. (*Brit. Med. Journ.*, 1er oct.)

Chipault (A.). Chirurgie nerveuse d'urgence. In-16, 95 p.

Clarke (W. C.). An adenoma of sebaceous glands of the abdominal wall, with a review of the literature of adenoma and hyperplasia of the sebaceous glands. (*Ann. of Surgery*, oct.) — Adénome des glandes sébacées de la paroi abdominale.

Colle (J.). Fracture oblique de l'humérus au niveau des tubérosités; réduction sanglante. (*Echo méd. du Nord*, 9 oct.)

Courtin (J.). Application de la méthode sanglante à certains cas de fractures des membres. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 2 oct.)

Deaver (J. B.). Hepatic drainage. (*Brit. Med. Journ.*, 1er oct.)

Doberauer (G.). Ueber Blutungen aus der Magendarmwunde bei Gastroenterostomie. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 oct.) — Sur les hémorrhagies de la plaie gastro-intestinale au cours de la gastro-entérostomie.

Donati (M.). Sopra un caso di carcinoma primitivo dei dotti biliari alla porta hepatis. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 3.)

Dubar (L.). Plaie de la cuisse par coup de fusil tiré à courte distance; gangrène gazeuse; traitement par larges débridements et embaumement du membre. (*Echo méd. du Nord*, 2 oct.)

Edington (G. H.). Cysts in the median line of the front of the neck. (*Brit. Med. Journ.*, 1er oct.) — Kystes sus et sous-hyoïdiens.

Enderlen. Ein Beitrag zur temporären Aufklappung beider Oberkiefer nach Kocher. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 5-6.) — Sur la résection temporaire des maxillaires supérieures d'après Kocher.

Forchielli (M.). Ematoma da traumatismo della regione lombare, ascesso perinefritico e fenomeni da compressione del plesso lombo-sacrale. (*Gazz. degli Osped.*, 2 oct.)

Frazier (Ch. H.) et **Spiller** (W. G.). Physiologic extirpation of the ganglion of Gasser; further report on division of the sensory root for « tic douloureux », based on the observations of 4 cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er oct.)

Fromme et **Gawronsky** (J.). Ueber mechanische Sterilisation der Gummihandschuhe. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 oct.) — De la désinfection mécanique des gants de caoutchouc.

Ghillini (C.). Fracture de l'épiphyse inférieure du radius causée par la manivelle de mise en marche des moteurs d'automobile. (*Rev. de chir.*, oct.)

Handley (W. S.). On certain defects in the present operation for mammary cancer. (*Brit. Med. Journ.*, 1er oct.)

Harrington (Ch.). Some studies in asepsis. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Joüon (E.). Des progrès accomplis dans le traitement des plaies osseuses cavitaires, consécutives à la tuberculose et à l'ostéomyélite. (*Gaz. méd. de Nantes*, 8 oct.)

Kabloukov (A.). Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 16.)

Kelly (H. A.). The treatment of simple rectal fistula by excision and suture without cutting the external sphincter muscle. (*Med. News*, 1er oct.)

Kennedy (R.). On the remote results of operations for the radical cure of oblique inguinal hernia; 103 cases. (*Brit. Med. Journ.*, 1er oct.)

Kirchmayr (L.). Zur Symptomatologie und Therapie der Scheinreduktion inkarzerierter Leistenbrüche. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 oct.) — Symptomatologie et traitement des fausses réductions dans la hernie inguinale étranglée.

Kopfstein (V.). Kasuistika vzácnych nádoru v chirurgii. (*Casopis lékaru ceskych*, 3, 10 et 17 sept., 1er et 8 oct.) — Variétés exceptionnelles de tumeurs.

Lejars et **Ménétrier**. Diverticules de l'appendice et appendicite diverticulaire. (*Rev. de chir.*, oct.)

Luxembourg. Zur Kasuistik der im Bereiche der Gelenke vorkommenden Fettgeschwülste. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 oct.) — Sur les lipomes périarticulaires.

Maag (H.). 26 appendektomier « à froid ». (*Hospitalstidende*, 5 oct.)

Macewen (Sir William). On the function of the cæcum and appendix. (*Lancet*, 8 oct.)

Manasse (P.). Ueber die operative Behandlung der narbigen Kieferklemme. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 oct.) — Le traitement chirurgical de la constriction de la mâchoire par rétraction inodulaire.

McWilliams (C. A.). Dupuytren's finger contraction. (*New York Med. Journ.*, 8 oct.)

Milesi (P.). Sutura del ventricolo destro del cuore. (*Policlinico*, 1er oct.)

UROLOGIE

Armstrong (H. G.). Functional albuminuria. (*Brit. Med. Journ.*, 8 oct.)

Bickersteth (R. A.). The intravesical separation of the urines coming from the two ureters as an aid to diagnosis in surgical disease of the kidneys. (*Brit. Med. Journ.*, 1er oct.)

Boorsma (P. A.). Eenige opmerkingen over kryoskopisch onderzoek van urine. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 8 oct.)

Delkeskamp (G.). Beiträge zur Nierenchirurgie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 1.) — Sur la chirurgie rénale.

Drucbert (J.). Les résultats éloignés de l'opération de Maydl dans l'exstrophie vésicale. (*Echo méd. du Nord*, 9 oct.)

Lucas (R. C.). Two cases of renal calculus in which the X rays failed to indicate the presence of a stone. (*Brit. Med. Journ.*, 1er oct.)

Milton (F.). Lithotrity in Egypt for large stones. (*Lancet*, 1er oct.)

Morton (H. H.). Perineal prostatectomy. (*Med. Record*, 8 oct.)

Mundorff (G. Th.). Report of a case of obstinate phosphatic diathesis cured by systematic dilatations of the posterior urethra. (*Med. News*, 1er oct.)

Wright (A. B.). A vesical calculus of unusual size. (*New York Med. Journ.*, 8 oct.) — Volumineux calcul de la vessie.

OPHTALMOLOGIE

Cohn (H.). Ueber Vererbung und Behandlung des Einwärts-Schielens. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 oct.) — Transmission héréditaire et traitement du strabisme interne.

Dupuy-Dutemps. Forme glaucomateuse de la tuberculose choroïdienne. (*Arch. d'ophtalmol.*, mai.)

Gérard (G.). Deux observations personnelles d'atrophie optique consécutive à l'ozène. (*Echo méd. du Nord*, 2 oct.)

Landolt (E.). Les interventions chirurgicales dans les troubles de l'appareil moteur des yeux. (*Arch. d'ophtalmol.*, mai.)

Michel (J. von). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie (34. Jahrgang, 1903). 1re partie. In-8°, 400 p. Tubingue. — Les progrès réalisés en ophtalmologie pendant l'année 1903.

Van Duyse. Exophtalmie pulsatile par fibrosarcome muqueux pseudo-cystique d'origine ethmoïdale. (*Arch. d'ophtalmol.*, mai.)

Vulpius. The present condition of tenontoplasty. (*New York Med. Journ.*, 10, 17 et 24 sept., 1er et 8 oct.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Basso (G. L.). Beitrag zur Kenntnis der gutartigen bindegewebigen Neubildungen des Ovariums, insbesondere der Myome. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 1.) — Sur les tumeurs connectives bénignes de l'ovaire, notamment sur les myomes de cet organe.

Creutz (R.). Kasuistischer Beitrag zur Frage des Vagitus uterinus. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er oct.)

D'Erchia. Die Behandlung des unvollständigen Abortes. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 oct.) — Traitement de l'avortement incomplet.

Dirmoser (E.). Ueber eitrige Adnexerkrankungen infolge von Typhus abdominalis. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 oct.) — Annexite suppurée post-typhoïdique.

Fromme. Kasuistischer Beitrag zum Ausgangspunkt gutartiger Geschwülste in den grossen Labien. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — Origine des tumeurs bénignes ayant leur siège dans les grandes lèvres.

Gowdey (Annie C.). Notes on a case of quadruplets. (*Lancet*, 8 oct.)

Heegaard (H.). Om ovarialhernier. (*Bibliotek for Læger*, juillet et oct.)

Hitschmann (F.). Tubargravidität bei gleichzeitig bestehender akuter eitriger Entzündung der Tube. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 1.) — Grossesse tubaire et salpingite aiguë concomitante.

Krönig (B.). Ueber Lumbalpunktionen bei Eklampsie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er oct.)

Lewin (L.). Ueber die Wirkung des Bleis auf die Gebärmutter. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 oct.) — Action du plomb sur l'utérus.

Leyden (E. von) et **Klemperer** (F.). Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts. IX. Band : Geburtshilfliche und gynäkologische Vorlesungen. In-8°, 856 p. avec fig. Vienne. — La clinique allemande au début du vingtième siècle. T. IX : leçons d'obstétrique et de gynécologie.

Martin (A.). Die Rückenmarksanästhesie bei Gebärenden. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 oct.) — L'anesthésie médullaire chez les parturientes.

Mijnlieff (A.). Iets over zwangerschap en nierstoornissen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1er oct.) — Grossesse et insuffisance rénale.

Opitz (E.). Umschriebene Fremdkörper-Peritonitis an der Blase, eine Metastase eines Ovarial-Tumors vortäuschend. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — Péritonite périvésicale circonscrite, due à un corps étranger et simulant une métastase d'une tumeur de l'ovaire.

Patellani-Rosa (S.). Considerazioni anatomopatologiche e cliniche sulle cisti del corpo luteo. (*Morgagni*, août, sept. et oct.)

Peham (H.). Ueber Serumbehandlung bei Puerperalfieber. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 1.)

Pozzi (S.). Papillary cysts and papillary tumors of the ovaries with a consideration of the prognosis and treatment. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Sarwey (O.). Zur Diagnostik in der ersten Hälfte der Schwangerschaft. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er oct.) — Diagnostic de la grossesse pendant les quatre premiers mois.

Schmidlechner (C.). Carcinoma clitoridis. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 1.)

Sokolov (Th.). Un cas de môle hydatiforme (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 13.)

Taussig (F. J.). The hematom-mole; its clinical and pathological characteristics and relation to early hydramnios. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Vignard (E.). Quelques cas de métrorrhagies rebelles avec dégénérescence villeuse de la muqueuse du corps de l'utérus et lésions vasculaires. (*Gaz. méd. de Nantes*, 24 sept. et 1er oct.)

Weyl (M.). Inoperables Carcinom der Mamma und der Portio vaginalis uteri, kombiniert mit Gravidität. (*Wien. med. Wochensch.*, 10, 17 et 24 sept. et 1er oct.)

Williams (J. W.). Intrapelvic hematoma following labor not associated with lesions of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

PÉDIATRIE

Annales médicales et Bulletin de statistique de l'hôpital d'enfants Hamidié publié le jour anniversaire de l'avènement au trône du Sultan (5e année). In-4°, 230 p. de texte français et 488 p. de texte turc, avec fig. et planches. Constantinople.

Blaker (P. S.). A retropharyngeal blood cyst in a case of purpura hæmorrhagica. (*Lancet*, 1er oct.)

Carpenter (G.). Uncomplicated myocarditis in a girl in her eighth year associated with signs of cardiac failure and followed by sudden death. (*Lancet*, 1er oct.) — Myocardite chez une fillette de huit ans, compliquée d'asystolie et suivie de mort subite.

Comby (J.). Nouveaux cas d'achondroplasie. (*Arch. de méd. des enfants*, sept.)

Dreifuss (A.). Ueber einen Fall von offenem Meckel'schen Divertikel. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 oct.)

Filippov (N.). Un cas de chylothorax chez un enfant en bas âge (en russe). (*Prakt. Vratch*, 18 sept.)

Gaugele (K.). Ueber Netzechinokokkus. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 oct.) — Sur l'échinocoque de l'épiploon.

Gœpfert (R.). La tuberculose du péritoine dans l'enfance. (*Arch. de méd. des enfants*, août et sept.)

Joukovsky (V.). Un cas de fièvre typhoïde prolongée chez un garçon de six ans (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 17.)

Kissel (A.). Le diagnostic du noma chez les enfants (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 17.)

Krotkov (V.). Contribution à l'étude des vomissements acétonémiques (en russe). (*Prakt. Vratch*, 21 août.)

Lountz (R.). Un cas de goutte chez un garçon de sept ans (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 17.)

Stiles (H. J.). The operative treatment of hernia in infants and young children; 360 consecutive cases. (*Brit. Med. Journ.*, 1er oct.)

Vinokourov (I.). Tumeurs du cervelet chez les enfants (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 17.)

West (S.). On a disseminated form of croupous pneumonia in children, or primary bronchopneumonia. (*Brit. Med. Journ.*, 8 oct.)

Zak (N.). Un cas grave d'infection mixte du pharynx chez un enfant (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 17.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Allport (F.). Some of the difficulties to be overcome in the radical mastoid operation for the cure of chronic purulent otorrhœa. (*New York Med. Journ.*, 1er oct.)

Bacon (G.). Report of a case of sigmoid sinus thrombosis; operation without ligation of the internal jugular vein; recovery. (*New York Med. Journ.*, 1er oct.)

Bruder (P.). Les méfaits de l'eau oxygénée en otologie. (*Nord méd.*, 1er oct.)

Charles (J.). Deux cas d'œdème aigu des muqueuses. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

Chavasse (P.). Abcès sous-dure-mérien d'origine otique, ouvert spontanément à travers le pariétal. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

Furet (F.). Otite suppurée double avec œdème considérable et ischémie de la région temporale gauche; trépanation; guérison avec surdimutité consécutive. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, sept.)

Hammerschlag (V.). Ueber die Simulation von Ohrerkrankungen. (*Wien. med. Wochensch.*, 16, 23 et 30 juillet, 6, 13, 20 et 27 août, 3, 10, 17 et 24 sept., 1er et 8 oct.) — Sur la simulation des affections de l'oreille.

Katz (L.). Ein operativ geheilter Fall von Labyrinthnekrose mit Ausstossung der ganzen Schnecke. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 oct.) — Nécrose labyrinthique avec élimination du limaçon en totalité; opération; guérison.

Kyle (D. B.). The etiology of hay fever. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er oct.) — L'étiologie de la fièvre de foin.

Lannois. Troubles auditifs dans le zona. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, sept.)

Lermoyez (M.). Insuffisance nasale fonctionnelle et rééducation respiratoire. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, sept.)

Massier. Mort subite dans un cas de tuberculose laryngée à lésion minime par spasmo glottique. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

Mignon. Forme grave d'eczéma de l'oreille. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, sept.)

Potts (B. H.). Report of an anomalous lateral sinus; report of a case of thrombosis of the lateral sinus. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Quix (F.-H.). Détermination de l'acuité auditive pour les sons chuchotés et pour ceux du diapason. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, sept.)

Radzikh (P.). Contribution à l'étude des polypes des choanes (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 14.)

Schiffers (F.). Adéno-phlegmon rétro-pharyngien et diphtérie. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

Taptas. Mon procédé pour la cure radicale de la sinusite frontale. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, sept.)

Toubert (J.). Influence du moment de l'intervention sur les résultats opératoires dans les cas de thrombo-phlébite du sinus latéral. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

Wilkinson (O.). Headache in relation to diseases of the nose and nasopharynx. (*New York Med. Journ.*, 1er oct.) — La céphalée dans ses rapports avec les affections du nez et du nasopharynx.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Cramer (A.). Die strafrechtliche Behandlung der geistig Minderwertigen. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 et 11 oct.) — La débilité mentale au point de vue du droit criminel.

Mercier (Ch. A.). Criminal responsibility. (*Brit. Med. Journ.*, 15 oct.)

Roberts (J. B.). Professional responsibility in accident cases involving litigation. (*New York Med. Journ.*, 1er oct.)

Stone (W. J.). Fatal poisoning due to skin absorption of liquid shoe blacking (nitrobenzol); with autopsy report. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er oct.) — Empoisonnement mortel consécutif à la résorption par la peau d'un cirage liquide à l'aniline.

Talbot (E. S.). Criminal responsibility and degeneracy. (*Brit. Med. Journ.*, 15 oct.)

Wohlgemuth (J.). Ueber Glukuronsäurebildung beim Menschen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 oct.) — De la formation d'acide glycuronique [dans un cas d'intoxication par la cocaïne].

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Brodnitz. Die Behandlung der Hernien mit Alkoholinjektionen. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 oct.)

Hare (F.). The medical treatment of deepseated hæmorrhage. (*Lancet*, 20 août et 1er oct.) — Traitement médical des hémorrhagies internes.

Heermann. Ueber weitere Anwendung des lokalen dauernden Druckes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 oct.) — Nouvelles applications de la compression permanente localisée.

Jones (F.). The limitation of digitalis in mitral and aortic regurgitation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er oct.) — Les indications de la digitale dans l'insuffisance mitrale et aortique.

Li Destri (G.). La cura iodica nell'infezione carbonchiosa. (*Gazz. degli Osped.*, 2 oct.)

Marchetti (G.). Le iniezioni di acido fenico nella infezione carbonchiosa dell'uomo. (*Policlinico*, 8 oct.)

Taylor (J. M.). Respiratory education in the treatment of lung and heart disorders. (*New York Med. Journ.*, 8 oct.) — La gymnastique respiratoire en tant que traitement des maladies du poumon et du cœur.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Behaegel. Traitement par le radium, en dermatologie. (*Policlinique*, 1er oct.)

Bernstein (H. A.). Œsophageal diverticulum; diagnosis confirmed by X-ray examination. (*Med. Record*, 1er oct.)

Broca (A.). Rapport sur les rayons N. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 oct.)

Doumer (E.). Principes fondamentaux de l'électrothérapie des maladies nerveuses. (*Journ. de neurol.*, 5 oct.)

Fried. Vorläufiges Ergebnis der Röntgenbehandlung zweier Leukämiker. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 oct.)

Kocher (L.). Précis de radiologie médicale. In-18, 208 p. avec fig.

Obersteiner (H.). Die Wirkungen der Radiumbestrahlung auf das Nervensystem. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 oct.) — Effets du radium sur le système nerveux.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le médecin qui pratique une opération d'après la technique indiquée dans une ancienne édition d'un livre classique est-il pénalement responsable de la mort de son opéré, alors que la technique a subi des modifications connues et publiées longtemps avant l'intervention chirurgicale ?

En France, un médecin d'une ville de province ayant à traiter une hydrocèle suivit scrupuleusement la technique indiquée en ces termes par le professeur Tillaux dans la seconde édition de son *Traité de chirurgie clinique*, parue en 1891 : « Le liquide étant évacué, injectez une trentaine de grammes environ d'une solution de cocaïne au vingtième. Laissez pendant cinq minutes le liquide en contact avec la tunique vaginale, malaxez le scrotum pour que le liquide se répande sur tous les points. Laissez ensuite sortir la cocaïne. » Après avoir pratiqué l'injection, notre confrère attendit deux ou trois minutes, puis laissa ressortir le liquide; mais presque aussitôt le malade fut pris d'accidents graves, et il succomba très rapidement.

M. le docteur X... fut poursuivi par le parquet devant le tribunal correctionnel pour homicide par imprudence, le ministère public faisant valoir que l'homme de l'art ne s'était pas tenu au courant de la science, et qu'il ne pouvait s'abriter derrière l'autorité de Tillaux, attendu que, dans la troisième édition du même Traité, parue trois ans après (1894), ce professeur déclarait formellement — sans autre variation sur ce point dans les éditions successives — avoir renoncé à l'usage de la cocaïne en pareil cas, ainsi qu'il appert de l'extrait que voici :

« L'injection de teinture d'iode est très douloureuse, aussi avions-nous accueilli avec grand empressement, il y a quelques années, l'injection de cocaïne dans la tunique vaginale avant d'y introduire l'iode. Il est certain que les malades ne ressentent alors aucune douleur. J'ai moi-même employé nombre de fois la cocaïne dans ces conditions et sans accident. Cependant un cas de mort est survenu et nous a singulièrement refroidis. J'en suis revenu, pour mon compte, à la vieille pratique sans cocaïne. Si le malade réclamait absolument, n'injectez qu'une dizaine de grammes d'une solution à 1 %. »

A l'autopsie, on reconnut que l'aorte était atteinte d'artériosclérose et qu'il existait des adhérences pleurales. L'expertise, confiée à MM. les professeurs Lacassagne et Florence (de Lyon), aboutit à cette conclusion que le médecin avait commis une faute en injectant une dose trop élevée de cocaïne.

La défense demanda leur avis à MM. les professeurs Brouardel (de Paris) et Lépine (de Lyon) qui soutinrent, le premier par un rapport, le second par sa déposition, que notre confrère ne pouvait être tenu de connaître les variations successives de la pensée d'un de ses maîtres, alors surtout que l'opération, dans les mêmes conditions, avait été pratiquée des centaines de fois par Tillaux et par les opérateurs qui avaient suivi sa méthode. Ils firent remarquer, en outre, qu'il ne fallait pas considérer, en l'espèce, le titre de la solution injectée, mais la quantité de cocaïne effectivement absorbée pendant le court espace de temps que le liquide injecté avait séjourné dans la vaginale. Cette quantité ne devait pas dépasser, d'après eux, le vingtième de la solution. Ils insistèrent sur l'existence des adhérences pleurales et conclurent que la mort dans ce cas, comme dans les chloroformisations, devait être imputée à une susceptibilité personnelle de l'opéré, susceptibilité impossible à prévoir avant l'opération.

Cette thèse ne prévalut pas devant le tribunal correctionnel qui, considérant le délit d'homicide par imprudence comme suffisamment établi par les faits, condamna M. le docteur X... à 500 fr. d'amende et aux dépens. Notre confrère ayant fait appel de ce jugement, la Cour de Lyon a, dans son audience du 17 novembre dernier, infirmé ledit jugement et, par nouveau jugé, renvoyé M. le docteur X... des fins de la poursuite sans peine ni dépens. L'arrêt, admettant l'argumentation de la défense, est basé sur les motifs suivants :

« Attendu que si, à la vérité, le professeur Tillaux a, plus tard, renoncé à la méthode par lui enseignée, et paraît avoir abandonné l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans l'hydrocèle, du moins à une dose aussi forte que celle primitivement indiquée par lui, on ne peut dire que X..., en suivant la méthode primitivement préconisée, la seule qu'il connaissait, ait commis une faute lourde, une faute pénalement punissable;

» Qu'il n'est du reste même pas établi que le décès de Y... soit dû à une exagération de la dose de chlorhydrate de cocaïne injectée, et que Y... n'eût pas succombé avec une dose plus faible, en raison de l'artériosclérose de l'aorte et des adhérences pleurales révélées par l'autopsie, et que X... n'avait pu connaître. »

Au point de vue médical, il ne saurait y avoir de divergence sérieuse sur la portée du dernier paragraphe de cet attendu : les faits qu'il constate devaient à eux seuls amener l'acquittement de notre confrère. Mais il nous semble que, dans le paragraphe précédent, les juges ont émis une théorie fort discutable, reconnaissant pour ainsi dire au médecin praticien le droit de s'immobiliser dans les connaissances qu'il a acquises au cours de ses études. Or, l'évolution de la médecine et surtout de la thérapeutique est incessante; non seulement des procédés nouveaux de traitement se font jour chaque semaine, comme le prouve notre rubrique « Médecine pratique » ou mieux celle de « Notes thérapeutiques », mais encore la mise en pratique des méthodes préconisées démontre qu'il y a lieu d'apporter des modifications aux procédés précédemment admis, soit au point de vue de la technique, soit au point de vue de la posologie de la substance médicamenteuse.

Si le médecin n'avait pas, comme l'a cru à tort la Cour d'appel de Lyon, à tenir compte des modifications reconnues nécessaires par la clinique journalière, toute la littérature médicale resterait un champ abandonné, et la presse médicale une œuvre stérile. Pourquoi le médecin praticien prendrait-il la peine de lire, s'il lui suffisait de « suivre la méthode primitivement préconisée, la seule qu'il connaisse », et d'éviter ainsi de « commettre une faute lourde, une faute pénalement punissable »? Une telle manière de voir ne peut guère se concilier avec la médecine qui, n'étant pas une science fixe, voit la théorie d'hier détruite par la théorie d'aujourd'hui, et celle-ci à son tour disparaître devant celle de demain. Il y aura toujours quelque chose de vrai dans la boutade de ce médecin célèbre disant à son client : « Prenez donc ce médicament pendant qu'il guérit encore! »

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Cochin. — M. A. Chauffard.

La néphrite par le sublimé.

La vaste enquête poursuivie depuis près de trente ans sur la pathogénie des néphrites a montré la subordination constante de la lésion rénale à une action toxique, qu'il s'agisse de poisons exogènes, microbiens, ou d'auto-intoxications endogènes. Mais, si toutes les néphrites finissent, en dernière analyse, par être toxiques, peut-on admettre que la connexion entre la cause et l'effet soit assez intime pour donner à l'évolution clinique de la maladie un caractère personnel, dans chaque cas, et presque spécifique? Oui, assurément, dans quelque mesure, et, pour ne prendre que les deux types extrêmes, il est certain que la néphrite cantharidienne, comme type de néphrite aiguë, et la néphrite saturnine, comme type de néphrite chronique, sont presque aussi nettement caractérisées par leurs symptômes que par leur pathogénie.

Il en va de même pour une néphrite très spéciale, provoquée par un des poisons les plus redoutables, le sublimé, et dont l'importance est aussi grande dans la clinique journalière qu'en médecine légale, car si les empoisonnements criminels par le bichlorure de mercure sont fréquents, les intoxications thérapeutiques par le même sel ont été et sont encore loin d'être rares. Quelques faits cliniques vont nous montrer la physionomie très spéciale de la *néphrite par le sublimé*.

Le 7 novembre 1904, entrait à Cochin une jeune fille de dix-neuf ans, qui, deux jours auparavant, à midi, étant à jeun, avait ingéré volontairement une solution concentrée de sublimé préparée pour fournir une trentaine d'injections vaginales, mais dont le titrage exact n'a pu nous être donné.

Immédiatement, sensation de brûlure à la gorge et à l'épigastre; un quart d'heure après, un vomitif est administré et amène le rejet de mucosités sanguinolentes.

Dans la nuit suivante et dans la journée du 6, ont lieu deux hématémèses assez abondantes et une selle melænique.

Le 7, dans l'après-midi, un peu plus de quarante-huit heures après l'ingestion du sublimé, la malade ne se plaint que d'une sensibilité douloureuse de l'estomac, provoquée par la moindre pression. Les vomissements ont cessé, en même temps que commençait une diarrhée non sanglante de 3 ou 4 selles par vingt-quatre heures, qui s'est prolongée pendant cinq à six jours.

Les lésions buccales ont fait leur première apparition au quatrième jour, sous forme de gonflement de la muqueuse et d'ulcérations superficielles au niveau des gencives, des molaires gauches, sur le bord gauche de la langue, à la face interne de la joue gauche. Puis les dents se sont ébranlées et sont devenues douloureuses. Mais tout cela est resté en somme peu grave, *sans salivation;* du quinzième au vingtième jour, la glossite était guérie; toutefois, jusque vers le 10 décembre, c'est-à-dire pendant plus d'un mois, un liséré ulcéreux continuait à encercler la dernière grosse molaire gauche.

Beaucoup plus intéressante était l'évolution des symptômes urinaires.

De l'ingestion du poison au moment de l'entrée dans nos salles, la malade croit, sans en être absolument certaine, qu'elle n'a pas uriné, mais ce dont nous sommes sûrs, c'est que du 7 au 10 novembre aucune goutte d'urine n'a été émise. *L'anurie a donc duré cinq jours*, et c'est le 10 novembre à onze heures du matin qu'a lieu une première miction de 35 c.c.

Dès lors, la sécrétion urinaire se rétablit peu à peu: 75 c.c. le 10 novembre, 110 le 11, 215 le 12, 390 le 13, 550 le 14, 750 le 15, puis au-dessus d'un litre, et jusqu'à un maximum dépassant 3 litres vers le vingt-cinquième jour.

Nous retrouverons plus tard la question très intéressante du mode d'élimination de l'urée et des chlorures, mais dès maintenant signalons un fait capital: dès la reprise de la sécrétion rénale, aussi bien que par la suite, *les urines n'ont contenu que des traces d'albumine*, quelques centigrammes à peine, albumine vraie, sans albumose.

Voilà donc une néphrite qui a évolué sous ce type très spécial: anurie absolue pendant cinq jours, puis reprise lente de la sécrétion urinaire, avec albuminurie presque nulle, le tout sans hématurie, sans œdèmes, sans symptômes de grande ou petite urémie.

Mêmes particularités avaient déjà été observées par moi (1) chez une jeune femme qui avait avalé, en une fois, 5 grammes de sublimé et 10 c.c. de laudanum. Outre les phénomènes gastriques et la stomatite ulcéreuse, nous avions vu se produire une *anurie complète pendant cinq jours;* le sixième jour seulement, émission de 70 c.c. d'une urine acide, *très légèrement albumineuse*, et chargée de cylindres granulo-graisseux et de cellules épithéliales; au neuvième jour les urines remontent à 900 c.c., tout en contenant en abondance les mêmes sédiments histologiques; mort au vingtième jour par péricardite aiguë et collapsus cardiaque.

Des deux termes de ce syndrome urinaire, l'un, l'oligurie ou l'anurie, est très habituellement signalé dans les observations d'intoxication par le sublimé; l'autre, la très faible abondance de l'albuminurie, est loin d'être constant. Dans de nombreux cas on note, au contraire, une notable ou forte albuminurie (2). A quoi tient cette différence? Pas, je crois, à l'action même du sublimé, qui certes, chez mes deux malades, et malgré le très faible degré de l'albuminurie, a été portée à un très haut point d'intensité. Mais il faut bien tenir compte que, chez les intoxiqués par le sublimé, le rein peut ne pas subir les seuls effets du poison ingéré. Très rapidement, de par les lésions ulcéro-gangréneuses profondes des muqueuses intestinale et buccale, de par les lésions utérines quand il s'agit de femmes en couches, des processus secondaires toxi-infectieux se surajoutent à l'intoxication première, et, c'est à eux qu'il convient, je pense, d'attribuer en grande partie l'albuminurie. Cette interprétation me paraît seule en état de nous expliquer la contingence et la variabilité de l'albuminurie, et, dans nos deux cas, nous aurions eu affaire à des néphrites toxiques pures, sans adjonction de processus secondaires.

Nous n'avons observé chez nos deux intoxiquées ni la coloration rouge spéciale des urines signalée par Fischer, ni l'urobilinurie abondante que M. Hoppe-Seyler a constatée.

Cette anurie toxique n'est pas exclusivement propre à l'intoxication par le sublimé, et elle a été observée avec des caractères analogues dans *l'arsenicisme aigu* (3): tantôt immédiate, tantôt précédée d'oligurie au quatrième jour et devenant complète au cinquième, comme dans le cas célèbre du duc de Praslin, étudié par Tardieu; ou plus tardive, et ne survenant même qu'au huitième jour, comme dans un fait de Mahieux.

Il semble donc qu'il s'agisse là d'une *réaction anurique* très spéciale, propre aux poisons les plus forts, les plus directement nécrotisants pour l'épithélium rénal. Et telle est bien, en effet, l'explication physiologique du phénomène; l'examen en série des sédiments urinaires en donne la démonstration. Voici ses résultats chez notre malade:

Dans la première miction, au cinquième jour, nombreuses cellules vésicales et vaginales, très nombreux leucocytes (polynucléaires et lymphocytes en proportions à peu près égales), quelques cellules rénales, quelques cylindres hyalins. Dans les seconde et troisième mictions, même cytologie, avec abondance plus grande des cylindres hyalins.

Dans les quatrième et cinquième mictions, au septième jour de la maladie, cylindrurie considérable et apparition de cylindres granuleux et granulo-graisseux.

Les jours suivants (huitième et neuvième), cylindrurie énorme, portée à son maximum, et permettant de reconnaître des *moules complets de tubes contournés, d'anses de Henle, de tubes droits*.

Dès lors, l'élimination de cylindres va diminuant; les moules complets disparaissent, mais on retrouve toujours, en plus ou moins grande abondance suivant les mictions, des cylindres épithéliaux, granuleux ou granulo-graisseux, des cylindres hyalins, des cellules vésicales, des leucocytes, et cela pendant *un mois* environ. Ce n'est que vers le 15 décembre que les cylindres ont presque complètement disparu des préparations.

A aucun moment la néphrite n'a été hématurique: absence complète d'hématies, particularité dont nous trouverons l'explication dans l'*intégrité histologique des glomérules.*

D'après ces examens cytologiques, l'anurie hydrargyrique nous apparaît donc comme la conséquence d'un *fait mécanique*, l'encombrement oblitérant des tubuli, des anses de Henle, des tubes droits, par des épithéliums nécrosés et des cylindres de tous genres. La sécrétion rénale ne se rétablit qu'au fur et à mesure que la chasse urinaire balaye ces déchets et rend aux tubes sécréteurs et excréteurs une perméabilité suffisante. Pour les cas de ce genre, le terme, dont on a souvent abusé, d'imperméabilité rénale n'est que l'expression stricte du processus.

C'est ce que l'autopsie de ma malade de 1899 m'avait déjà démontré. Au vingtième jour de l'affection, une péricardite aiguë amenait la mort, et que constations-nous par l'examen histologique des reins? Les reins étaient de gros reins blancs; on y trouvait un léger épaississement du stroma conjonctif; une intégrité des glomérules, sauf, pour quelques-uns, un état de tuméfaction hyaline de la couche rameuse périvasculaire; des tubes contournés ou bien entièrement desquamés, ou contenant un épithélium presque normal, nullement granulo-graisseux, un peu aplati seulement; aucun exsudat albuminoïde dans les cavités tubulaires. Au centre de quelques tubuli seulement, et aussi dans certains tubes d'excrétion, on trouvait des masses granuleuses, presque amorphes, facilement reconnaissables pour des cellules épithéliales en nécrose de coagulation. La malade avait donc *régénéré* la plus grande partie de ses épithéliums tubulaires, et était en train de guérir ses lésions rénales, sauf évolution ultérieure vers la néphrite atrophique lente.

Rien de plus facile que de reproduire expérimentalement l'ensemble de ces lésions. A un lapin pesant 3,300 grammes, nous faisons ingérer en une seule fois 0 gr. 15 centigr. de sublimé dissous dans 50 c.c. d'eau. Il meurt au bout de trois jours, sans anurie; ses urines avaient été très albumineuses, et contenaient de nombreux cylindres hyalins, granuleux, épithéliaux, et une grande abondance de cellules rénales desquamées.

L'examen histologique de ses reins montre les lésions suivantes: glomérules sains, comme anses vasculaires et comme capsule; état très dissemblable des tubes contournés: certains d'entre eux présentent un épithélium normal, bien conservé comme protoplasma et comme

(1) A. Chauffard. Intoxication mortelle par le sublimé. (*Bull. médical*, 8 février 1899.)

(2) P. Delaunay. Contribution à l'étude de l'intoxication par le sublimé. (*Thèse de Paris*, 1893.)

(3) G. Brouardel. Etude sur l'arsenicisme. (*Thèse de Paris*, 1897.)

noyau; pour d'autres, nécrose de coagulation typique, remplissant et moulant, pour ainsi dire, la cavité tubulaire; ailleurs, l'épithélium est à la fois nécrosé et desquamé, mais les cellules ne s'agglomèrent pas, restent comme dissociées. Ces lésions se retrouvent non seulement dans les tubuli, mais aussi dans les anses de Henle. De longs cylindres colloïdes remplissent un certain nombre de tubes droits.

Cette néphrite, nécrotique en foyers, n'est à aucun degré congestive ni diapédétique. De plus, nous n'avons pas observé, non plus que dans notre autopsie chez l'homme, l'infiltration calcaire abondante, notamment par l'oxalate de chaux, obtenue dans leurs recherches expérimentales par M. Salkowski, par M. Senger, et corrélative d'un processus aigu de décalcification osseuse.

Ainsi, par l'examen des urines, par les autopsies cliniques ou expérimentales, nous arrivons aux mêmes conclusions : la néphrite par le sublimé est une néphrite nécrotique, sans adjonction de processus congestifs ou diapédétiques, sans lésions des glomérules; elle aboutit à une oblitération temporaire et mécanique des tubes contournés, des anses de Henle, des tubes droits; et l'ensemble de ces lésions rend un compte très satisfaisant du syndrome urinaire qui la spécifie.

L'étude de la sécrétion urinaire chez notre malade nous a donné des résultats très curieux, et aussi instructifs au point de vue du fonctionnement rénal qu'en ce qui concerne les troubles de la nutrition cellulaire, provoqués par l'action toxique.

Les recherches ont porté sur l'urée, les chlorures, les phosphates.

Le graphique ci-dessus montre les courbes d'élimination de l'urée et des chlorures, ainsi que les variations du régime alimentaire.

Notons tout d'abord que, pendant les quatre premiers jours dans nos salles, correspondant à la fin de la période d'anurie et à la première reprise des mictions, 3,100 c.c. de solution chlorurée à 9 ‰ ont été injectés sous la peau, et, trois jours après, une nouvelle dose de 500 c.c., soit une quantité totale de chlorure de sodium de 32 grammes, en négligeant, de même que dans les calculs suivants, les décimales.

Or, si l'on calcule les quantités de chlorure éliminées depuis la première miction jusqu'au 25 novembre inclusivement, on trouve un chiffre de 43 grammes, alors que, jusqu'à ce même moment, il avait été absorbé 83 grammes de sel, dont 32 par la voie sous-cutanée et 51 par la voie gastrique, la chloruration du lait étant comptée au chiffre moyen de 1 gr. 70 centigr. par litre. La rétention chlorurée, au moins en ce qui concerne les urines (le titrage des matières fécales n'ayant pu être fait), a donc été d'environ 40 grammes.

Pendant ce même laps de temps, bien différente a été la marche de l'élimination uréique. Très rapidement la courbe monte à 23 grammes, puis s'élève jusqu'à 65 gr. 60 centigr. le 24, pour redescendre ensuite progressivement à des chiffres normaux, comme le montre le graphique.

De la première miction au 25 novembre inclus, la somme des éliminations uréiques donne ainsi le total énorme de *413 gr. 45 centigr. en treize jours*. Encore n'a-t-on tenu compte que de l'azote uréique, et les chiffres exprimant la désassimilation azotée auraient-ils été sensiblement plus forts si l'on avait dosé l'azote urinaire total.

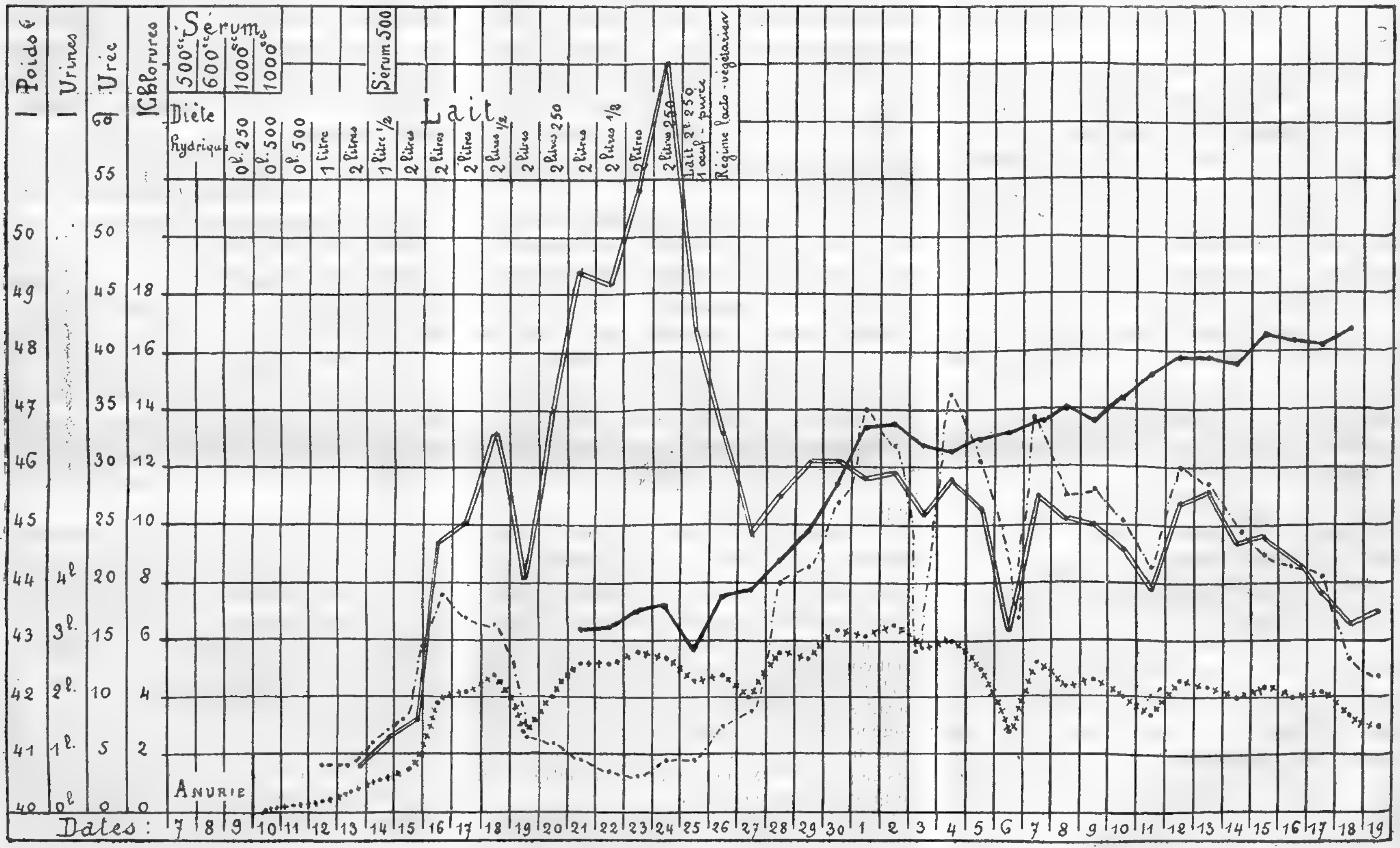
A partir des 26 et 27 novembre, les courbes des chlorures et de l'urée changent dans leur marche et leurs rapports réciproques : le graphique montre une véritable *crise chlorurique* qui se prolonge pendant une quinzaine de jours, fait suite à la *crise azoturique*, et la remplace pour ainsi dire.

Ce fait très remarquable, et absolument net dans le cas présent, confirme les observations de MM. Widal et Javal (1); ces auteurs concluent de leurs recherches que « la dissociation entre les perméabilités pour le NaCl et pour l'urée apparaît aussi nette que possible. Ainsi chez certains sujets arrivés à la période terminale du mal de Bright, alors que l'imperméabilité pour le NaCl est devenue presque absolue, nous voyons jusqu'au jour de la mort la perméabilité à l'urée conservée dans des proportions très considérables ».

MM. Widal et Javal ont donc vu la perméabilité rénale *disparaître* pour les chlorures avant l'urée, et nous la voyons inversement *reparaître* pour l'urée avant les chlorures. Les deux constatations se complètent et se contrôlent l'une l'autre.

Chez notre malade, c'est donc sous forme de *crises successives* que le chlorure et l'urée ont été éliminés, par une véritable dissociation dans l'activité fonctionnelle du rein. Si nous n'avons pas de dosages du sang qui permettent d'affirmer ici l'existence d'un double état de *chlorurémie* et d'*azotémie*, la signification physiologique des deux crises n'est cependant pas douteuse, et un autre fait, que nous relaterons plus loin, nous donnera la preuve de la surcharge uréique colossale que peut présenter le sang dans des cas de ce genre.

Il est impossible d'admettre que cette quantité de 413 grammes d'urée éliminée en treize jours soit en rapport direct avec le régime alimentaire, c'est-à-dire avec les 30 litres de lait ingérés pendant ce laps de temps. Sans doute,



LÉGENDE : Poids ——— Urines +++++++ Urée ═══ Chlorures -.-.-.-

(Pour les journées des 10, 11, 12, 13, 14, 15, la quantité d'urine a été respectivement de 75, 110, 215, 390, 550, 750 c.c.)

(1) F. Widal et A. Javal. La chlorurémie et la cure de déchloruration dans le mal de Bright. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov. 1903, p. 1107.) — La dissociation de la perméabilité rénale pour le chlorure de sodium et l'urée dans le mal de Bright. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 19 déc. 1903, p. 1634, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 419.)

le bilan azoté est beaucoup plus difficile à établir que le bilan chloruré, et trop de causes de variation peuvent intervenir pour qu'il soit possible d'établir entre les ingesta et les éliminations une équation rigoureuse. Si cependant, à titre de donnée approximative, nous essayons d'appliquer à notre cas les données physiologiques moyennes généralement acceptées, voici le résultat assez saisissant auquel nous arrivons :

On admet que 1 litre de lait contient 35 grammes d'albumine, qui peuvent eux-mêmes donner 10 gr. 70 centigr. d'urée; sur cette quantité d'urée, il s'en élimine 1 gr. 70 centigr. par les fèces, et le reste, c'est-à-dire 9 grammes, par les urines. Les 30 litres de lait consommés en treize jours correspondraient donc à 270 grammes d'urée; l'élimination uréique ayant été pendant ce laps de temps de 413 grammes, la surélimination uréique aurait donc été de 143 grammes. Tout ceci à titre d'indication, et sans prétendre à une précision rigoureuse.

Le bilan des éliminations pendant cette période de treize jours se chiffrerait donc ainsi : *pour les chlorures, par un déficit de 40 grammes; pour l'urée, par un excédent de 143 grammes.*

A partir de ce moment, l'alimentation lacto-végétarienne est instituée, la crise chlorurique se produit, les chiffres de l'urée reviennent à la normale.

Le dosage des phosphates n'a été malheureusement pratiqué qu'au douzième jour, après la reprise de la sécrétion urinaire, et a donné des chiffres en général assez faibles, au-dessous de 2 grammes, s'élevant jusqu'à 3 grammes vers le 12 décembre, c'est-à-dire en pleine période de guérison.

L'état de la malade n'a permis de la peser que le 21 novembre; son poids était alors de 43 kilos 200, très inférieur, dit cette jeune fille, à son poids normal, sans que celui-ci ait pu être précisé. Dès lors, la courbe monte régulièrement, pour arriver à 47 kilos 500 au moment de la sortie de l'hôpital. On peut admettre que l'amaigrissement avait été au moins de 4 kilos 500, et probablement plus important.

Ce qui manque à la partie chimique de notre observation, ce sont les dosages dans le sang des chlorures et de l'urée; il y aurait un grand intérêt à les mettre en regard des éliminations urinaires.

A cet égard, une indication très curieuse peut être tirée d'une observation que M. Pasteau a bien voulu me communiquer. Il s'agissait d'une syphilitique atteinte, dans des conditions sur lesquelles nous reviendrons, d'anurie hydrargyrique; au cinquième jour de son anurie, 3 c.c. d'urine sont éliminés, donnant au litre une teneur de *5 gr. 20 centigr. d'urée*, alors que le même jour l'examen chimique du sang, fait au laboratoire de M. le professeur Guyon, par M. Chabrié, donnait le chiffre tout à fait extraordinaire, et, je crois, sans précédent, de *20 grammes d'urée au litre*, et de 1 gr. 80 centigrammes de glucose.

Ce dosage de l'urée dans le sang n'a pas été renouvelé chez cette femme, mais il offre toutes les garanties d'exactitude, et nous montre ainsi quelle peut être l'énormité de la rétention uréique au cours de l'anurie hydrargyrique.

On sait que, chez les brightiques urémiques, cachectiques, à demi inanitiés, une teneur du sang en urée de 4 à 5 grammes, de 6 grammes comme récemment nous l'avons observé chez un de nos malades, est déjà un chiffre presque maximum. Mais on comprend que, dans la néphrite par le sublimé, ce chiffre puisse être de beaucoup dépassé, et pour deux raisons : imperméabilité rénale absolue, se traduisant par une anurie plus ou moins prolongée; et désassimilation suraiguë et intense portant sur la matière azotée, sur les bases terreuses (décalcification des os), etc. Ainsi peut s'expliquer ce chiffre formidable de 20 grammes d'urée par litre de sang.

La physiologie pathologique de la néphrite par le sublimé se trouve déjà très éclairée par tout l'ensemble des constatations précédentes.

Nous avons vu le sublimé agir : directement et d'emblée comme *poison cellulaire rénal*, frappant le rein d'anurie immédiate, par nécrose de l'épithélium tubulaire, et par encombrement cylindrurique; comme *poison cellulaire général*, détruisant les molécules azotées, décalcifiant les os; sans préjudice des autres lésions anatomiques, buccales, intestinales, etc.

Nous avons vu comment, dans les cas heureux, se rétablissait la sécrétion rénale, avec ses éliminations figurées, ses crises successives et échelonnées d'urée et de chlorures.

Mais tout cela, le sublimé est-il le seul composé mercuriel qui soit apte à le produire, et ne devons-nous pas dire plutôt *néphrite hydrargyrique* que néphrite par le sublimé? A cet égard, l'observation que je dois à l'obligeance de M. Pasteau est des plus probantes.

La femme qui en fait l'objet était entrée dans mon service le 8 janvier 1902, au troisième jour d'une anurie brusque, accompagnée de vomissements, et qui avait été précédée de quelques jours de malaise assez vague. C'était une syphilitique non douteuse, âgée de cinquante et un ans, présentant une vaste ulcération de la jambe droite, et traitée l'été précédent à l'hôpital Broussais par des injections de calomel; la dernière injection remontait au 15 septembre, c'est-à-dire à près de quatre mois. Depuis lors, et la malade était formelle dans ses déclarations, aucun traitement mercuriel quelconque n'avait eu lieu.

Dans ces conditions, en l'absence de toute intoxication hydrargyrique probable, de toute stomatite, j'envoyai la malade à l'hôpital Necker.

Dès le lendemain, la stomatite apparaissait, le diagnostic n'était plus douteux; mais ce n'est que plus tard, pressée de nouvelles questions, que cette femme finit par se rappeler qu'à plusieurs reprises elle avait pansé son ulcère de jambe avec de l'emplâtre de Vigo, et la dernière fois quinze jours avant le début des accidents. Dès lors, son histoire était facile à reconstituer : imprégnation lente et durant encore par le calomel (et l'on sait que dans les urines le mercure peut être trouvé six mois, huit mois même, après la cessation du traitement), nouvelle absorption toxique de mercure métallique, ou plutôt de vapeurs mercurielles, par l'ulcère de jambe, et apparition soudaine des grands accidents rénaux de l'intoxication hydrargyrique. Si le sublimé est la cause la plus fréquente de ces accidents, ce n'est qu'en raison de la brutalité de son action, qui réalise la *condition optima* de nocivité hydrargyrique pour l'épithélium rénal, pour le trophisme général de l'organisme.

En dernière analyse, du reste, c'est toujours au sublimé que se ramène l'absorption hydrargyrique. Telle est la conclusion formelle de M. G. Pouchet (1). « Quelle que soit la forme sous laquelle le composé mercuriel sera présenté à l'organisme humain, les réactions chimiques aboutiront toujours à la formation de chlorures mercureux et mercurique. » De même, les expériences de Merget ont prouvé que « l'agent principal, sinon même exclusif, de l'altération des éléments anatomiques, est le chlorure mercurique ».

Reste à tirer de tout ce qui précède quelques conclusions d'ordre pratique et thérapeutique.

Toute anurie brusque et complète, survenant chez un sujet sain, sans antécédents rénaux, sans cause connue, doit faire penser à une intoxication, surtout si elle est accompagnée de symptômes graves de gastro-entérite aiguë. L'intoxication mercurielle est une de celles qu'il faut le plus suspecter, même en l'absence de stomatite, toujours plus tardive, et de salivation qui très souvent fait défaut.

Même si la guérison apparente est obtenue, le pronostic ultérieur de la néphropathie toxique n'en doit pas moins être très réservé, et il est fort possible que ces sujets évoluent par la suite vers la néphrosclérose.

Chez notre malade guérie, nous avons déjà quelques raisons de le craindre : 2 fois, chez elle, l'épreuve de la glaucurie a été faite, et l'élimination du bleu a été lente, prolongée au dix-neuvième jour pendant cent heures, pendant cent quinze heures au quarante-cinquième jour. De plus, la tension artérielle, qui avait oscillé pendant le cours de la maladie entre 16 et 17, atteignait 19 au moment de la sortie de l'hôpital. Ce double fait, d'une perméabilité rénale restant amoindrie et d'une tension artérielle ascendante, légitime bien des réserves pour l'avenir.

Quant aux indications thérapeutiques, abstraction faite de celles qui visent l'absorption du poison ingéré, les troubles gastriques, etc., elles me paraissent très nettes. A un sujet frappé d'anurie hydrargyrique, il est inutile d'essayer de donner des diurétiques médicamenteux, l'épithélium rénal est d'emblée trop gravement lésé pour cela. On ne peut s'adresser qu'à ce qui est resté sain dans le rein, c'est-à-dire *au glomérule*, et un seul diurétique peut réussir, et m'a donné dans mes 2 cas le meilleur résultat : c'est l'injection à hautes doses de la solution chlorurée sodique physiologique, plus de 3 litres en quatre jours chez ma malade.

Comment, dira-t-on, injecter du chlorure de sodium à un sujet dont l'occlusion rénale est complète? Ne risque-t-on pas d'aggraver encore sa rétention hydrique et chlorurée, de provoquer une anasarque aiguë? L'expérience m'a prouvé qu'il n'en était rien, et je crois la contre-indication beaucoup plus apparente que réelle.

Les anuriques par le sublimé sont mis en état de déshydratation par l'abondance des vomissements et de la diarrhée; leur tension artérielle est basse, de 12 à 14 centimètres de mercure d'après G. Sée; ils se rapprochent ainsi beaucoup de l'état des cholériques anuriques, et sont comme ceux-ci justiciables des grandes injections salines, mais à une double condition cependant, *c'est que la tension artérielle ne s'élève pas au-dessus de la normale, et qu'il ne se produise aucun œdème.* Si la gravité des accidents ne permet pas d'établir une courbe quotidienne de poids, il faut au moins ne pas se départir de ces moyens de contrôle.

Nous ne devons pas oublier que l'anurie toxique ne laisse pas, comme fait l'anurie calculeuse, la ressource suprême d'une intervention chirurgicale; c'est donc très activement et sans perdre de temps, pendant que dure encore la tolérance apparente de l'organisme, qu'il faut essayer de forcer l'obstacle rénal; c'est une question de vie ou de mort, et les anuriques sont de ceux qui ne peuvent pas attendre.

(1) L. Lewin. Traité de toxicologie (Traduit de l'allemand et annoté par Pouchet). Paris, 1903, p. 289.

CHIRURGIE PRATIQUE

La mortalité de l'anesthésie générale par la scopolamine-morphine.

Les accidents relativement fréquents que l'on observe au cours de la chloroformisation ont dès longtemps amené les chirurgiens à chercher un anesthésique général moins dangereux. L'éther notamment, dont l'usage se répand de plus en plus depuis une dizaine d'années, a déjà restreint dans une notable proportion l'emploi du chloroforme, surtout à l'heure actuelle où les progrès de la technique — tels que l'administration goutte à goutte — rendent son application tous les jours plus facile. Toutefois, malgré les avantages incontestables de l'éther, bien mis naguère en lumière dans ce journal même par M. le professeur Jaquet (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 393-396),

l'anesthésique général d'une innocuité parfaite et d'une efficacité constante reste encore à trouver, si tant est que la médecine puisse prétendre jamais à l'absolu.

On crut, cependant, il y a quelques années, avoir découvert un mode d'anesthésie répondant à ce double desideratum. L'association de deux médicaments, l'un d'un usage quotidien en médecine générale — la morphine —, l'autre d'un emploi assez fréquent en pathologie mentale et nerveuse — l'hyoscine (plus connue en Allemagne sous le nom de scopolamine) —, devait, prétendait-on, assurer une narcose assez profonde pour permettre d'exécuter les opérations chirurgicales les plus douloureuses et les plus longues sans que le malade en eût conscience ni courût le moindre danger du fait même de l'anesthésie. Mais bientôt, une fois passé l'enthousiasme de la première heure, il fallut déchanter. Des voix autorisées se firent entendre, rappelant à la prudence et parlant d'alertes graves. Et voici que, depuis quelque temps, on signale des accidents mortels en nombre de plus en plus grand. Une revue rapide de la question est à cet égard des plus instructives.

C'est en 1900 que la scopolamine fut pour la première fois employée en association avec la morphine, en vue d'obtenir l'anesthésie générale, par M. le docteur Schneiderlin (d'Emmendingen). Notre confrère put, après avoir pratiqué des injections sous-cutanées des deux médicaments, exécuter, sans que le malade ressentît aucune douleur, des opérations telles qu'amputation de la cuisse, résection du pied, etc., etc. La méthode, qui ne se trouvait encore en quelque sorte qu'à l'état d'ébauche, ne paraissait guère susceptible d'entrer dans la pratique courante, lorsqu'un autre médecin allemand, M. le docteur B. Korff (de Fribourg-en-Brisgau), entreprit des recherches sur le procédé en question. Ces études aboutirent à une simplification notable de la méthode, dont la technique fut désormais réglée d'une façon uniforme, et aussitôt nous en fîmes part à nos lecteurs en leur fournissant tous les détails nécessaires pour qu'ils fussent à même de l'appliquer (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 248). Depuis lors, M. Korff n'a cessé de porter le plus vif intérêt au procédé dont il a été l'un des initiateurs, et il est revenu sur la question dans plusieurs publications ultérieures. Dès son premier travail, il avait annoncé que, sur 80 sujets soumis par lui aux injections de scopolamine et de morphine, un seul, un vieillard de quatre-vingt-deux ans, avait présenté des troubles post-anesthésiques sous forme d'agitation et de subdélire. Peu après, cependant, notre confrère apportait certaines restrictions à son enthousiasme du premier moment et déclarait que, en raison de certaines difficultés de technique, la méthode ne lui paraissait pas se prêter à un usage général. Mais ces scrupules n'ont pas eu, semble-t-il, une bien longue durée, si l'on en juge par la statistique dont M. Korff disposait en août 1904 et qui porte sur un total de 200 cas sans aucun accident sérieux.

D'autres statistiques étaient non moins favorables : à preuve celles de M. Grevsen (69 cas), de M. Stolz (5 cas), de M. Hartog (93 cas) et de M. Volkmann (20 cas).

Et pour ne rien omettre de ce qui est en faveur de la méthode, nous dirons que le procédé dont il s'agit a aussi été préconisé en obstétrique par M. le docteur R. von Steinbüchel, privatdocent à la Faculté de médecine de Gratz (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 404), sans qu'on ait, à notre connaissance du moins, signalé d'inconvénients graves à la suite de son emploi.

Mais à côté de ces faits qui plaident en faveur de la nouvelle méthode, il en est d'autres qui en montrent tous les dangers. Sans vouloir relever ici les noms des divers auteurs qui peuvent avoir signalé des accidents plus ou moins graves, quoique non mortels, nous noterons seulement celui de M. le docteur L. Wild, parce que notre confrère, après 7 cas heureux observés à Altona dans le service hospitalier de M. le professeur Fritz König, avait eu, chez une jeune fille de dix-huit ans, de santé très robuste, qu'il opérait pour un empyème du sinus maxillaire, une alerte si grave qu'il déclara renoncer désormais à ce mode d'anesthésie.

Et ce n'était là qu'une alerte! Malheureusement il n'en a pas été toujours ainsi.

Au mois de septembre 1902, M. le docteur E. Blos fit connaître que, sur 105 sujets opérés sous l'anesthésie par la scopolamine-morphine dans le service de chirurgie de M. le professeur von Beck, à l'hôpital civil de Carlsruhe, il avait observé un cas de mort vraisemblablement imputable à la narcose. Il s'agissait d'un homme de cinquante ans, phtisique avancé et présentant de la dégénérescence cardiaque, de l'entérite tuberculeuse et de l'albuminurie avec carie sacro-pelvienne. Ce malade, auquel on réséqua à gauche la tubérosité de l'ischion, la branche ascendante de cet os et une partie du sacrum, mourut six heures après l'opération, au milieu d'un affaiblissement progressif.

Au mois de décembre de la même année (1902), M. le docteur O. Witzel, professeur honoraire de chirurgie à la Faculté de médecine de Bonn, publia, de son côté, les résultats de sa pratique : sur 3 individus ainsi opérés, un eût une convalescence fort prolongée, et un autre — vieux prostatique atteint d'infection urineuse — succomba non sans que l'on pût, avec quelque vraisemblance, incriminer, au moins dans une certaine mesure, le mode d'anesthésie.

Le 14 juillet 1903, M. le docteur S. Flatau (de Nuremberg) relatait à son tour une statistique de 30 cas où il avait eu recours à la méthode de Schneiderlin, avec un décès. Il s'agissait d'une femme de cinquante-deux ans, présentant un état de santé d'ailleurs excellent et à laquelle notre confrère pratiqua l'ablation d'un polype de l'utérus après incision du col. L'intervention fut parfaitement supportée, mais quatre heures et demie plus tard, brusquement, la scène changea : des râles trachéaux apparurent, le pouls devint rapide, faible et intermittent et la respiration prit le caractère de Cheyne-Stokes; de l'œdème pulmonaire se développa rapidement, et, sept heures après l'opération, la malade mourait.

A la séance tenue le 12 décembre dernier par la *Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins*, M. le docteur Dirk a déclaré que, sur 260 malades du service de M. le professeur Rotter, chez lesquels on avait employé les injections de scopolamine-morphine, 3 — des vieillards de soixante-neuf, soixante-treize et soixante-seize ans — avaient succombé aux suites de l'opération. Dans la discussion qui suivit cette communication, un autre membre de ladite Société, M. le professeur J. Israel, dit avoir vu survenir la mort 3 fois sur 332 opérés auxquels l'on avait fait application de la méthode de Schneiderlin. Un de ces cas mortels avait trait à un sujet jeune, atteint d'anurie depuis huit jours; les 2 autres malades, après avoir présenté à la suite de l'opération une agitation extrême, moururent dans le coma, l'un deux jours, l'autre trois jours après l'intervention.

Enfin, dans les premiers jours de la présente année, M. le docteur H. Ziffer a fait connaître la statistique de 64 cas recueillis à la Maternité de Budapest par M. le professeur G. Dirner, privatdocent à la Faculté de médecine de ladite ville : elle comprend 3 décès, tous d'ailleurs survenus chez des cancéreuses avancées, cinq heures, deux jours et cinq jours après l'intervention.

Voici donc un total de 12 cas de mort notoirement imputables aux injections sous-cutanées de scopolamine-morphine. Si l'on tient compte que l'on connaît actuellement 1,189 cas, où ce mode d'anesthésie a été employé, nous voyons que la léthalité due à la méthode de Schneiderlin correspond, en chiffres ronds, à 1 %. C'est là une proportion de beaucoup supérieure au taux de mortalité tant de la chloroformisation que de l'éthérisation : on sait que la proportion d'accidents mortels, admise par la Société allemande de chirurgie en 1897 — nous citons l'Allemagne, puisque c'est dans ce pays que la méthode de Schneiderlin a été le plus souvent appliquée jusqu'ici —, est de 1 pour 2,075 avec le chloroforme, de 1 pour 5,112 avec l'éther.

Ainsi, quoique l'anesthésie générale par la scopolamine associée à la morphine n'ait guère que quatre ans de date, elle n'en compte pas moins à son passif une mortalité vingt fois plus forte que celle du chloroforme et cinquante fois plus élevée que celle de l'éther. Cela étant, on ne peut que s'étonner de voir choisir le moment où de pareils résultats commencent à se faire jour pour préconiser ce mode d'anesthésie, comme on aurait quelque tendance à le faire actuellement en France.

BULLETIN

Comme quoi la leucémie peut se manifester sous la forme épidémique.

On sait que la leucémie est considérée par quelques auteurs comme étant de nature infectieuse, et que d'aucuns ont même décrit un agent pathogène spécifique comme cause de la maladie : certains pathologistes, tels que M. Banti, qui ne voient dans la leucémie qu'une forme spéciale de sarcome, n'hésitent pas à déclarer que l'on ne saurait expliquer la pathogénie de cette affection sans admettre l'existence d'un germe spécifique.

L'hypothèse de l'infectiosité de la leucémie ne saurait que se fortifier lorsqu'on envisage des faits comme ceux que M. le docteur L. Arnsperger, assistant à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Heidelberg, vient de relater dans le numéro du 3 janvier 1905 de la *Münchener medizinische Wochenschrift*. Notre confrère a, en effet, eu l'occasion d'observer, au cours des deux dernières années, une véritable épidémie de leucémie ayant régné dans la vallée de l'Enz, entre Pforzheim et Mühlacker, région où cependant la leucémie ne se rencontre que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

En tout, M. Arnsperger a pu réunir 11 cas. Sur ce nombre, 3 malades furent hospitalisés et suivis de près dans le service de M. le professeur V. Czerny. Le diagnostic y fut vérifié par un examen clinique et hématologique approfondi. En faisant des recherches à Pforzheim, notre confrère constata qu'il existait également dans cette ville 2 faits incontestables de leucémie; 6 autres cas furent encore recueillis dans la vallée de l'Enz entre Pforzheim et Mühlacker. Des numérations des globules du sang n'ayant pas été faites chez ces derniers malades, le diagnostic, encore que vraisemblablement exact, n'est cependant basé que sur des données cliniques, notamment sur la constatation d'une splénomégalie.

Au point de vue étiologique, il convient de remarquer qu'aucun des facteurs qu'il est généralement possible de faire intervenir, dans des épidémies comme celle qui a été observée par M. Arnsperger, ne paraît dans l'espèce pouvoir être incriminé.

L'origine familiale de la maladie, admissible dans certains cas de pseudo-leucémie, ne saurait être invoquée : tout ce que notre confrère a, en effet, pu relever à cet égard, se réduit à l'un des malades dont une sœur serait morte de leucémie quinze ans auparavant.

L'origine professionnelle semble, elle aussi, devoir être écartée, ne fût-ce que parce que la statistique comprend 5 femmes, 4 hommes (les uns paysans, les autres ouvriers d'usine) et 2 enfants.

Quant aux conditions hygiéniques dans lesquelles vivaient les malades, elles laissaient assurément fort à désirer dans tous les cas. Mais on ne saurait voir là une explication suffisante de l'épidémie de la vallée de l'Enz.

Le seul trait étiologique que l'on puisse assigner à cette épidémie demeure donc, au total, celui de sa localisation régionale, et ce qui est assez curieux à constater, c'est que, ici comme pour certains cas de cancer, l'épidémie s'est produite au voisinage d'un cours d'eau. Il est regrettable, toutefois, que M. Arnsperger n'ait pas porté davantage son attention sur ce point en cherchant à déterminer le lieu précis où est apparu le premier cas, car si l'Enz est à incriminer dans l'espèce, c'est assurément au haut de la vallée que se trouve l'origine de la maladie. Il n'aurait pas été sans utilité d'indiquer aussi la nature et la conformation du terrain de la région comprise entre Pforzheim et Mühlacker, certaines parties du grand-duché de Bade et du Wurtemberg étant déjà reconnues comme des plus cancéreuses en Allemagne.

Quelle que soit l'importance qu'il faille attribuer aux facteurs géologique, oro et hydrographique dans la propagation de l'épidémie de leucémie de la vallée de l'Enz, un fait n'en reste pas moins acquis, c'est que dans une région très limitée, et au voisinage d'un cours d'eau, on a constaté, pour la première fois, une série de cas de leucémie auxquels on peut appliquer le qualificatif d'épidémiques et qui montrent avec quelque vraisemblance l'infectiosité de cette maladie.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Sur le diagnostic des abcès du foie, par M. H. de Brun.

Dans le présent mémoire, M. de Brun attire l'attention sur un certain nombre de particularités susceptibles de faciliter le diagnostic des abcès du foie. Il insiste notamment sur la *rougeur vive et sèche de la langue*, dont il a récemment été question dans ce journal même (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 396-397).

C'est surtout dans les cas frustes, en particulier dans les cas apyrétiques, que ce dernier symptôme acquiert toute sa valeur. Or, l'apyrexie n'est pas rare, au cours des abcès hépatiques. Elle peut être en quelque sorte primitive, l'affection évoluant, dès le début, sans la moindre manifestation fébrile; le plus souvent, d'ailleurs, cette apyrexie n'est qu'apparente, et généralement un écart de régime, un excès de marche ou de travail, une émotion un peu vive suffisent pour faire apparaître la fièvre. A cet égard, l'influence des fatigues dominicales doit être signalée : « Il faut se défier des fièvres octanes, dit l'auteur; leurs relations avec l'impaludisme semblent discutables, et elles pourraient bien avoir avec les suppurations hépatiques de plus sérieuses attaches. »

Si ces faits, somme toute, sont plutôt exceptionnels, il est au contraire fréquent de voir survenir, après une période fébrile plus ou moins longue, la chute absolue de la température, coïncidant avec une amélioration des symptômes locaux et généraux assez notable pour que les malades se considèrent comme guéris; guérison toute apparente, et que viennent souvent démentir les pires accidents, ainsi qu'en témoignent 2 faits relatés par M. de Brun : l'un se termina par la mort, l'autre par l'incision d'urgence d'une volumineuse collection hépatique.

A côté des modifications linguales, l'auscultation de la poitrine fournit des renseignements précieux pour le diagnostic de ces cas à symptomatologie obscure ou presque nulle. L'abcès du foie, en effet, provoque à peu près constamment, du côté de la plèvre, une réaction plus ou moins marquée, se traduisant par des frottements qui, le plus souvent localisés en arrière, à la base du poumon droit, forment parfois comme une demi-ceinture ou s'étendent même à toute la hauteur de l'hémithorax droit; plus rarement, c'est à gauche qu'il faut les rechercher. En règle générale, les lésions pleurales sont trop minimes pour entraîner une modification du son de percussion; on les voit pourtant, dans des cas exceptionnels, consister en dépôts de fausses membranes assez épaisses pour donner de la matité. Ajoutons qu'aux frottements de pleurite sèche s'ajoutent quelquefois des râles sous-crépitants de volume variable, surtout marqués au niveau de la base droite.

C'est en particulier pour le diagnostic différentiel entre l'abcès du foie et les manifestations palustres que les résultats de l'auscultation rendent de bons services. Quelque intense qu'elle soit, en effet, la congestion hépatique des paludéens ne s'accompagne pas de lésions pleuro-bronchiques. Quant au pneumo-paludisme, il est caractérisé par des signes de condensation des sommets, sans nul retentissement pleural, sans participation bronchique.

Enfin, dans les cas fébriles, qui eux-mêmes simulent volontiers la malaria, car la fièvre y est intermittente plutôt que rémittente, l'auteur a pu fréquemment constater un caractère important, à savoir la dissociation des éléments thermiques : alors que, du matin au soir, la température subit de grandes oscillations qui en imposent pour une fièvre palustre, le pouls, peu rapide, n'offre que d'insignifiantes modifications; c'est là, d'après M. de Brun, un élément de grande valeur, qui peut, le cas échéant, apporter au diagnostic un appoint décisif. (*Rev. de méd.*, novembre 1904.) — F. F.

Fièvre à vomissements noirs chez les enfants créoles de la Guadeloupe, par M. Perrot.

A la Pointe-à-Pitre, les enfants créoles sont sujets, au commencement de chaque hivernage, pendant la période de sécheresse qui se produit vers les mois de mai ou de juin, à des attaques fréquemment mortelles d'une fièvre que l'on désigne sous le nom de *fièvre à vomissements noirs*, parce que l'apparition de ces vomissements, précurseurs habituels de la mort, est considérée comme caractéristique de la maladie.

Celle-ci débute généralement d'une façon insidieuse, par des phénomènes congestifs très prononcés et un certain état ataxo-adynamique. La fièvre, le plus souvent très élevée, dépasse communément 40°. La région stomacale est presque toujours douloureuse. Dès le début, l'état nauséeux, signe capital, est tel que l'ingestion d'une quantité même faible de liquide est absolument impossible. Au bout d'un laps de temps variant de quelques heures à plusieurs jours, cet état nauséeux fait place aux vomissements noirs caractéristiques. Parfois ceux-ci renferment au début une certaine quantité de bile; mais bientôt ils prennent leur aspect typique, se présentant alors sous la forme de matières muqueuses, transparentes, parsemées de stries de la couleur du marc de café. Rarement c'est du sang pur qui est rejeté. Cette deuxième étape de la maladie est également marquée par l'apparition d'un véritable facies abdominal, avec ictère ou subictère. La mort survient généralement quelques heures après le début des vomissements noirs, du fait des progrès du collapsus.

L'affection dont il s'agit n'est pas contagieuse, et, lorsqu'il s'en produit un cas dans une famille, il est inutile de procéder à l'isolement ou à la désinfection; cependant, certaines familles sont frappées avec une particulière fréquence. D'autre part, une première atteinte ne confère pas l'immunité : l'auteur cite le cas d'une petite fille qui subit six atteintes en neuf années. L'immunité résulte uniquement de l'âge — les enfants au-dessous de douze ans sont seuls touchés — et de la race : les enfants noirs sont indemnes et chez les mulâtres même l'affection évolue le plus souvent avec une entière bénignité.

La présence de l'ictère et la tendance aux hémorragies rapprochent la fièvre à vomissements noirs de la fièvre jaune, si bien que la première de ces affections a quelquefois été appelée *fièvre jaune créole*, et considérée comme le pendant de la *fièvre inflammatoire* de la Martinique. Un pareil rapprochement ne saurait cependant être accepté : si, en effet, la fièvre inflammatoire s'observe principalement au cours des épidémies de fièvre jaune, la fièvre à vomissements noirs se rencontre indépendamment de toute épidémie amarile. D'ailleurs, contrairement à la fièvre jaune, la fièvre à vomissements noirs n'est nullement contagieuse; en outre, elle est très rare parmi les enfants d'Européens, qui présentent cependant une réceptivité particulière à l'égard du vomito-negro.

S'il est peu disposé à rapprocher les deux pyrexies précédentes, M. Perrot est, au contraire, porté à croire que la fièvre à vomissements noirs est engendrée par le miasme paludéen. Comparant, en effet, la bilieuse hémoglobinurique avec la fièvre à vomissements noirs, il fait remarquer que l'une et l'autre atteignent principalement les sujets profondément impaludés, fatigués et anémiés; en outre, toutes les deux apparaissent pendant la saison sèche et disparaissent au moment de l'hivernage. A l'appui de cette manière de voir, on peut encore faire valoir qu'il n'est pas rare de voir éclater les maladies dont il s'agit soit après une exposition au soleil, soit après un accès de fièvre intermittente. Enfin les récidives sont également fréquentes dans l'un et l'autre cas. A en juger par tous ces éléments de similitude, on peut conclure que la fièvre à vomissements noirs de la Guadeloupe, si elle n'est pas de nature paludéenne, paraît du moins exiger un terrain préparé par l'impaludisme.

Le traitement actuellement mis en pratique contre l'affection dont il s'agit consiste à envoyer immédiatement les petits malades à une altitude suffisante : on arrête ainsi les vomissements noirs d'une façon certaine. Dans les cas où cette règle n'est pas observée, la mortalité est très élevée, la plupart des autres moyens thérapeutiques étant à peu près inefficaces. Toutefois, d'après l'expérience de l'auteur, le traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique — injections de sérum artificiel, associées à l'administration d'eau chloroformée et aux injections sous-cutanées de quinine — serait susceptible de donner des résultats fort encourageants. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, octobre-novembre-décembre 1904.) — F. M.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur la transplantation osseuse autoplastique dans la cure du spina-ventosa, et sur ses résultats définitifs, par M. V. Schmieden.

On connaît, par des exemples journaliers, les difformités et l'impotence qui succèdent trop souvent au spina-ventosa guéri; alors même que les deux extrémités de la phalange ou du métacarpien sont conservées, la destruction du segment diaphysaire, le raccourcissement qui en résulte, les rétractions cicatricielles et tendineuses, créent parfois des désordres fonctionnels plus gênants que ne l'eût été le sacrifice total de l'os. Aussi a-t-on cherché, depuis longtemps déjà, à prévenir ces suites fonctionnelles en substituant, à la diaphyse cariée et réséquée, un segment d'os transplanté, que la greffe soit prise sur le sujet lui-même, aux dépens du cubitus ou du tibia, par la méthode autoplastique, ou que, par la méthode homoplastique, on se serve d'un fragment osseux prélevé sur un animal vivant.

Tous les cas ne se prêtent pas, bien entendu, à pareilles tentatives, et, comme y insiste M. Schmieden, il est indispensable de se rendre, avant tout, un compte exact de l'état des lésions, par la radiographie : l'intégrité des extrémités phalangiennes ou métacarpiennes, et du cartilage conjugal, est un élément très favorable. Encore faut-il que l'affection ne soit pas trop ancienne et que les parties molles ne soient pas trop largement envahies; enfin, lors de tuberculoses multiples, l'évolution des autres foyers fournira quelque indication sur le type du processus tuberculeux, sur sa curabilité plus ou moins marquée, et sur le plus ou moins de

crédit qu'il convient d'accorder à la résistance et à la force de réparation.

Pour être séduisante, et pour donner, très souvent, des résultats immédiats, des restaurations opératoires, tout à fait satisfaisants, la transplantation autoplastique des os n'en est pas moins une pratique d'avenir toujours un peu douteux, et les échecs secondaires ne manquent pas. L'auteur relate 13 observations, suivies pendant une période variant de un an à un an et demi : 8 de ces opérés sont restés guéris; chez 4 autres, le segment transplanté s'est éliminé; un dernier n'a pas été revu. Le plus souvent, l'os « remplaçant » a été emprunté à la face interne du tibia; deux fois, des tiges d'ivoire ont été employées; une fois, un segment d'os « animal » macéré. Il semble bien, en effet, que la greffe autoplastique proprement dite, la greffe d'os humain, soit la mieux tolérée.

On peut transplanter séance tenante, c'est-à-dire faire suivre immédiatement la résection de la diaphyse malade de l'adaptation du tuteur emprunté qui doit en tenir lieu, ou procéder en deux temps; si la présence d'un abcès froid n'est pas une contre-indication formelle à la première façon de faire, il est plus sûr, lors de tuberculose fistuleuse, largement étendue aux parties molles, d'exciser complètement le foyer, et, plus tard, lorsque cette première plaie est réunie, de procéder à la greffe — sous la réserve, toutefois, que l'attente ne soit pas assez longue pour permettre à la rétraction cicatricielle de trop rapprocher les deux extrémités osseuses.

La technique exige des soins particuliers : on interviendra sur la phalange ou le métacarpien par une incision latérale, qui ménage les tendons; le segment à transplanter sera taillé au ciseau, sur le tibia, et muni toujours d'une bonne couverture périostique; une fois en place, on le maintiendra par quelques sutures fibro-périostiques au catgut, et par l'application d'un bandage extensif. Cette extension continue est, en effet, le meilleur moyen de prévenir, autant que possible, les chevauchements et les déviations secondaires de l'os greffé. Ce n'est pas, d'ailleurs, que, même avec toutes ces précautions, pareils déplacements ne s'observent, et, dans l'un des faits de M. Schmieden, la radiographie montre cette inclinaison oblique du tuteur osseux substitué à la première phalange du gros orteil; toutefois, sur une seconde radiographie, faite un an et demi plus tard, on constate que les deux bouts du tuteur se sont résorbés, qu'il s'est « arrangé », modifié, dans son ensemble, et qu'il a pris un aspect de phalange.

Outre ces déplacements mécaniques, susceptibles, en somme, de se prêter à une sorte d'accommodation secondaire, les « transplants » sont exposés à deux autres accidents plus graves : l'élimination ultérieure, dont nous avons parlé, et encore, sans récidive tuberculeuse ni suppuration, la disparition ou la réduction extrême par atrophie. Tout en reconnaissant ces incertitudes de la méthode, on ne saurait oublier les résultats heureux et durables qu'elle donne parfois, et le présent mémoire en fournit de nouveaux exemples. S'agit-il d'une greffe proprement dite, en pareil cas, d'une survivance réelle de l'os transplanté, comme l'auteur tendrait à l'admettre? On ne saurait le dire de façon précise : en pratique, ce qui importe, c'est de remplacer la diaphyse par une pièce intermédiaire, solide, durable et qui soit tolérée. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 2-4.) — L.

Procidence de l'épiploon dans une cicatrice de laparotomie huit ans après l'opération, par M. Westphal.

L'observation relatée dans le présent travail montre bien l'extrême importance d'une fermeture soigneuse de l'abdomen après laparotomie, ainsi que la nécessité de surveiller de près les hernies consécutives aux opérations de ce genre.

Une femme, atteinte d'un prolapsus très marqué de l'utérus, avait dû subir à quarante ans une ventrofixation. Cette malade, un peu négligente et d'ailleurs astreinte à des travaux pénibles, présentait au bout de quatre mois une hernie à la partie inférieure de sa cicatrice. Petit à petit cette hernie augmenta de volume et les téguments qui la recouvraient s'amincirent.

L'opération datait déjà de huit ans, quand la patiente éprouva un jour, au niveau de sa hernie, des douleurs assez vives qui l'obligèrent à suspendre son travail. Quelques jours plus tard, après un éternuement, elle ressentit subitement une violente douleur au même point, en même temps qu'elle avait la sensation de l'écoulement d'un liquide chaud, puis elle fut prise d'une légère syncope.

M. Westphal, aussitôt prévenu, trouva, audessous d'un pansement provisoire, une petite masse grosse comme un œuf de pigeon, granuleuse, œdémateuse, d'aspect livide, et de nature évidemment graisseuse. Elle sortait par une déchirure cutanée, située à la partie inférieure de la cicatrice : selon toute vraisemblance, il s'agissait donc d'une hernie traumatique de l'épiploon.

L'opération confirma ce diagnostic : l'épiploon passait à travers un orifice cutané du diamètre d'une pièce d'argent de vingt pfennigs. On l'attira légèrement au dehors et on le réséqua au ras de la peau. Celle-ci fut ensuite incisée tout autour de l'orifice et facilement séparée du péritoine qui présentait, lui aussi, une perforation correspondant à celle de la peau et de mêmes dimensions que cette dernière. L'abdomen fut ensuite soigneusement refermé; la guérison s'effectua sans complications.

Avant de venir faire issue à l'extérieur, l'épiploon avait sans doute séjourné quelque temps entre la peau et le péritoine : celui-ci s'était probablement déchiré au moment de l'apparition des douleurs qui avaient amené la malade à s'aliter quelques jours avant la rupture de la cicatrice. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 novembre 1904.) — R. DE B.

Péritonite circonscrite juxtavésicale, simulant une métastase de tumeur ovarienne et due à des corps étrangers, par M. E. Opitz.

L'auteur signale une forme de péritonite localisée, curieuse autant par son origine que par les méprises auxquelles les faits de ce genre peuvent donner lieu.

Une femme de soixante-six ans présentait une tumeur abdominale qu'on pensait être un kyste ovarien. L'opération confirma ce diagnostic : le néoplasme siégeait à gauche, était polykystique, offrait de nombreuses adhérences, surtout vers le petit bassin et notamment avec la vessie, si bien qu'en libérant cette dernière, on lui fit une petite déchirure. Or, quand toute la tumeur eut été enlevée, on s'aperçut que la portion de la vessie entourant la déchirure était formée par une plaque dure, gris blanchâtre; en raison de l'âge de la malade, il était à craindre que cette plaque, tout comme le kyste, n'eût subi quelque dégénérescence cancéreuse. Dans le doute, on réséqua largement la paroi vésicale; l'orifice qui en résulta fut refermé avec soin et une sonde à demeure fut laissée en place. La patiente guérit fort bien.

L'examen des kystes ne montra cependant aucun indice de malignité. Quant au fragment vésical, voici ce qu'on y observait : en partant de l'épithélium, on trouvait la muqueuse et la musculeuse — qui ne présentaient rien d'anormal —, ensuite une couche de tissu celluloadipeux au milieu de laquelle étaient disséminés une série de kystes microscopiques et de nodules. Les kystes étaient tapissés de cellules cylindriques ou cubiques, intactes ou calcifiées. Quant aux nodules, ils étaient tantôt circonscrits et tantôt un peu diffus. Mais, chose assez singulière, on voyait à leur centre de nombreuses petites crevasses allongées et anguleuses. A un fort grossissement, ces nodules se montraient essentiellement constitués par des cellules géantes disposées au centre d'un tissu fibrillaire; elles bordaient les crevasses sus-mentionnées, parfois même ces dernières étaient creusées au beau milieu d'une de ces cellules géantes. Dépourvus d'ailleurs de cellules épithélioïdes, les nodules ne rappelaient en rien les lésions tuberculeuses.

D'après M. Opitz, les cellules géantes en question étaient analogues à celles qu'on rencontre autour des corps étrangers, et les corps étrangers qu'elles étaient chargées d'absorber étaient très vraisemblablement constitués par des cristaux de cholestérine : le liquide du kyste était en effet chargé de ces cristaux. Il est donc possible qu'un jour une des nombreuses cavités secondaires du kyste se soit rompue au contact de la vessie : de l'irritation engendrée par cet épanchement résulta une péritonite circonscrite, amenant l'adhérence de la vessie et du néoplasme. Dans ces adhérences se trouvèrent emprisonnés les cristaux. Les uns se résorbèrent entièrement, d'où les nombreux orifices pseudokystiques dont était parsemée la préparation; les autres étaient en voie de résorption, d'où les nodules à cellules géantes qui les entouraient. Quant à la disparition des cristaux elle s'explique par le passage des coupes histologiques dans l'alcool, liquide qui dissout la cholestérine. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, octobre 1904.) — R. DE B.

Les suppurations des cavités accessoires du nez engendrent-elles un rétrécissement du champ visuel? par MM. Henrici et Häffner.

Les auteurs étant loin d'être d'accord sur cette question, MM. Henrici et Häffner ont étudié systématiquement le champ visuel chez 37 sujets (16 hommes et 21 femmes) atteints de suppurations des cavités accessoires du nez. L'âge de ces patients variait entre treize et soixante-quatre ans. Les sinus maxillaires étaient pris 22 fois, les sinus frontaux 7 fois, les cellules ethmoïdales dans 17 cas, et les sinus sphénoïdaux chez 3 patients. Dans 17 observations seulement, le processus morbide était limité à une des cavités accessoires (l'affection étant, d'ailleurs, tantôt unilatérale, tantôt bilatérale); chez tous les autres malades, on avait affaire à des associations très variables de plusieurs empyèmes. Dans la plupart des cas, il s'agissait de suppurations chroniques, dont quelques-unes dataient de dix ans et au-delà, et dont une remontait même à plus de vingt ans. Chez 11 malades, on se trouvait en présence de suppurations aiguës, et dans 2 faits de cette catégorie, où le processus morbide portait sur les cellules ethmoïdales, l'affection se compliquait d'une phlegmasie de l'orbite. Or, même dans ces 2 cas — en dépit de l'extension des phénomènes inflammatoires à la cavité orbitaire —, il n'existait pas de rétrécissement du champ visuel. Seul, un homme qui avait récemment subi un traumatisme du front et chez lequel un empyème du sinus maxillaire droit coexistait avec une névrose traumatique, présentait un rétrécissement du champ visuel du côté droit, rétrécissement qui, du reste, persista tel quel après la guérison de la suppuration du sinus. Chez tous les autres patients, le champ visuel était absolument normal. Aussi MM. Henrici et Häffner se croient-ils autorisés à conclure que les phlegmasies purulentes des cavités accessoires du nez, même anciennes, ne sont pas susceptibles de déterminer, par elles-mêmes, un rétrécissement du champ visuel. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 décembre 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Rupture non mortelle d'un anévrysme de l'aorte, par M. Ch. H. Melland.

Il est de règle que la rupture d'un anévrysme de l'aorte détermine la mort d'une manière presque instantanée. On a, toutefois, relaté quelques cas exceptionnels où les malades ont survécu à cet accident pendant un laps de temps plus ou moins long. M. Melland a eu l'occasion d'observer un fait de ce genre, qui mérite d'être signalé.

Il s'agissait d'un homme, âgé de cinquante-six ans, ayant rendu une grande quantité de sang par la bouche et qui fut admis à l'hôpital dans un état de collapsus très grave : les téguments étaient décolorés, le pouls mou, rapide

et difficile à compter, toute la surface du corps froide et couverte d'une sueur visqueuse. L'issue fatale paraissait imminente; mais, l'hémorrhagie ayant pris fin, on pratiqua une injection saline intraveineuse, sous l'influence de laquelle l'état général du patient ne tarda pas à s'améliorer. On fut alors à même de reconstituer l'histoire antérieure du malade et d'établir le diagnostic d'anévrysme aortique ayant subi une rupture. Le cœur était quelque peu hypertrophié, le choc de la pointe étant perçu dans le sixième espace intercostal gauche, immédiatement en dehors de la ligne mamelonnaire; il existait de la matité dans le second espace intercostal gauche, en dehors du bord du sternum; mais on ne remarquait rien d'anormal à l'auscultation de la poitrine. Les pupilles étaient inégales, et les caractères du pouls étaient différents à droite et à gauche.

L'amélioration déterminée par l'injection saline persista trois semaines environ; puis, le malade fut de nouveau pris d'une hémorrhagie grave, dont il se releva cependant; mais, au bout de deux jours, il succomba à une troisième hémorrhagie.

A l'autopsie, on trouva une dégénérescence athéromateuse très étendue de l'aorte avec obstruction partielle des orifices des artères coronaires. Il existait, en outre, un anévrysme sacciforme, ayant le volume d'un gros œuf de poule et implanté sur la convexité de la crosse aortique, immédiatement au delà de la carotide gauche. L'artère sous-clavière partait de la portion supérieure et externe du sac anévrysmal, lequel était presque entièrement rempli de caillots solides laminés. L'anévrysme s'insinuait entre la trachée et l'œsophage. La trachée était comprimée, ses parois amincies et sa muqueuse ramollie, et au niveau de la zone ayant subi ces altérations il existait une fente verticale, mesurant 1 centimètre environ de long et à travers laquelle s'était produit l'écoulement sanguin.

L'auteur estime que l'arrêt de l'hémorrhagie après la rupture doit être attribué à la quantité considérable de caillots contenus dans le sac, une partie de ces caillots ayant probablement été entraînée vers la plaie et ayant fait office d'un tampon.

Au point de vue pratique, M. Melland insiste particulièrement sur la valeur thérapeutique que présente, en pareille occurrence, l'injection saline, que l'on ne doit pas négliger de pratiquer même dans les cas les plus désespérés. (*Lancet*, 19 novembre 1904.) — L. CH.

Restauration uréthrale par transplantation d'urèthre animal, par M. J. H. PRINGLE.

On a rarement tenté de restaurer l'urèthre de l'homme par des greffes hétéroplastiques. Aussi nous paraît-il intéressant de signaler les 5 opérations de ce genre exécutées sur 3 malades par M. Pringle.

Le premier de ces patients était un vieil alcoolique chez lequel, à la suite d'une infiltration d'urine, toute la partie moyenne de l'urèthre s'était gangrenée, depuis le muscle de Wilson jusqu'à 5 centimètres du méat. On avait dû faire une cystotomie. Quand la plaie périnéale se fut détergée, on implanta entre les deux portions restantes du canal un fragment d'urèthre de bœuf fraîchement abattu: la greffe avait été transportée de l'abattoir à la salle d'opération dans la solution physiologique chaude. Le segment mis en place mesurait 13 centimètres de longueur. La plaie fut ensuite fermée et guérit par première intention, excepté au point de réunion de la greffe avec la partie pénienne. Une tentative faite pour l'oblitérer échoua, et, comme la partie périnéale de l'urèthre manifestait en même temps quelque tendance à se rétrécir, l'auteur disséqua et enleva sa première greffe et la remplaça par un nouveau fragment d'urèthre de bœuf, long de 7 centim. 1/2. La greffe se maintint; mais la fistule se reforma et toutes les tentatives faites depuis lors pour la fermer ont échoué.

Chez le second malade, qui avait eu une nécrose de l'urèthre à la suite d'une chute à califourchon, M. Pringle implanta de même, avec un succès immédiat, 5 bons centimètres d'urèthre de bœuf. Ici encore il se produisit une fistule au niveau de l'extrémité postérieure du segment greffé, et sur ces entrefaites le malade succomba à une néphrite calculeuse suppurée.

Le troisième opéré était un jeune garçon de quatorze ans, épileptique — ce qui compliqua énormément le traitement — et atteint d'hypospadias avec ouverture du canal à la racine du pénis. Après lui avoir fait une uréthrotomie périnéale, on commença par libérer le pénis de ses brides afin de le redresser, puis on creusa sur sa face inférieure une gouttière où l'on logea 7 centimètres d'urèthre de bœuf. La greffe réussit, sauf au point de jonction des portions périnéale et pénienne de l'urèthre, où il se forma une fistule qui résista à deux tentatives d'oblitération. Sept mois plus tard, le malade fut de nouveau présenté à M. Pringle pour être opéré : il était porteur de deux fistules, l'une périnéale et l'autre pénio-scrotale; de plus, le méat créé par la première hétéroplastie s'était fermé. La cicatrice fut donc à nouveau disséquée et l'ancienne greffe qu'on croyait oblitérée fut enlevée : excepté du côté du méat, elle était pourtant encore perméable. A sa place, on implanta de nouveau 9 centimètres d'urèthre de bœuf. L'opération réussit très bien, mais il se forma derechef une fistule à la racine des bourses; au bout de deux mois, on put cependant l'oblitérer et depuis lors le canal est resté perméable pour une bougie n° 8.

L'examen des anciennes greffes extirpées par M. Pringle, et dont la première était restée en place dix-neuf mois, prouve que le problème opératoire est soluble, car le nouveau canal présentait une couche régulière d'épithélium. C'est à l'union des portions fixe et mobile de l'urèthre que la reconstitution du canal est le plus difficile, en raison de la mobilité du pénis. (*Ann. of Surgery*, septembre 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

Rupture utérine avec élimination du fœtus par suppuration à travers la paroi abdominale, par M. C. A. L. JACOBSE BOUDEWIJNSE.

Dans les grossesses extra-utérines, on voit quelquefois le fœtus être expulsé par l'abdomen, après adhérence du sac à la paroi; mais il semble presque impossible que pareil événement se produise avec une grossesse intra-utérine : c'est pourtant ce qui a été donné à M. Jacobse Boudewijnse d'observer.

Une multipare de vingt-six ans, de santé normale, se trouvait au sixième mois de sa cinquième grossesse, quand elle éprouva subitement une douleur violente pendant qu'elle soulevait un fardeau trop pesant pour ses forces. En même temps elle perdit du sang et des eaux. Le lendemain, les mouvements du fœtus avaient disparu. Il ne s'ensuivit pourtant pas de travail, et au bout de quelques semaines de repos la malade reprit ses occupations. Toutefois sa santé était loin d'être redevenue bonne : cette femme était demeurée faible et souffrait constamment du côté de l'abdomen. Elle n'en fit pas moins un voyage en Allemagne, mais, son état s'étant rapidement aggravé, en même temps que s'établissait une suppuration vaginale abondante, elle dut revenir chez elle.

A ce moment — quatre ou cinq mois après l'accident —, elle était pâle, amaigrie et présentait de la fièvre hectique. Dans la moitié droite de l'abdomen on sentait une grosse tumeur dure, immobile, remontant jusqu'à l'ombilic. Au voisinage de ce dernier la peau était rouge et adhérente. Par le vagin on trouvait les lèvres du col effacées, entr'ouvertes et il en sortait un pus fétide et assez abondant.

Un jour, on recueillit dans le vagin un petit os — vraisemblablement un tibia — et à cette occasion la malade raconta que les jours précédents elle avait déjà perdu quelques particules d'apparence osseuse; on introduisit alors dans l'utérus une sonde qui butta effectivement contre un corps dur. Cependant un abcès s'était formé à l'abdomen et il en sortit également quelques débris osseux, entre autres un cubitus.

A la suite de l'ouverture de cet abcès, l'état général de la malade s'améliora beaucoup. On en profita pour intervenir et la poche abdominale fut largement incisée : ses parois, unies, semblaient formées par le péritoine et dans le fond se trouvait un orifice communiquant avec la cavité utérine. De l'abcès on retira tout le squelette du fœtus, ou du moins ce qui en restait; la poche fut ensuite nettoyée et tamponnée. La patiente se rétablit peu à peu; toutefois une fistule utéro-abdominale persista durant quelques semaines.

Il est probable que la rupture de l'utérus était survenue sous l'influence d'une contraction musculaire brusque : par la boutonnière utérine qui s'était ainsi produite, le fœtus avait à moitié passé dans l'abdomen et réalisé ainsi un tamponnement qui avait empêché l'hémorrhagie de devenir mortelle. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 novembre 1904.) — R. DE B.

Des effets du bain hydro-électrique sur la pression sanguine, par M. J. A. DE VRIES REILINGH.

L'auteur rend compte, dans ce mémoire, des observations qu'il a eu l'occasion de faire sur la pression artérielle chez un certain nombre de personnes soumises à l'action des bains hydro-électriques. Ses expériences ont porté sur les bains galvanique, faradique et combiné (bains galvanique et faradique simultanés), en appliquant successivement des courants fréquemment interrompus et des courants continus soit pendant cinq, soit pendant dix minutes.

Quelles que soient la nature et la durée du bain électrique employé, son effet général sur les personnes bien portantes est toujours le même : la fermeture du courant est suivie d'un abaissement assez brusque de la pression artérielle, qui remonte presque aussi rapidement lors de l'interruption du courant; la pression revient alors à son niveau antérieur, ou peu s'en faut. Sur les 37 expériences faites par l'auteur, il ne s'est produit qu'une seule exception, due probablement à quelque facteur accidentel : la pression s'éleva légèrement au moment de la fermeture, mais ne tarda pas ensuite à s'abaisser.

Avec les bains prolongés (action électrique se poursuivant sans discontinuer pendant dix minutes), l'abaissement de la pression est plus marqué qu'avec les bains de même durée, mais à courant fréquemment interrompu.

Comme malades, M. De Vries Reilingh a choisi 2 sujets présentant de l'hypertension artérielle : l'un était atteint de néphrite chronique et l'autre d'artériosclérose généralisée. Il observa chez eux les mêmes réactions vasculaires que nous venons d'indiquer : d'après l'examen de leurs courbes de pression, il semble cependant que cette dernière revenait plus lentement à son niveau antérieur que chez les personnes saines.

Quant au mécanisme de l'action du bain hydro-électrique sur la pression artérielle, il est probable que le courant, en irritant légèrement la surface de la peau, amène la vasodilatation des vaisseaux cutanés et par suite provoque un abaissement de la tension sanguine. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 octobre 1904.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La fistulisation borgne interne de l'abdomen comme succédané de l'opération de Talma.

Partant de cette considération que l'efficacité de l'opération de Talma pourrait bien dépendre de ce que les fils de soie employés pour les sutures embrassent à la fois le péritoine et quelque peu des tissus voisins, et établissent ainsi de petits sétons étendus de la cavité séreuse, siège de l'épanchement, à un territoire tributaire de la veine cave, où la résorption peut s'opérer aisément, M. le docteur E. Lambotte (de Bruxelles) a eu l'idée de traiter un malade de quarante-cinq ans, atteint d'ascite cirrhotique, par une fistulisation borgne interne de l'abdomen, créée de propos délibéré en vue de servir de succédané à l'opération de Talma. Voici quelle a été la technique adoptée par notre confrère :

A travers un trocart enfoncé dans l'abdomen comme pour pratiquer la ponction de l'ascite, on introduisit, avant l'écoulement du liquide, un gros fil de soie portant un très gros nœud à 6 centimètres de son extrémité profonde. Le trocart ayant été retiré, on munit l'extrémité externe du fil de soie d'une aiguille longue de 30 centimètres. On engagea alors celle-ci dans le trajet suivi précédemment par le trocart et on la conduisit sous la peau jusqu'à mi-cuisse. A cet endroit, on dégagea l'aiguille et on sectionna le fil au ras de la peau, puis, par quelques frictions, on fit disparaître l'extrémité sectionnée sous les téguments.

Une opération analogue fut séance tenante pratiquée de l'autre côté.

Les suites furent des plus simples, sans la moindre complication au niveau du trajet des ponctions.

Pendant les trois premiers jours, aucun changement appréciable ne se produisit; mais, le quatrième jour, on constata une diminution considérable de l'ascite, diminution qui ne fit que s'accentuer les jours suivants. Il convient de noter que le trajet des fils, qui était demeuré sans réaction les trois premiers jours, devint, à partir du quatrième, le siège d'une plaque d'œdème grande comme la main et faisant une saillie de 1 centimètre sur la surface cutanée voisine.

Lorsque, à quelque temps de là, le malade quitta l'hôpital, l'ascite était si réduite qu'il fallut la rechercher avec le plus grand soin pour en déceler des traces.

La situation demeura excellente pendant plusieurs semaines : cet homme, qui avait longtemps été confiné au lit, put à nouveau vaquer à ses affaires. Mais, brusquement, l'ascite reparut abondante. Malgré une ponction d'urgence, le patient déclina rapidement et ne tarda pas à succomber dans le marasme.

A l'autopsie, on constata que les fils s'étaient retirés dans la paroi abdominale et ne plongeaient plus dans le péritoine. Fort de cette constatation, M. Lambotte admet que le retour de l'ascite doit être attribué à la fermeture de l'orifice péritonéal des trajets. Aussi espère-t-il que, grâce aux perfectionnements que suggère une pareille constatation, on pourra à l'avenir obtenir un succès plus durable.

Traitement des pseudarthroses par les injections de sang au voisinage de la fracture.

Etant donné que les fractures fermées se consolident plus rapidement que les fractures ouvertes, en raison de la présence d'un épanchement sanguin qui favorise la réunion des fragments, M. le docteur A. Bier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bonn, a eu l'idée, dans les cas de pseudarthrose, de pratiquer des injections interstitielles de sang au voisinage de la fracture.

Il se sert dans ce but d'une seringue d'une contenance de 30 c.c., dont le piston est garni de cuir et qui a été stérilisée par un séjour de vingt-quatre heures dans de l'eau phéniquée à 5 %. L'aiguille dont est armée cette seringue doit être très résistante, afin de ne pas se fausser ni se briser sur l'os, et présenter un calibre suffisant pour que le sang la traverse aisément.

Le bras du malade étant préparé comme pour une saignée, on prélève, avec la seringue, la quantité de sang nécessaire sur l'une des veines du pli du coude. Puis, on injecte ce sang immédiatement, en une ou plusieurs fois, au voisinage de l'extrémité des fragments, en se rapprochant autant que possible de l'os et en pénétrant même entre les fragments si la chose est faisable. En se hâtant quelque peu, on a le temps de terminer l'opération avant que le sang soit coagulé.

Il est généralement peu commode de recharger la seringue une seconde fois au cours de l'opération : on éprouve alors, en effet, des difficultés assez sérieuses, tant pour la prise de sang que pour l'injection. C'est pourquoi il est bon de choisir une seringue de capacité considérable.

Après l'injection, il se produit une assez vive inflammation ; la région devient douloureuse à la pression, se tuméfie, rougit, et la température locale s'élève d'une façon appréciable. La résolution s'obtient d'ailleurs rapidement.

Chez les 10 malades soumis par M. Bier au mode de traitement dont il s'agit, la consolidation se faisait attendre depuis un temps variable, toujours assez long : les 3 pseudarthroses les plus anciennes dataient de treize et quatorze mois, et, pour 2 de ces faits, la suture osseuse avait donné un échec complet. Or, dans 7 cas sur 10, les injections de sang — pratiquées une ou plusieurs fois à intervalles rapprochés — amenèrent très rapidement une guérison parfaite. Le résultat ne fut qu'en partie satisfaisant chez le huitième patient. Dans un autre fait, on dut, en dépit des injections de sang, recourir à une suture osseuse consécutive. Enfin, dans le dernier cas, les injections n'eurent aucune influence sur la consolidation de la fracture.

Au total, M. Bier estime avoir obtenu par la méthode qu'il préconise des résultats supérieurs à ceux que donnent les autres procédés usités actuellement pour le traitement des pseudarthroses.

Les injections intra-articulaires de vaseline contre l'arthrite traumatique.

On se rappelle qu'il y a deux ans, M. H. Delagénière a obtenu d'excellents résultats thérapeutiques par les injections intra-articulaires de vaseline dans un cas d'arthrite sèche de l'épaule, et que, l'année dernière, le même procédé a également fourni quelques succès à M. K. Büdinger dans l'arthrite chronique (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 144). De son côté, M. le docteur Th. Rovsing, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Copenhague, a eu recours à ce mode de traitement dans 2 cas d'arthrite d'origine traumatique.

L'un de ces faits est relatif à une femme de trente-trois ans, atteinte de luxation congénitale de la hanche gauche et chez laquelle cette articulation commença, vers l'âge de trente ans, à être le siège de douleurs et de craquements.

Une première injection de vaseline n'ayant donné qu'un résultat temporaire, notre confrère renouvela sa tentative sept semaines plus tard, en ayant soin de mettre la capsule articulaire à nu par une incision longue de cinq centimètres, et d'injecter dans la capsule une quantité considérable de vaseline (environ 25 c.c.). Les suites opératoires furent des plus simples; les douleurs et les craquements disparurent aussitôt après l'intervention et, depuis un an et demi, ils n'ont pas reparu.

Le second malade traité par M. Rovsing est un jardinier de vingt-huit ans, qui, à l'âge de seize ans, avait été atteint de tuberculose coxofémorale droite. Des douleurs et des craquements étant apparus dans l'articulation gauche, notre confrère injecta dans celle-ci environ 20 grammes de vaseline stérilisée. Quatre jours après, le patient était sur pied, et, depuis dix mois, il a repris ses occupations sans qu'il y ait eu depuis lors de rechute d'aucune sorte.

Procédé pour rappeler les asphyxiés à la vie.

Dans le cas d'asphyxie par submersion, M. le docteur R. L. Bowles (de Londres) s'est fort bien trouvé, pour rappeler les sujets à la vie, du procédé suivant, qui constitue une amélioration de la méthode de Marshall Hall :

Dans un premier temps, on place le noyé la face contre terre et, pendant trois ou quatre secondes, on exerce sur les côtes une compression assez forte. Quand on cesse brusquement cette compression, les côtes, faisant ressort, dilatent la cage thoracique et déterminent ainsi un appel d'air.

Le second temps consiste à ramener le sujet, que l'on saisit par l'épaule gauche, sur le côté droit par un mouvement rapide. On répète ce mouvement toutes les deux secondes pendant une dizaine de minutes. Cette manœuvre a pour effet de dégager le cœur et d'empêcher la compression de cet organe, ainsi que des poumons, par le foie.

Lorsque la respiration ne se rétablit pas spontanément à la suite des manipulations précédentes, notre confrère passe au troisième temps. Celui-ci diffère du précédent en ce que, après chaque mouvement, le bras gauche du sujet est mis en extension et élevé au-dessus de la tête, dans le sens de l'axe longitudinal du corps, ce qui revient, en somme, à pratiquer la respiration artificielle. On continue cette manœuvre jusqu'au rétablissement de la respiration naturelle; en tout cas, on ne doit jamais l'abandonner qu'au bout d'une heure au moins.

La position déclive pour assurer l'évacuation des cavernes pulmonaires.

Chez un phtisique atteint de vastes excavations pulmonaires d'origine tuberculeuse, et qui, outre une dyspnée considérable et une faiblesse extrême, présentait des phénomènes hectiques attribués à la septicité du contenu des cavernes, M. le docteur S. P. Pollard, ancien médecin résident à l'hôpital national de tuberculeux de Ventnor (île de Wight), eut l'idée de chercher à obtenir l'évacuation des cavernes en plaçant le malade dans une position déclive : celle-ci fut réalisée en supprimant l'oreiller et le traversin et en surélevant le pied du lit de 15 centimètres. Au bout de quatre heures survint un très violent accès de toux qui dura une demi-heure. Cette toux, qui se termina par l'expectoration d'environ 120 grammes de crachats des plus fétides, laissa le sujet dans un état d'épuisement fort inquiétant. Le lendemain matin, néanmoins, la fièvre était presque entièrement tombée ; l'état général s'améliora rapidement, et, au bout de trois semaines, le patient, qui avait paru à toute extrémité, circulait sans fatigue dans l'établissement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 janvier 1905.

Recherches étiologiques sur la surdi-mutité.

M. Castex donne lecture d'un mémoire dans lequel il établit d'abord que la surdi-mutité congénitale est beaucoup plus fréquente que la surdi-mutité acquise : elle constituerait 68 % des cas. L'orateur démontre ensuite que les causes les plus communes de cette infirmité, quand elle est congénitale, sont : la consanguinité des parents (dans la proportion de 1 cas pour 10), la tuberculose, le rachitisme, le saturnisme, l'alcoolisme et la syphilis chez les ascendants.

Les causes principales de la surdi-mutité acquise sont : les affections des méninges et du cerveau et les diverses maladies infectieuses (fièvre typhoïde, diphtérie, scarlatine, etc.).

De nombreuses recherches nécroscopiques ont, en outre, établi que les altérations du labyrinthe, du cerveau et du bulbe avaient beaucoup plus d'importance, au point de vue de la production de la surdi-mutité, que celles de l'oreille moyenne.

Le substratum anatomo-pathologique de cette infirmité paraît résider surtout dans la partie temporale de l'écorce cérébrale où sont situés les centres auditifs.

En terminant, M. Castex relate un fait jusqu'ici unique, où une surdi-mutité se développa chez un enfant de sept ans à la suite d'une infection des organes de l'ouïe, consécutive à une ostéomyélite du tibia.

Rétention complète d'urine causée par un calcul préputial.

M. Kermorgant communique, au nom de M. Vassal (médecin des troupes coloniales), l'observation d'un Annamite âgé de trente ans, atteint d'un phimosis congénital, chez lequel survint une rétention complète d'urine à la suite de l'occlusion du méat urinaire par un calcul inclus dans la cavité préputiale. La circoncision ayant été pratiquée, on découvrit un calcul du poids de 4 grammes, dont l'extraction fut immédiatement suivie d'une abondante évacuation d'urine.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 janvier 1905.

Activité bactéricide de l'eau oxygénée à l'état naissant sur les germes des eaux.

M. E. Bonjean adresse une note relative à des expériences d'où il résulte que, après six heures de contact, 0 gr. 291 milligr. de peroxyde d'hydrogène sont nécessaires pour stériliser un litre d'eau de Seine, lorsque ce peroxyde provient de la solution commerciale d'eau oxygénée (10 c.c.), tandis que 0 gr. 060 milligr. du même antiseptique, produit à l'état naissant par le peroxyde de calcium, suffisent pour obtenir le même résultat en quatre heures.

C'est bien à l'état naissant du peroxyde d'hydrogène qu'est due cette différence, et non à la présence d'une certaine quantité de chaux, cette dernière étant aussitôt transformée en carbonate de chaux, complètement inactif.

M. P. Becquerel envoie une note dans laquelle il dit avoir pu s'assurer que la radioactivité attribuée par M. Tommasina à certains végétaux (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 371), et considérée par cet auteur comme une propriété vitale, est due purement et simplement à l'émission de vapeur d'eau.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 janvier 1905.

Essai de sérothérapie antisyphilitique.

M. F.-J. Bosc (de Montpellier). — Me basant sur les résultats que m'ont donnés mes recherches relatives à la sérothérapie anticlaveleuse, et convaincu par ailleurs des analogies étroites existant entre la clavelée et la syphilis, j'ai tenté de préparer un sérum antisyphilitique, en immunisant un animal au moyen d'injections de sang de syphilitique, rendu incoagulable.

Dans ce but, je prélève le sang dans une des veines du pli du coude, en l'aspirant dans une seringue de 300 c.c. de capacité renfermant déjà 20 grammes d'extrait de sangsues, et je l'injecte aussitôt sous la peau d'un mouton : on fait ainsi 8 injections successives, à douze ou quinze jours d'intervalle. Deux semaines après la dernière, le sérum doit être doué de propriétés préventives immédiates et de propriétés hémo-immunisantes, mais je n'ai pu vérifier ce point, faute d'animaux sensibles.

Quoi qu'il en soit, après m'être assuré de l'innocuité du sérum de mouton ainsi préparé, je l'ai injecté, à la dose de 20 c.c., à des syphilitiques, soit dès le début de la roséole, soit avant l'apparition de celle-ci, plus ou moins près de l'accident initial.

Chez les malades de la première catégorie, ce mode de traitement n'a pas empêché l'évolution de la roséole — ce que permettaient du reste de prévoir les faits observés en matière de sérothérapie anticlaveleuse —, mais les poussées ultérieures, très atténuées, ont été constituées par de simples macules.

Pour ce qui est des cas où les injections furent pratiquées avant le début de la roséole, 2 malades, injectés cependant assez tard (l'un le trente-cinquième, l'autre le quarantième jour après le chancre), ont eu une roséole à peine apparente et d'ailleurs très tardive; un troisième syphilitique, inoculé au dix-huitième jour, n'avait pas encore d'éruption deux mois après cette injection.

Il faut savoir que ces injections sérothérapiques déterminent une forte réaction fébrile non spécifique.

Des effets de la néphrectomie et de la ligature des vaisseaux du rein et des uretères.

M. Ignatowsky relate des expériences d'où il résulte que, quatre ou cinq jours après une néphrectomie simple, pratiquée chez le lapin, le rein restant est en état d'accomplir le travail des deux reins. Par contre, l'animal meurt du deuxième au quatrième jour après une néphrectomie double.

D'autre part, la ligature de l'artère rénale est suivie, au bout de deux ou trois semaines, de phénomènes d'intoxication dus au passage dans le sang de la veine rénale des produits aseptiques provenant de l'autolyse du rein nécrosé. Lorsque les deux artères rénales ont été liées, la mort a lieu du deuxième au quatrième jour.

Quant à la ligature de la veine rénale, elle provoque habituellement une hématurie abondante et quelquefois une anurie passagère. Ultérieurement le second rein, grâce à son hypertrophie compensatrice, supplée au défaut de fonctionnement du premier. Après la ligature de la veine du second rein, la mort survient en trois ou quatre jours.

Les suites opératoires de la ligature de l'uretère sont moins bien supportées pendant les premiers jours que celles de la néphrectomie ou de la ligature de l'artère rénale; au bout de quelque temps, on observe des phénomènes d'intoxication et des modifications de la composition de l'urine analogues à ceux qui suivent la ligature des artères rénales.

Absence de dicrotisme dans le pouls lent permanent.

M. C. Oddo (de Marseille). — J'ai observé un homme atteint de pouls lent permanent (38 pulsations à la minute, tension de 18 centimètres de mercure) sans dicrotisme. Le pouls est régulier et ne présente que de rares pulsations avortées. Le tracé sphygmographique offre comme caractères principaux, outre la longueur inusitée de l'onde, une ligne d'ascension oblique, plusieurs petites ondulations au sommet, une ligne de descente très faiblement inclinée et surtout l'absence totale de dicrotisme. Le tracé cardiographique montre que la contraction et la décontraction du cœur se font plus lentement qu'à l'état normal. Cette lenteur de la décontraction cardiaque doit, à mon avis, jouer un rôle important dans l'absence de dicrotisme.

Sur la teneur du foie en glycogène suivant les régimes.

MM. Gilbert et **Jomier**. — Nous avons soumis des chiens à des régimes variés pendant une semaine au moins et nous avons ensuite apprécié, sur des coupes colorées à la gomme iodée, la teneur de leur foie en glycogène. Cette richesse est très considérable avec le régime du pain et des légumes additionnés ou non de sucre. Elle est également notable avec le régime de la lactalbumine. Dans le régime mixte (soupe grasse ou maigre, viande bouillie ou rôtie, légumes variés), elle est un peu moindre. Dans le régime de la viande dégraissée, le foie présente une teneur moyenne en glycogène; dans les régimes comportant une forte proportion de matières grasses (lait, crème, beurre), il n'offre qu'une très faible quantité de cette substance.

Ces résultats sont beaucoup plus constants que ceux que nous avons obtenus dans les mêmes conditions pour la graisse (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 422).

ETRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 2 janvier 1905.

La percussion du cœur.

M. Goldscheider fait, au nom de M. Immelmann et au sien, une communication dans laquelle il insiste sur les enseignements que la radiographie fournit au point de vue de la technique de la percussion du cœur.

C'est ainsi qu'en ce qui concerne la question si souvent débattue de savoir s'il faut rechercher la zone de matité cardiaque absolue ou seulement celle de matité relative, on peut admettre aujourd'hui que c'est celle-ci qu'il importe de connaître, la matité cardiaque absolue étant limitée par les languettes pulmonaires qui empiètent sur l'aire cardiaque, et par conséquent ne traduisant pas d'une façon exacte la surface de projection du cœur.

Pour ce qui est de la position à donner au malade, certains auteurs soutiennent que la station verticale a pour effet d'abaisser et de diminuer le cœur; et il s'agirait là non d'une apparence, mais bien d'une véritable diminution : au point qu'une dilatation cardiaque pourrait être méconnue, si l'on percutait sur le sujet debout. Bien que la légitimité de cette opinion ne lui paraisse pas absolument démontrée, l'orateur est d'avis qu'il vaut mieux pratiquer la percussion le patient étant couché, quoique la position verticale offre, dans certains cas, de réels avantages.

Les modifications qui se passent au niveau du cœur, selon les différentes phases de la respiration, sont maintenant bien connues : dans l'inspiration profonde, le cœur paraît plus profondément situé dans le thorax et plus étroit, et sa pointe est au-dessus de l'ombre du diaphragme; en respiration moyenne, on le voit un peu plus haut et plus large, sa pointe se confondant d'autre part avec l'ombre diaphragmatique ; enfin, dans l'expiration forcée, le cœur semble élargi dans les deux sens. Il va sans dire que ce sont là moins des changements réels dans la forme et la position du cœur, que des modifications de ses rapports avec la paroi. Quoi qu'il en soit, ces notions sont à utiliser pour la technique de la percussion : on recherchera les limites gauche et inférieure de l'aire cardiaque pendant l'inspiration profonde ou en respiration moyenne; sa limite droite, ainsi que les gros vaisseaux, durant l'expiration forcée.

Enfin, pour M. Goldscheider, on doit pratiquer la percussion digitale légère, même pour obtenir la zone de matité relative; car une percussion plus forte, sans offrir, comme on le croit généralement, aucun avantage au point de vue de la pénétration du son à travers le tissu pulmonaire interposé entre la paroi et le cœur, ne permet pas d'apprécier aussi exactement des différences légères de sonorité.

Motilité volontaire de la plupart des muscles du corps.

M. Moritz Borchardt présente un homme doué de la curieuse faculté de pouvoir faire contracter à volonté, et isolément, la plupart des muscles de son corps : c'est ainsi qu'il peut refouler ses viscères abdominaux dans son thorax; contracter successivement les muscles droits et obliques de l'abdomen, le grand dentelé, les deux moitiés du peaucier du cou; déprimer profondément son appendice xiphoïde et la partie inférieure de son sternum; déplacer enfin la pointe de son cœur en haut et à gauche, arrêter presque son pouls et déterminer l'apparition d'un pouls paradoxal.

M. von Leyden dit avoir vu jadis un « phénomène » de ce genre, qui parvenait, par de simples contractions musculaires, à faire passer son cœur dans la moitié droite de sa poitrine.

Dr VILLARET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Binant (L.). L'hystérie en chirurgie.

Bonamy (H.). Etiologie et traitement de l'hémorrhagie interne post-opératoire consécutive aux interventions sur l'utérus et ses annexes par la voie abdominale.

Bonnin (Mlle M.). Contribution à l'étude de la tuberculose de la vulve.

Bourgeois (G.). Exode rural et tuberculose.

Burin-Desroziers (E.). Zona de la deuxième branche du trijumeau.

Caridi Missirlioglou (E.). Le « veratrum viride » dans le traitement de l'éclampsie.

Champion (G.-C.). Puériculture du premier âge; l'allaitement maternel : ce qu'il est, ce qu'il doit être.

Chapoy (R.). Traitement des fistules vésicovaginales par le procédé de Braquehaye.

Dalimier (R.). Modes d'action du chloroforme sur le rein.

Darcanne-Mouroux (Mme A.). Contribution à l'étude clinique de la ménopause précoce.

Dircksen (G.). Fièvre nerveuse et fièvre simulée dans les affections médico-chirurgicales.

Drouet (H.). La méningite aiguë syphilitique.

Duchesne (R.). De l'emploi du penghawar-djambi comme hémostatique en rhinologie.

Dupouy (R.). Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication.

Gaultry (A.). Des modifications subies par le pouls sous l'influence de la toux à l'état normal et à l'état pathologique.

Goüin (G.). Avantages de l'hystéropexie physiologique au point de vue obstétrical.

Guiton (A.). Empirisme et superstition dans le Bocage normand.

Hamelin (Ph.). Contribution à l'étude de l'anémie urémique.

Labouré (J.). Voies d'accès au sinus sphénoïdal.

Lafarge (G.). Une consultation à Bicêtre (16 juin 1904), service des enfants anormaux.

Laimé (E.). Des mastoïdites non précédées d'otite suppurée.

Le Gentil (Ch.). Contribution à l'étude des corps étrangers inertes de l'espace sous-glottique.

Lemoine (A.). Des ruptures du périnée consécutives à l'accouchement et de leur traitement immédiat et secondaire.

Lièvre (G.). Les causes finales sources des indications en thérapeutique.

Luisi (R.). Echéance avancée de la période secondaire après certains chancres extra-génitaux; chancres de la muqueuse buccale.

Mollet (M.). Rabelais clinicien.

Nel (R.). De l'ectopie testiculaire par ascension de la glande.

Nicolle (E.). La cure d'air chez les enfants tuberculeux à l'hôpital Hérold.

Noël (H.). De l'inocclusion du septum ventriculaire sans rétrécissement de l'artère pulmonaire et sans cyanose (maladie de Roger).

Ogé (E.). Quelques considérations sur les rapports de la littérature et de la médecine (vulgarisation médicale).

Pouliot (L.). Des accidents qui compliquent les maladies du cœur au cours de la grossesse.

Reboul (L.). Les tumeurs malignes de l'intestin chez les enfants.

Regnat (A.). Contribution à l'étude de la transplantation de l'anus au périnée dans certains cas de malformations anales (technique et indications).

Robert. Purpura hémorrhagique et tuberculose chronique.

Sanson (R.). De la torsion du pédicule dans les tumeurs liquides des annexes (kystes de l'ovaire, hydro-salpinx).

Sébilleau (J.). De la cyanose congénitale paroxystique.

Verdé-Delisle (Ph.-E.). Indications des quantités de lait à donner dans l'allaitement artificiel des nourrissons âgés de cinq mois à deux ans.

Verdier (Th.). De l'opportunité et du choix d'une intervention dans l'avortement incomplet.

Wapler (Ph.). Hématomes du sterno-cléido-mastoïdien chez le nouveau-né (étude clinique et anatomique).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Adler (H.). Zwei Fälle von Pankreascyste. (*Virchow's Arch.*, CLXXVII, fasc. suppl.)

Beneke (R.). Oesophagusruptur und Oesophagomalacie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 oct.)

Brooks (H.). The pathological anatomy of gastric ulcer. (*Med. News*, 8 oct.)

Cavazzani (T.). Igroma cistico dei linfatici peritoneali; contributo alla patogenesi dei tumori linfatici. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 3.)

Cesaris-Demel (A.). Di un caso raro di malformazione congenita del fegato. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 3.)

Chérié-Lignière (M.). Un caso di persistenza del ventricolo di Verga, riscontrato in individuo a ritardato sviluppo generale. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 2-3.)

Gellé (E.). A propos de deux cas de macroglossie. (*Echo méd. du Nord*, 16 oct.)

Hölder (H. von). Pathologische Anatomie der Gehirnerschütterung beim Menschen, gegründet auf Leichenöffnungen von 87 Verunglückten, sowie 58 Selbstmördern durch Schuss in den Kopf, verglichen mit den Befunden bei mehreren durch Gehirnkrankheiten aus inneren Ursachen Gestorbenen. In-8°, 80 p. avec planches. Stuttgart. — Anatomie pathologique de la commotion cérébrale.

Hudovernig (C.). Mikroskopische Veränderungen im Vaguskerne in einem Falle von Oesophaguscarcinom; vorläufige Mitteilung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 oct.) — Lésions microscopiques du noyau du pneumogastrique dans un cas de cancer de l'œsophage.

Lionti (G.). Contributo all'istologia patologica ed alla patogenesi dei corpi liberi articolari. (*Riforma med.*, 15 juin.)

Marie (P.) et **Guillain** (G.). Les dégénérations secondaires du cordon antérieur de la moelle (le faisceau pyramidal direct et le faisceau en croissant; les voies parapyramidales du cordon antérieur). (*Rev. neurol.*, 30 juillet.)

Moissonnier. Cylindrome orbitaire; récidive; étude anatomo-pathologique. (*Arch. d'ophtalmol.*, juin.)

Nauwerck (C.). Sectionstechnik. 4e éd. In-8°, 264 p. avec fig. Iéna.

Nelis (Ch.). Le placenta au cours de l'infection syphilitique. (*Obstétrique*, sept.)

Opie (E. L.). The relation of cholelithiasis to disease of the pancreas. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 oct.)

Orr (D.). Lesions of the posterior columns in general paralysis. (*Brit. Med. Journ.*, 15 oct.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Baumgarten (P. von). Experimente über die Ausbreitung der weiblichen Genitaltuberculose im Körper. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 oct.) — Sur la propagation de la tuberculose génitale dans l'organisme des femelles d'animaux et chez la femme.

Botcharov (N.). De l'action des divers poisons sur le cœur isolé des animaux à sang chaud (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4, 11, 18 et 25 sept.)

Ceni (C.) et **Besta** (C.). Proprietà terapeutiche specifiche del siero di sangue di animali immunizzati con siero di animali stiro-paratiroidati. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 2-3.)

Danilevsky (V.). De la contraction tétanique du cœur des animaux à sang chaud, sous l'influence de l'excitation électrique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 23 oct.)

Emerson (H.). Studies upon the capsule of the kidney. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — Recherches sur la capsule du rein.

Fütterer (G.). Experimentally produced genuine epithelial metaplasia in the stomach, and the relations of epithelial metaplasia to carcinoma, as demonstrated by cases reported in the literature. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 oct.)

Gifford (N. H.). Experimental decapsulation of the kidneys. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 14 juillet.) — Décapsulation expérimentale du rein.

Taddei (D.). Sulle modificazioni istologiche dell'uretere dopo la nefrectomia; ricerche sperimentali. (*Morgagni*, oct.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Figari (F.). Sul passaggio delle agglutinine ed antitossine tubercolari nel latte e loro assorbimento per via del tubo gastro-enterico. (*Ann. dell'Istituto Maragliano*, I, 2.)

Galbraith (Anna M.). A critical review of the study of cancer. (*Med. Record*, 1er oct.)

Neuberg (C.) et **Milchner** (R.). Ueber das Verhalten der Kohlehydrate bei der Autolyse und zur Frage nach der Bindung der Kohlehydratgruppe in den Eiweisskörpern. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 oct.) — Les hydrates de carbone dans l'autolyse; mode de fixation du groupe hydrocarboné dans les albuminoïdes.

Pearce (R. M.) et **Winne** (Ch. K.). Concerning hæmagglutinins of bacterial origin and their relation to hyaline thrombi and liver necroses. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Pick (E. P.) et **Schwoner** (J.). Beiträge zur Kenntnis des Diphtherie-Antitoxins und seiner Beziehungen zum Toxin. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 oct.)

Skalicka (J.). Pomery rekoviny ve Spanelsku a u nás. (*Casopis lékaru ceskych*, 8 oct.) — La propagation du cancer en Espagne et en Bohême.

Willson (R. N.). The pathogenesis of uremia and eclampsia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 oct.)

Zangemeister (W.). Ueber die molekulare Konzentration pathologischer Flüssigkeitsansammlungen im Körper und die Einwirkung von Mikroorganismen auf die molekulare Konzentration des Nährsubstrates. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 oct.) — La concentration moléculaire des liquides pathologiques collectés et l'influence des microbes sur la concentration moléculaire des milieux de culture.

MÉDECINE

Bierring (W. L.). Etiology of cholecystitis and cholelithiasis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 oct.)

Bosquier (R.). Forme intermittente de gastrosucorrhée. (*Journ. des scienc. méd. de Lille*, 14 mai.)

Derbek (F.). Un cas de paratyphus (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 23 oct.)

Eckert (A.). Anévrysme de l'artère pulmonaire (en russe). (*Roussk. Vratch*, 11 sept.)

Elsner (H.). Die Motilität des Magens bei Achylia gastrica. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 oct.)

Hausmann (Th.). Das Cæcum mobile. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 31 oct.)

Ivanov (A.). Contribution à l'étude de la réaction de Gruber-Widal dans l'ictère (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, oct.)

Kozlovsky (P.). Un cas d'épanchement lactescent dans la cavité de la plèvre gauche (en russe). (*Roussk. Vratch*, 9 oct.)

Krehl (L.). Pathologische Physiologie. 3e éd. In-8°, 620 p. Leipzig.

Pick (A.). Zur Kenntnis der Flatulenz. (*Wien. med. Wochensch.*, 17 et 24 sept., 1er et 8 oct.)

Richardson (H.). Early cirrhosis of the liver and its treatment. (*Med. Record*, 8 oct.) — La cirrhose du foie au début et son traitement.

Skinner (C. E.). The treatment of arthritis deformans. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 oct.)

Springthorpe (J. W.) et **Stirling** (R. A.). Six cases of splenic anæmia in one family, with remarks on 2 cases in which splenectomy was performed. (*Lancet*, 8 oct.)

Steele (J. D.). Pleural effusion in heart disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er oct.) — L'hydrothorax dans les maladies du cœur.

Stevens (W. M.). The clinical features of splenic anæmia. (*Brit. Med. Journ.*, 8 oct.)

Strauss (H.). Ueber Fortschritte der Darmdiagnostik durch die « Probediät ». (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 oct.) — Progrès réalisés, au moyen du « régime d'épreuve », dans le diagnostic des affections intestinales.

Strickland (G. F.), **Hodgson** (J.) et **Anderton**. A case of Banti's disease. (*Lancet*, 1er oct.)

Tedeschi (E.). Ricerche sulla formazione di « plasteine » nello stomaco dell'uomo allo stato normale e patologico; contributo allo studio della digestione gastrica delle sostanze proteiche. (*Policlinico*, partie méd., XI, 10.)

Walsh (J. J.). Arthritis deformans. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 oct.)

MALADIES INFECTIEUSES

Bindi (F.) et **Giorgi** (M.). Perniciosa tifosa; contributo allo studio del fagocitismo nell'infezione malarica. (*Gazz. degli Osped.*, 30 oct.)

Bókay (J. von). Ueber die Dukes'sche « vierte Krankheit » (fourth disease). (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 oct.)

Brown (L.) et **Pope** (E. G.). The shape of the chest in health and in pulmonary tuberculosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — La configuration du thorax à l'état normal et au cours de la tuberculose pulmonaire.

Fracassini (L.). La spondilite infettiva. (*Gazz. degli Osped.*, 23 oct.)

Gutmann (M.). Un cas de varicelle chez un jeune homme de dix-sept ans (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 9 oct.)

Hays (H. M.). A factor in the causation of emaciation in tuberculosis of the lungs. (*Med. News*, 15 oct.) — Sur un facteur étiologique de l'amaigrissement survenant au cours de la tuberculose pulmonaire.

Kireiev (M.). De la réaction du sang dans le typhus exanthématique (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 19.)

Krauss (W.). The differential leucocyte count as an aid to the diagnosis of fevers. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 oct.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Beard (J.). Heredity in its biological and psychiatrical aspects. (*Brit. Med. Journ.*, 15 oct.)

Birnbaum (R.). Akute hochgradige Harnverhaltung bei einer Schwangeren als tabisches Frühsymptom. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 oct.) — La rétention prolongée d'urine chez une femme enceinte en tant que signe précoce du tabes.

Bloch (E.). Ein Fall von Abducenslähmung und Extremitätenparese nach Schädelbruch. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 oct.) — Paralysie du nerf moteur oculaire externe et parésie des membres, consécutives à une fracture du crâne.

Borri (L.). Sul modo di prendere cognizione obiettiva dei disturbi nevrosici nei traumatizzati. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 2-3.)

Bouchaud. Un cas d'acroparesthésie avec troubles de la sensibilité objective à topographie segmentaire. (*Rev. neurol.*, 15 août.)

Cruchet (R.). Formes cliniques des tics unilatéraux de la face. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 16 oct.)

Cullerre (A.). Un nouveau cas de paralysie générale conjugale. (*Arch. de neurol.*, fév.)

Curcio (A.). Ancora sulla spondilosi rizomelica. (*Gazz. degli Osped.*, 30 oct.)

Dejerine (J.) et **Egger**. Un cas de névrite radiculaire sensitivo-motrice généralisée à marche chronique. (*Rev. neurol.*, 15 juin.)

De Rossi (S.). Le nevrosi renali. (*Policlinico*, partie méd., XI, 9 et 10.)

Dide (M.) et **Leborgne**. Nouveau cas d'achondroplasie. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mai-juin.)

Downing (Bertha C.). Mental defectives. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1er sept.)

Durante (G.). A propos de la théorie du neurone; terminaisons fibrillaires; régénération autogène, différenciation fonctionnelle et rôle du cylindraxe; sensibilité récurrente et suppléances sensitives; propagation des dégénérescences. (*Rev. neurol.*, 30 juin.)

Eminett (P.). Rigidité de la colonne vertébrale avec déformation type Bekhterev (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 2 et 9 oct.)

Féré (Ch.) et **Mouroux** (A.). Note sur la fréquence et sur la distribution des nævi chez les aliénés. (*Arch. de neurol.*, sept.)

Förster (O.). Das Wesen der choreatischen Bewegungsstörung. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 382.) — Sur la nature des troubles moteurs de la chorée.

Frenkel (R.). Un cas d'automatisme ambulatoire (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, oct.)

Gabouny (V.). Un cas d'idiosyncrasie à l'égard de la viande dans l'hystérie (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 23 oct.)

Gordon (A.). A note on Brown-Sequard's paralysis, with report of a case in which the paralysis followed a gunshot wound in the neck. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, juin-sept.)

Grasset (J.). La déviation conjuguée des yeux et l'hémianopsie. (*Rev. neurol.*, 15 juillet.)

Halipré (A.). Céphalée urémique rebelle; ponction lombaire; guérison de la céphalée. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 oct.)

Hartenberg (P.). La phobie du regard. (*Arch. de neurol.*, sept.)

Heldenbergh. Névraxologie et névraxopathologie. (*Journ. de neurol.*, 20 oct.)

Ingelrans. Du zona (poliomyélite postérieure aiguë). (*Echo méd. du Nord*, 30 oct.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Blanche de la Roche (A.). Un cas rare d'infection syphilitique extragénitale (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 15.)

Bodin (E.). Sur les tuberculoses cutanées atypiques (tuberculides). (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 3.)

Brito Foresti (J.). Etiología, formas clínicas y distribución geográfica de la lepra en el Uruguay. (*Rev. méd. del Uruguay*, sept.)

Call (Emma L.). An epidemic of pemphigus neonatorum. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Csillag (J.). Ueber das Syringom. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXII, 2.)

Darier (J.). De l'artérite syphilitique. In-8°, 164 p. avec fig.

De Blasi (A.). Glossopatie. (*Gazz. degli Osped.*, 16 oct.)

Du Bois (Ch.). Les teignes pyogènes du cuir chevelu de l'enfant. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, oct.)

Goldstein (O.). Zwei Fälle von Eruptionsicterus bei Syphilis. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er, 8 et 15 oct.)

Hahn (B.). Le traitement moderne de la blennorrhagie, de ses complications et des affections des organes génito-urinaires (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, sept. et oct.)

Hartzell (M. B.). Benign cystic epithelioma and its relationship to so-called syringo-cystadenoma, syringocystoma, and hæmangio-endothelioma. (*Brit. Med. Journ.*, 15 oct.)

Hirschfeld (B.). Ueber senile (und präsenile) rein hyperplastische Talgdrüsentumoren, speziell des Gesichts, mit einer Bemerkung über die Färbung der Acari folliculorum in Schnitten. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXII, 1.) — Des tumeurs séniles purement hyperplasiques des glandes sébacées.

Hollstein (C.). Zur Kasuistik der spontanen und artificiellen Hautgangrän auf nervöser Grundlage. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 oct.)

Jourdran. Bridure de la mâchoire; nécrose du maxillaire inférieur d'origine mercurielle chez une enfant malgache. (*Echo méd. du Nord*, 9 oct.)

Krasnoglasov (V.). Ein Beitrag zur Kasuistik der Mykosis fungoides Alibert. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXII, 2.)

Kreissl (B.). Hämochromatosis der Haut und Bauchorgane bei idiopathischer Hautatrophie mit Erythrodermie. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXII, 2.) — Hémochromatose de la peau et des organes abdominaux dans l'atrophie essentielle de la peau compliquée d'érythrodermie.

Lydston (G. F.). A case of syphilis, in a boy 6 years of age, contracted by coitus. (*New York Med. Journ.*, 8 oct.)

Pernet (G.). The bacillus pyocyaneus and pemphigus vegetans. (*Brit. Med. Journ.*, 15 oct.)

Pick (W.). Zur Kenntnis der Acne teleangiectodes Kaposi (Acnitis Barthélemy). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXII, 2.)

Posner (C.). Eiterstudien. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 oct.) — Recherches sur le pus.

Raymond. Deux cas de lèpre nerveuse. (*Arch. de neurol.*, août.)

Roberts (L.). On the non-parasitic cutaneous reactions. (*Brit. Med. Journ.*, 15 oct.)

Samberger (F.). Dermatitis frambœsiformis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXII, 1.)

Sinclair (D. A.). Syphilis continuously treated by intramuscular injections of mercury salicylate. (*New York Med. Journ.*, 22 oct.)

PARASITOLOGIE

Ebstein (W.). Die Strangulationsmarke beim Spulwurm in ihrer diagnostischen Bedeutung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 5-6.) — Valeur diagnostique de l'étranglement annulaire présenté par certains lombrics.

Jesionek et **Kiolemenoglou.** Ueber einen Befund von protozoënartigen Gebilden in den Organen eines hereditär-luetischen Fötus. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 oct.)

Knox (R.). A clinical study of actinomycosis. (*Lancet*, 29 oct.)

Terrien (F.). Cysticerque sous-conjonctival. (*Arch. d'ophtalmol.*, juillet.)

CHIRURGIE

Albanese (A.). Alcune laparotomie importante. (*Riforma med.*, 15 et 22 juin.)

Arthur (W. H.). Surgery on old men. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1er sept.) — Chirurgie du vieillard.

Atkins (T. G.). Remarks on the value of gastro-jejunostomy and jejuno-jejunostomy in cases of chronic gastric ulcer, with and without adhesions and with and without dilatation of the stomach. (*Brit. Med. Journ.*, 29 oct.)

Axhausen. Beitrag zur Aetiologie der gutartigen Pylorusstenose: Pylorusstenose bedingt durch Leberechinococcus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 1.) — Rétrécissement du pylore consécutif à un kyste hydatique du foie.

Ballance (Ch. A.). Some remarks on the application of the principles of surgery to the treatment of injury and acute infection when occurring within the abdomen. (*Lancet*, 29 oct.)

Banister (J. M.). The radical treatment of non-strangulated inguinal hernia from the standpoint of the modern surgeon. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 oct.)

Bell (W. B.). Chronic appendicitis. (*Brit. Med. Journ.*, 29 oct.)

Bellandi (E.). Sarcoma della diploe. (*Policlinico*, 26 nov.)

Biagi (N.). Di un amorfo dello spazio rettococcigeo. (*Policlinico*, partie chir., XI, 10.)

Bloodgood (J. C.). Bone cysts; a consideration of the benign and adamantine dentigerous cysts of the jaw and benign cysts of the long pipe bones. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 oct.) — Kystes des os.

Böhm (C.). Klinische Beiträge zur Kenntnis der Pankreasnekrose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 3.)

Brackett (E. G.), **Stone** (J. S.) et **Low** (K. C.). Aciduria (acetonuria) associated with death after anesthesia. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 7 juillet.)

Büdinger (K.). Ueber Lungensequester. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 oct.) — Sur les séquestres pulmonaires.

Bunge. Ueber die Versorgung des Bruchsackes bei der Radikaloperation von Leistenhernien. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — Sur le traitement du sac herniaire au cours de la cure radicale de la hernie inguinale.

Bunts (F. E.). Meckel's diverticulum, with report of strangulated inguinal hernia of same. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Chostak. Kyste dermoïde du médiastin antérieur (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 18 sept.)

Conti (G.). Due casi rari di varici. (*Clinica moderna*, 7 sept.)

Costa (A.). Anomala estrinsecazione inguinale di un lipoma. (*Riforma med.*, 27 juillet.)

Donati (M.). Sopra un caso di carcinoma primitivo dei dotti biliari alla porta hepatis. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 3.)

Gaudiani (V.). La narcosi col cloruro d'etile; studio critico riassuntivo su oltre 200 casi di narcosi. (*Riforma med.*, 29 juin.)

Joachimsthal. Handbuch der orthopädischen Chirurgie. T. Ier. In-8°, 240 p. avec fig. Iéna.

McArthur (L. L.). Autoplastic sutures in hernia and other diastases; final report. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 oct.)

Monks (G. H.). Aseptic surgical technique. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Moynihan (B. G. A.). On exclusion of the intestine. (*Lancet*, 8 oct.)

Murdoch (F. H.). The indications for surgical intervention in chronic gastric ulcer. (*Med. Record*, 1er oct.)

Ochsner (A. J.). Aseptic surgical technique. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Otto (C.). Brokinkarcerationer og brokgangræner. (*Bibliotek for Læger*, juillet et oct.) — Etranglement et gangrène herniaires.

Parrel (de). Obstruction biliaire avec hyperthermie prolongée; traitement chirurgical. (*Normandie méd.*, 1er oct.)

Patel (M.). Trois cas de sigmoïdite. (*Lyon méd.*, 2 oct.)

Richter (G.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Lungenrupturen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 1.) — Sur les ruptures du poumon.

Riedl (H.). Die Erfolge der Radikaloperation bei Cruralhernien nach der Methode von F. Salzer. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 oct.)

Rodman (W. L.). Carcinoma of the mammary gland; early diagnosis and radical operation necessary for its cure. (*Brit. Med. Journ.*, 1er oct.)

Roos (E.). Zur Kasuistik des Ileus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 oct.)

Ruff (S.). Ein Vorschlag zur Operation des Kryptorchismus. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 8 oct.)

Schmitt (A.). Einige Fälle von Bauchkontusion ohne Darmverletzung. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 oct.) — Contusion abdominale sans lésion de l'intestin.

Sherman (H. M.). Intracranial neurectomy for trigeminal neuralgia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er oct.)

Tavel. Behandlung der Varicen durch die Ligatur und die künstliche Thrombose. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er oct.) — Traitement des varices par la ligature et la thrombose artificielle.

Tavernier. Un cas de guérison après six opérations abdominales graves en huit mois. (*Lyon méd.*, 2 oct.)

Tirelli (V.). Sulla disinfettabilità della pelle umana normale. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 3.)

Vanverts (J.). L'iodoforme; sa disparition progressive dans la pratique chirurgicale; son remplacement par le peroxyde de zinc dans le pansement vaginal. (*Nord méd.*, 1er oct.)

Vassiliev (M.). L'appendice dans les hernies inguinales chez l'homme (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 3-4.)

Veliaminov (N.). L'hystérie en chirurgie (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 3-4.)

Viscontini (C.). Un caso di cisti gassose multiple dell'intestino, mesentere e peritoneo parietale. (*Gazz. degli Osped.*, 2 oct.)

Volkovitch (N.). Zur Frage der operativen Behandlung der Tuberkulose der grossen Gelenke der Extremitäten und speziell der Resektion derselben. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIV, 5-6.) — Sur le traitement chirurgical de la tuberculose des grandes articulations, notamment par la résection.

Vrédène (R.). 3 cas de cholélithiase, traités chirurgicalement; conclusions générales (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 3-4.)

Whitman (R.). The distinction between fracture of the neck of the femur and epiphyseal disjunction in early life, with reference to its influence upon prognosis and treatment. (*Med. News*, 24 sept.) — Diagnostic différentiel de la fracture du col du fémur et du décollement épiphysaire pendant la première enfance.

Wolff (H.). Ueber die praktisch chirurgische Bedeutung des Sesambeines im Musculus gastrocnemius. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 oct.)

Zerenine (V.). De l'emploi de l'adrénaline dans la pratique chirurgicale (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 16.)

UROLOGIE

Bardach (B.). Das Vortäuschen von Eiweissspuren durch die Ferrocyankaliumprobe störende Substanzen, namentlich bei der Klärung trüber Körperflüssigkeiten. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 22 oct.) — Traces d'albumine simulées par des substances faussant la réaction du ferrocyanure de potassium, notamment dans la clarification des liquides organiques opalescents.

Barkhache (P.). Un cas de tuberculose chronique des reins et des organes génito-urinaires (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 9 oct.)

Bierhoff (F.). A contribution to the study of infections of the prostate from the urethra. (*Med. News*, 22 oct.)

Citron (H.). Ueber quantitative Bestimmung des Harnzuckers, unter besonderer Berücksichtigung der jodometrischen Zuckerbestimmung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 oct.) — Sur le dosage du sucre urinaire, notamment par l'iodométrie.

Daniel (P. L.). The pathology of prostatic enlargement. (*Brit. Med. Journ.*, 29 oct.)

Della Valle (L.). Estrazione di corpo estraneo dall'uretra maschile. (*Gazz. degli Osped.*, 16 oct.)

Federici (N.). Contributo allo studio della calcolosi renale; guarigione spontanea. (*Gazz. degli Osped.*, 23 oct.)

Freyer (P. J.). A further series of 57 cases of total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. (*Brit. Med. Journ.*, 29 oct.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Addinsell (A. W.). A further contribution towards the study of the natural history of tubal gestation. (*Brit. Med. Journ.*, 29 oct.)

Arneth (J.). Die Leukocytose in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt, und die Leukocytose der Neugeborenen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 1.) — La leucocytose au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, et la leucocytose des nouveau-nés.

Bacon (C. S.). Vaginal cesarean section as a substitute for induction of labor in cases of threatened eclampsia or of Bright's disease. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Barozzi. Le déciduome malin. (*Gynécologie*, juin.)

Barrows (Ch. C.). Prolapse of the ovary; an operation for its cure. (*Med. Record*, 15 oct.)

Bernheim (A.). Quintuplets. (*New York Med. Journ.*, 22 oct.)

Birnbaum (R.). Beiträge zur Frage der Entstehung und Bedeutung der Leukocytose. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 1.) — Origine et signification de la leucocytose.

Bröse (P.). Ueber die künstliche Eiterung nach der Methode Fochiers bei pyämischen Prozessen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 oct.)

Bumm (E.). Ueber Serumbehandlung beim Puerperalfieber. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 31 oct.)

Celler (H. L.). Report of 2 cases of tuberculosis of the ovary. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Christiani (A.). Cholecystitis im Wochenbett. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 29 oct.) — Cholécystite dans les suites de couches.

Czerwenka (K.). Ist die Peritonealnaht nach vaginaler Totalexstirpation des Uterus überflüssig? (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 1.) — La suture du péritoine est-elle superflue après l'hystérectomie vaginale totale?

Darnall (W. E.). The gynecological aspect of mental overstrain at puberty, and its influence on development. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 15 sept.) — Le surmenage intellectuel à l'époque de la puberté et son influence sur le développement.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Cabot (H.) et **Badger** (G. S. C.). The interrelation of medicine and surgery in the treatment of gastric ulcer. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 8 sept.)

Choulguine (K.). Traitement du bouton d'Orient (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, août.)

Cosmettatos (G.-F.). De l'action de la nicotine sur le ganglion cervical supérieur. (*Arch. d'ophtalmol.*, juillet.)

Deschamps (E.). Critiques et observations sur l'hygiène et la thérapeutique dans les dyspepsies sécréto-motrices. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 3.)

Dougherty (W. J.). The pathogenesis and treatment of œdema. (*Med. Record*, 22 oct.)

Gevaerts (J.) et **Wildiers** (E.). Serum en tuberculine-behandling der knobbelziekte; 2. deel. In-4°, 20 p. Anvers. — Traitement de la tuberculose par le sérum et la tuberculine.

Gonser (R.). Beitrag zur Milzbrandtherapie mit Versuchen über die immunisierende Wirkung des Serums. (*Therap. Monatsh.*, oct.) — Sur le traitement du charbon; recherches expérimentales sur le pouvoir immunisant du sérum.

Gourevitch (M.). Traitement de l'accès d'asthme bronchique (en russe). (*Prakt. Vratch*, 16 oct.)

Hackett (J. M.). The specific treatment of typhoid fever. (*Med. Record*, 15 oct.)

Lasitzky (N.). Traitement de la scarlatine par le sérum antiscarlatineux (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, oct.)

Leto (F.). La cura delle cisti di echinococco del fegato col metodo Baccelli. (*Policlinico*, partie méd., XI, 10.)

Mendel (H.). Traitement de la tuberculose pulmonaire par la médication intra-trachéale. 2e éd. In-8°, 147 p. avec fig.

Molle. La santonine agent nervin et la lutte contre le préjugé dit des « vers ». (*Loire méd.*, oct.)

Murphy (J. B.). Osmic acid injections for relief of trifacial neuralgia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er et 8 oct.)

NOUVELLES

FRANCE

Si l'incinération des corps présente quelques avantages au point de vue de l'hygiène publique, il ne paraît pas que pour cela elle entre rapidement dans les mœurs. En France, elle ne progresse pour ainsi dire point, et ce qui se passe à Reims prouve qu'il ne suffit pas de construire un four crématoire pour que les familles demandent l'incinération de leurs décédés. Tandis que les monuments crématoires sont dus généralement soit aux municipalités, soit aux groupements constitués à cet effet, il s'est trouvé à Reims un homme qui a légué à la ville la somme nécessaire pour la construction d'un four crématoire; ce monument est terminé depuis deux ans et jusqu'ici, à notre connaissance, il n'y a été accompli aucune incinération. Si l'on excepte Rouen — où existe depuis trois ans un four crématoire —, ce n'est qu'à Paris qu'ont lieu les incinérations, et le nombre des corps incinérés en 1904 sur la demande des familles a été d'environ 350. C'est là une quantité négligeable, et c'est à peu près tout ce que donne la France entière.

Mais cet état de choses n'est pas particulier à notre pays : en Allemagne, pays d'Europe qui tient la tête sous ce rapport, le total des incinérations pour l'année 1903 n'a pas atteint 1,100; pour le même exercice, les crématoires anglais n'ont pas dépassé 500; l'Italie n'a pas fourni plus de 400 incinérations; la Suisse donne à peu près le même contingent; puis vient le Danemark qui n'arrive pas à 100. Dans les pays d'outre-mer, ce sont les Etats-Unis d'Amérique qui sont en première ligne : 4,000 ou 5,000 crémations par an; la République Argentine en était à 300 en chiffres ronds en 1903, y compris les corps des personnes mortes au lazaret de Buénos-Ayres; on compte quelques incinérations au Canada.

On voit par ces détails très sommaires que, en exceptant les Indes, la Chine et le Japon, où l'incinération est assez fréquemment employée, nulle part ce mode de destruction des cadavres n'a pris jusqu'ici un développement tant soit peu marquant.

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

On construit en ce moment à Kalamazoo, petite ville de l'Etat de Michigan, un hôpital spécialement consacré au traitement des maladies par la musique. A ce propos, nous signalerons un travail que vient de publier M. le docteur E. Cutter (de New-York), dans lequel notre confrère tend à démontrer, avec quelques observations à l'appui, que la musique a pour effet de tonifier le cœur et de favoriser la digestion : c'est ainsi que chez un vieillard octogénaire, une audition musicale faisait disparaître les intermittences du pouls.

A la suite de la mise au jour de la théorie de la transmission de certaines maladies par les moustiques, il s'était formé une société pour la destruction de ces insectes, laquelle a tenu son assemblée annuelle à la mi-décembre et a décidé de prendre désormais le titre de : *American Mosquito Extermination Society*. Le but de cette Association, qui compte des médecins et des entomologistes très connus, est d'amener les autorités à prendre contre les moustiques des mesures susceptibles de faire disparaître les dangers de propagation des maladies par ce mode d'infection.

RUSSIE

Depuis quelque temps, le choléra et la peste règnent dans certaines régions de l'empire : l'épidémie de choléra, qui a sévi avec assez d'intensité au Caucase, semble toutefois en voie de diminution; quant à la peste, elle fait toujours des victimes en Sibérie. De plus, cette dernière maladie a fait aussi son apparition sous la forme de pneumonie pesteuse, dans les stanitras de Saraïtchikovo et de Yamankhaleinsk du district de Gourneff (territoire de l'Oural). Jusqu'ici, il n'a pas été possible de savoir comment l'affection y avait été importée : tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elle a fait son apparition dans une famille kirghise, dont deux membres sont morts; la peste a fait ensuite des progrès rapides, d'abord parmi les Kirghises et ultérieurement parmi la population cosaque.

Il va paraître prochainement à Saint-Pétersbourg, sous le titre de : *Kuracisto, antenacia medicina revuo*, une revue médicale en espéranto.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

L'intervention opératoire dans le rhumatisme chronique déformant.

Je tiens à préciser d'abord les termes du problème, complexe et peu étudié, qui se pose ici; je n'ai en vue ni les arthropathies tabétiques et celles qui se rattachent à une autre affection du système nerveux, central ou périphérique, ni ces arthrites bacillaires, de forme et d'allure spéciales, qui ont été étudiées par M. le professeur Poncet et ses élèves, sous le nom de rhumatisme tuberculeux. D'autre part, le rhumatisme chronique déformant des jointures, dont nous allons parler, ne doit s'entendre qu'au sens clinique : il s'agit de cette affection si fréquente, de pathogénie incertaine et discutable peut-être, mais de lésions nettes et bien caractérisées, de symptomatologie classique, dont l'anatomie pathologique était décrite et figurée par Adams, dès 1857, et dont l'histoire clinique a été magistralement écrite par Charcot. Le *malum coxæ senile* en est le type, mais il n'en représente qu'une forme avancée et presque toujours incurable : l'affection, très souvent, débute beaucoup plus tôt; il y a une variété juvénile, infantile même, de l'arthrite chronique déformante; de plus, le stade final de désorganisation articulaire est précédé d'une série d'étapes, plus ou moins vite franchies. Enfin une différence très importante est à établir entre la variété mono-articulaire, ou pauci-articulaire, stable, localisée, et la variété polyarticulaire, envahissante : on conçoit que l'action chirurgicale ne trouve, dans cette dernière, que de bien rares indications.

Quelles sont, en tout état de cause, les indications opératoires, dans les diverses formes, aux divers stades du rhumatisme chronique déformant? Quels services peut-on demander à la chirurgie au cours de cette maladie, si rebelle, d'ordinaire, aux différents traitements, et qui, toute médicale d'apparence, n'en a pas moins, assez souvent, des origines traumatiques ? Le nombre des observations, un peu éparses, mais assez multipliées aujourd'hui, fournit les éléments d'une réponse, et, tout au moins, permet d'apercevoir, avec quelque netteté, ce que l'on peut gagner à intervenir et dans quels cas l'intervention est justifiée.

Il est, d'ailleurs, nécessaire, pour dégager un enseignement pratique de ces tentatives encore un peu confuses, d'étudier à part : 1° les *formes jeunes, ou restées jeunes*, du rhumatisme chronique déformant; autrement dit les arthrites villeuses, les hydarthroses à corps étrangers multiples, sans déformations notables des extrémités osseuses ni dislocations articulaires; 2° les *formes avancées, complètes*, où tous les éléments de la jointure sont envahis par le processus de destruction et de végétation combinées; 3° enfin la *forme polyarticulaire*.

I

L'hydarthrose chronique avec corps étrangers peut être tenue pour un des types initiaux les plus fréquemment observés du rhumatisme chronique déformant. Elle se rencontre dans les diverses jointures, mais c'est au genou, au coude, à l'épaule qu'elle se caractérise le mieux. L'évolution en est, d'ordinaire, très lente, accidentée parfois de crises subaiguës; un gonflement permanent de l'articulation, qui perd sa forme normale et ses dépressions périphériques; l'épaississement de la synoviale, souvent plus accusé en certaines zones, au niveau du cul-de-sac supérieur, sur les côtés de la rotule, au genou; un épanchement intra-articulaire plus ou moins abondant et qui varie; une sensation de frottement, de crépitation spéciale; parfois la collision nettement perçue de gros corps étrangers libres dans le liquide, tels sont les signes accoutumés qu'on relève à l'examen de la jointure. La gêne progressive des mouvements, l'enraidissement, l'impotence, d'une part; les douleurs, continues ou brusques et réveillées par certains mouvements, de l'autre, représentent les principaux accidents fonctionnels. Ils varient, d'ailleurs, d'intensité; ils peuvent être, même lors de lésions articulaires étendues, très atténués et tolérables : j'ai vu un homme d'une trentaine d'années, qui, à la suite d'une fracture du tiers supérieur du cubitus compliquée de luxation de la tête radiale en avant, avait, au coude droit, l'arthrite déformante la plus typique; la synoviale, distendue en arrière et en dehors de l'olécrâne, contenait toute une collection de corps étrangers et craquait, sous la main, comme « un sac de noix »; or, malgré ces graves désordres articulaires, le coude, actionné par des muscles d'un rare développement, avait conservé des mouvements étendus et n'était pas douloureux.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, l'expérience journalière ne le montre que trop. C'est de la gêne fonctionnelle, et surtout de la douleur, que procèdent, dans les cas de ce genre, les indications opératoires, celles de l'*arthrotomie*.

L'opération se présente ici, d'ailleurs, dans des conditions tout autres que lors de corps étranger solitaire. Que le processus originel soit le même, au moins dans un certain nombre de faits, on peut l'admettre, mais on ne saurait comparer la taille articulaire, fort simple, par laquelle on extrait d'une articulation peu malade un corps étranger isolé, et les arthrotomies pratiquées dans l'arthrite déformante, pour l'évacuation de corps étrangers multiples, libres et pédiculés le plus souvent, et sur une synoviale profondément altérée. Or, c'est là un point qui demande à être noté tout de suite, pour qu'on puisse, par une exacte connaissance de l'état fonctionnel antérieur, apprécier à leur juste valeur les résultats.

Il arrive sans doute, car les « formes de passage » ne manquent pas, que l'on puisse agir de bonne heure, et, par une arthrotomie simple, évacuer quelques corps étrangers, en déplanter d'autres, encore adhérents, vider la cavité articulaire, et, de la sorte, faire cesser les douleurs et réaliser, si le traitement consécutif est suffisamment prolongé, une restauration fonctionnelle durable. Mais le terrain ne se prête pas toujours à de pareilles réussites.

En 1896, M. Chocquet (1) rapportait, dans sa thèse, 2 observations émanant de la pratique de M. le professeur Dubar (de Lille), et qui peuvent servir de types. La première est celle d'un tourneur en cuivre de quarante ans, qui souffrait depuis deux ans de l'épaule droite : dans les deux derniers mois, les douleurs s'étaient accrues, les mouvements étaient devenus plus limités, le deltoïde s'était assez notablement atrophié; l'épaule, gonflée, surtout en avant, dessinait, à ce niveau, une sorte de bosselure fluctuante. L'arthrotomie fut pratiquée, par incision antérieure : il s'écoula de l'article environ 120 grammes de liquide rougeâtre, tenant en suspension des débris de cartilage; la glène et la tête humérale étaient recouvertes de stalactites osseuses; la synoviale portait « des masses fermes pédiculées ». L'intervention fit cesser les douleurs, mais fut suivie d'une ankylose complète, du reste bien compensée par les mouvements de l'omoplate.

Le second cas nécessita une intervention plus complexe. Un homme de quarante et un ans souffre du genou gauche depuis onze ans, par poussées; il y a cinq ans, on constate dans l'article la présence de corps étrangers, et ceux-ci provoquent, à maintes reprises, les accidents que l'on connaît : arrêt brusque des mouvements, crises douloureuses, hydarthrose aiguë. Le genou est volumineux et la tuméfaction surtout accusée au niveau du segment interne du cul-de-sac sous-tricipital; au palper, on trouve, au niveau de ce cul-de-sac et sur les côtés de la rotule, une crépitation amidonnée, et, si l'on explore plus attentivement, on ne tarde pas à sentir nettement de petits corps arrondis qui fuient sous le doigt. On ouvre le genou par deux incisions latérales, interne et externe : il en sort des corps étrangers, arrondis, blancs, de consistance presque osseuse, irréguliers, de grosseurs diverses et dont le nombre atteint 319; la synoviale est épaissie, recouverte de végétations dendritiques, de franges hypertrophiées, de corps pédiculés, qu'on arrache avec le doigt et la curette; puis « la curette est promenée doucement sur tous les replis de la synoviale et laisse voir les cartilages qui présentent l'aspect velvétique ». Les suites opératoires furent heureuses, et l'opéré reprit son travail.

L'arthrotomie ne se bornera donc pas toujours à l'extraction pure et simple des corps étrangers : elle deviendra, en certains cas, par l'excision des segments épaissis et villeux de la synoviale, des plaques indurées et chondroïdes, des zones végétantes, une synovectomie, au moins partielle. Ajoutons que la *synovectomie*, ainsi conçue, a été pratiquée parfois à une date plus récente, alors qu'il n'existait pas encore, dans la jointure, de corps étrangers libres. Des faits de ce genre ont été publiés par M. le professeur Müller (1), par M. Felix Franke (2) : chez l'un des malades de M. Müller, l'intervention consista dans l'ablation des franges hypertrophiées et le nivellement du pourtour des surfaces articulaires, recouvert de végétations; elle fut suivie, non seulement de la disparition des douleurs, mais d'un excellent résultat fonctionnel, le genou ayant repris toute sa mobilité. Les deux genoux étaient malades, chez l'opéré de M. Felix Franke : d'un côté, l'on fit l'extraction d'un corps étranger libre; de l'autre, on excisa les portions villeuses et altérées de la synoviale et de la capsule articulaire.

Nous trouvons, dans la thèse de M. Weyprecht (3), une autre observation très caractéristique. Elle a trait à un maçon de trente-huit ans, qui souffrait depuis dix ans du genou gauche et n'avait retiré aucun bénéfice de tous les traitements jusqu'alors institués; le genou était gonflé, contenait une légère quantité de liquide, à l'état permanent, et, de temps en temps, était le siège de tuméfactions aiguës : au cours d'une de ces crises, on avait retiré, par une ponction, quatre seringues de liquide jaune clair. La capsule était épaissie, et, sur le bord externe de la rotule, on sentait, inclus dans son épaisseur, un corps étranger. On pratiqua l'arthrotomie par une incision externe : le corps étranger, cartilagineux, fut enlevé avec la capsule ambiante, très épaissie, brunâtre, végétante; par une seconde incision interne, on excisa le reste de la synoviale malade; bien que les condyles fussent recouverts de végétations, on ne fit pas la résection, et l'on réunit, en laissant deux drains. Un mois et demi après, l'opéré quittait la clinique de M. le professeur Schönborn : il pouvait marcher toute la journée, quoique lentement, avec un bâton, il montait les escaliers, et tous ces exercices ne réveillaient plus de douleurs; le soir seulement, la jointure était un peu gonflée. Sept mois plus tard, il n'y avait pas de récidive, pas de douleurs, plus de gonflement; le travail avait pu être repris. L'extension était complète, la flexion limitée à la moitié de l'angle droit.

J'ai eu l'occasion de pratiquer, il y a quelques

(1) CHOCQUET. De l'intervention chirurgicale dans certaines variétés d'arthrite sèche. (*Thèse de Lille*, 1896.)

(1) W. MÜLLER. Zur Frage der operativen Behandlung der Arthritis deformans und des chronischen Gelenkrheumatismus. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894, XLVII, 3-4, et *Semaine Médicale*, 1894, p. 435.)

(2) F. FRANKE. Zur operativen Behandlung der chronischen Gelenkentzündungen *in* Festschrift, Benno Schmidt zur Feier der Vollendung seines 70. Lebensjahres gewidmet. Leipzig, 1896.

(3) K. WEYPRECHT. Zur operativen Behandlung der Arthritis deformans. (*Thèse de Wurtzbourg*, 1896.)

mois, une synovectomie de ce genre, toute partielle, et dont le résultat fut d'autant plus satisfaisant que les lésions étaient cantonnées à un segment relativement étroit de la jointure. Il s'agissait d'une femme de soixante-trois ans, rhumatisante, qui avait commencé à souffrir du genou gauche, sept mois auparavant, à la suite d'une douleur brusque, survenue pendant la marche : une hydarthrose volumineuse s'était développée, puis avait rétrocédé sous l'influence de la compression, tout en laissant l'articulation un peu gonflée, et la marche très pénible. Il y avait assez peu de liquide dans la jointure, lorsque la malade entra le 7 juillet dernier, dans notre service, à l'hôpital Tenon, mais la palpation décelait nettement, sur le bord externe de la rotule, un nodule dur, arrondi, fuyant sous le doigt, et gros comme un haricot. L'arthrotomie externe fut pratiquée le 15 juillet : je trouvai une certaine quantité de liquide séreux, et une synoviale épaisse sur toute son étendue, sans végétations isolées ni corps étrangers pédiculés ; en dehors, au point indiqué par le palper, elle était occupée par une sorte de bourrelet grisâtre saillant, de consistance chondroïde, qui fut excisé. La synoviale et les plans fibreux furent alors réunis au catgut en laissant un petit drain. Cette femme sortit le 13 août, gardant encore un peu de raideur du genou. Depuis, l'état local est redevenu parfait : la marche est aussi facile qu'avant le début des accidents douloureux, le genou est normal, indolent et ne contient pas de liquide.

Il y a donc là, en présence de ces formes initiales de l'arthrite chronique déformante, toute une série d'interventions, qui valent d'être connues, et peuvent être suivies, sinon d'une guérison complète, au moins d'une amélioration fort appréciable et prolongée.

Nous dirons tout de suite que, même dans les formes avancées, que nous allons maintenant étudier, alors qu'une intervention plus étendue se trouve contre-indiquée par les conditions locales ou l'âge du malade, une arthrotomie simple, évacuatrice de l'épanchement et des corps étrangers, libres et pédiculés, peut être de bonne pratique, et, pour un temps plus ou moins long, faire cesser les douleurs et rendre plus aisé le fonctionnement articulaire. Ce n'est pas là, certes, de la chirurgie brillante, mais c'est encore de la chirurgie utile, et, en présence d'une affection aussi incurable et désespérante que le *malum senile* des jointures, on ne saurait faire fi de ces résultats, pour incomplets qu'ils soient et de durée incertaine. Chez un homme de quarante-trois ans, dont le genou droit était considérablement déformé, mais dont l'état général ne se prêtait à aucune intervention de quelque importance, je me contentai, par une arthrotomie interne, d'évacuer le liquide visqueux et filant que contenait l'articulation, et d'extraire un gros corps étranger bosselé, d'apparence cartilagineuse, et quatre autres plus petits. Au bout d'un mois, le malade sortait, ne souffrant plus de son genou, et marchant toujours fort mal, naturellement, mais sans douleur.

II

Dans ces *formes avancées et complètes*, c'est, d'ailleurs, la *résection* qui a été pratiquée, en général, et dont il convient de discuter les résultats et les indications.

Sans doute l'opération n'a été parfois que la conséquence d'une erreur de diagnostic : on avait cru à une tumeur blanche, à une coxalgie, à une carie sèche de la hanche, par exemple, et c'est l'arthrite déformante que l'on rencontrait ; il est probable aussi que l'erreur inverse a été commise, et que, parmi les cas publiés sous l'étiquette d'arthrites déformantes rhumatismales, se trouvent quelques-unes de ces arthrites déformantes tuberculeuses, signalées par M. Poncet.

Toujours est-il que le nombre des faits opératoires, dûment authentiques, est aujourd'hui assez élevé pour qu'il soit possible de se faire une opinion. Les douleurs, leur acuité croissante et leur ténacité, d'une part, l'impotence de plus en plus marquée, de l'autre, ont servi, en général, d'indications à ces résections, qui ont porté sur la plupart des grandes et des petites jointures.

Quels ont été leurs résultats ? Ont-elles procuré une sédation durable des douleurs ? Ont-elles rendu au membre un fonctionnement satisfaisant ? Quelle a été leur influence sur le processus morbide lui-même, l'excision des extrémités articulaires, de la synoviale épaissie, a-t-elle enrayé sans retour, sans récidive, la maladie déformante ? C'est à ce triple point de vue qu'il importe d'analyser les observations, pour juger de la valeur exacte de ces interventions.

La première résection de la hanche, pour une arthrite rhumatismale chronique, et sur ce diagnostic, nettement posé d'avance, a été faite en 1859, par Fock, de Madgdebourg (1). Il s'agissait d'un ouvrier de quarante-neuf ans, de santé excellente, qui, vingt-six ans auparavant, avait reçu un coup de pied de cheval sur la hanche gauche. Depuis, le membre était resté un peu plus court, paraît-il. Dans les six dernières années, les douleurs, qui n'avaient jamais cessé de se montrer, par intermittences, étaient devenues de plus en plus vives ; le membre était en flexion légère et adduction, et fixé dans cette attitude ; la pression se montrait très douloureuse en arrière du grand trochanter, le raccourcissement atteignait plusieurs centimètres ; sous le chloroforme, on constatait la présence de la tête fémorale dans le cotyle, mais on percevait de gros craquements articulaires. Divers traitements avaient été tentés, durant dix mois, sans résultat ; finalement, le malade ne pouvait plus quitter le lit. On fit la résection de la hanche : la tête et le col étaient confondus en une sorte de masse aplatie ; on eût dit que le col avait été enfoncé dans la tête, qui figurait un champignon, tout bordé d'ostéophytes ; le cotyle était deux fois plus large que normalement ; il n'y avait plus de ligament rond ; on trouvait des ostéophytes disséminés sur la tête, le col, le grand trochanter. L'opération eut des suites heureuses ; le malade se levait à la dixième semaine ; les douleurs disparurent, mais la marche avait toujours lieu avec des béquilles, au moment où l'observation prit fin.

Et cette terminaison vaut d'être notée tout de suite ; elle donne le sens général de la réponse que l'on obtient presque toujours, lorsqu'on interroge les résultats éloignés de ces résections : *cessation des douleurs, résultats fonctionnels médiocres.*

Sans chercher à faire une statistique intégrale, le nombre des faits recueillis suffit à étayer quelques conclusions : avec le premier cas de Fock, nous trouvons 24 résections de la hanche pour arthrite chronique déformante, en y comprenant une observation personnelle. Sur ces 24 opérations, on relève 2 morts opératoires par infection ; 2 récidives rapides et complètes, survenues, l'une chez un opéré de M. Schönborn (2), qui s'était dérobé trop tôt, il est vrai (dès la fin du second mois), à tout traitement consécutif, et chez lequel les douleurs reparurent, la marche n'étant possible qu'avec une béquille et une canne ; l'autre, chez un opéré de Schede (3), qui avait, à la fois, la hanche et le genou malades ; après une amélioration passagère, les deux jointures redevinrent douloureuses comme devant et rebelles à la mobilisation. Trois autres réséqués ne souffraient plus ou presque plus, mais ne marchaient aussi qu'avec des béquilles : celui de Fock ; un garçon de quinze ans opéré par M. le professeur Aakerman (1) à la hanche gauche, et chez lequel, d'ailleurs, la hanche droite était malade aussi ; un homme de cinquante-neuf ans, opéré par M. Niehans (2), qui, deux ans et demi après l'opération, conservait encore ses béquilles. L'un des malades de M. Müller pouvait faire, deux fois par jour, une heure de chemin, avec un bâton ; l'autre marchait aussi avec un bâton, bien que tous les mouvements de la hanche fussent très limités. On ne trouve pas d'indications sur les résultats éloignés, dans 2 faits de Maydl (3) ; ils sont donnés comme satisfaisants, dans les 4 autres cas de M. Aakerman. L'un des opérés de M. le professeur Riedel (4) marche avec un soulier orthopédique, bien que la flexion du membre soit très limitée ; l'autre, âgé de dix-sept ans, et chez lequel l'affection avait succédé à un traumatisme, marche de façon presque normale. Les suites fonctionnelles sont excellentes également chez un jeune homme de seize ans, opéré par M. le professeur Küster (5) et atteint, lui aussi, d'une arthrite déformante d'origine traumatique, consécutive à une luxation de la hanche. Enfin, dans 5 cas de M. le professeur König (6), la restauration fonctionnelle a été des plus remarquables, et les opérés, sans jouir naturellement de tous les mouvements normaux de l'articulation, marchent sans canne.

L'avenir paraît moins assuré chez notre opéré ; il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, auquel nous avions réduit, en 1893, à l'Hôtel-Dieu, une luxation sus-pubienne de la hanche droite. Il avait repris son travail, et ne commença à souffrir qu'au cours des deux dernières années. La hanche s'enraidit et se déforma de plus en plus ; finalement l'impotence devint complète, et les douleurs, continues et s'exacerbant par crises, créaient une situation intolérable. Il y avait un raccourcissement de 3 centimètres ; la jointure était épaissie et tuméfiée, surtout en arrière et en dehors ; on y percevait de gros craquements ; l'adduction seule était encore possible dans une certaine limite ; même sous le chloroforme, la flexion, l'abduction, la rotation externe étaient entravées presque tout de suite par une résistance osseuse. La radiographie montra que la tête était en place, mais qu'elle était, ainsi que le col, déformée et irrégulière. Je pratiquai la résection le 27 juin 1904 ; je trouvai une tête bosselée, un col raccourci, et tout autour, la capsule transformée en une gangue fibreuse épaisse et résistante, parsemée de nodules ossifiés, et tapissée en dedans de corps étrangers pédiculés ; j'excisai la tête et le col par morcellement et j'enlevai largement toute la zone accessible de la capsule. Aujourd'hui, la plaie opératoire étant depuis longtemps cicatrisée, les douleurs ont cessé, pour réapparaître, pourtant, sous forme de crises passagères, à la suite des mouvements un peu forcés ; le raccourcissement est de 5 centim. 1/2 ; au lit, le malade lève le talon jusqu'à 50 centimètres de hauteur ; l'abduction volontaire est limitée au tiers environ de son amplitude normale ; l'adduction est à peu près complète ; passivement, on fléchit la cuisse presque jusqu'à l'angle droit ; l'abduction n'est pas plus étendue que l'abduction volon-

(1) C. Fock. Bemerkungen und Erfahrungen über die Resektion im Hüftgelenk. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1861, I, p. 172.)

(2) H. Zander. Ein Fall von Hüftgelenksresektion wegen Arthritis deformans. (*Thèse de Wurtzbourg*, 1889.)

(3) Th. Klein. Ueber Gelenkresektionen bei Arthritis deformans. (*Thèse de Bonn*, 1897.)

(1) J. H. Aakerman. Om den operativa behandlingen af arthritis deformans. (*Nord. med. Arkiv*, 1898, XXXI, 3-4.)

(2) Zesas. Ueber Resektion des Hüftgelenks bei Arthritis deformans. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1888, XXVII, 5-6, p. 586.)

(3) Maydl. Coxa vara und Arthritis deformans coxæ. (*Wien. klin. Rundschau*, 1897, n°s 10, 11 et 12.)

(4) P. Cornils. Ueber Gelenkresektionen bei Arthritis deformans und Hallux valgus. (*Thèse d'Iéna*, 1890.)

(5) E. Küster. Ein chirurgisches Triennium, 1876-1877, 1878. Berlin, 1882.

(6) König. Erkrankungen des Hüftgelenkes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 janv. 1901.)

taire, la rotation en dehors est libre, la rotation en dedans très réduite. La fesse est aplatie et le grand trochanter déborde de deux doigts environ la ligne de Nélaton-Roser. La marche est possible, indolente en dehors des incidents passagers dont nous avons parlé, mais elle ne peut se faire encore qu'avec une béquille et une canne.

Voilà donc un certain nombre de résultats qui ne sont pas de nature à faire envisager la résection de la hanche, lors d'arthrite chronique déformante, comme une opération à proposer délibérément et à présenter sous un jour trop favorable (1). Les 2 cas de mort, que nous avons cités, suffiraient, d'ailleurs, à rappeler la gravité très réelle de l'intervention. Toutefois, pour apprécier équitablement l'utilité de l'opération et les bénéfices qu'on en peut attendre, il faut tenir compte de l'état d'impotence douloureuse où sont et resteraient les malades, si cette ressource leur était de parti pris refusée. Un fait très général, presque constant, c'est la disparition des douleurs, à la suite de ces résections, et c'est là, à tout prendre, un point de haute importance. Quant aux suites fonctionnelles, on ne saurait oublier que nous nous trouvons le plus souvent, dans les cas de ce genre, en présence d'infirmes, d'incurables, et que, si l'on ne doit pas attendre, escompter et promettre un succès brillant, une amélioration, même très incomplète, sera toujours la bienvenue. Qu'on fasse marcher ces patients, condamnés à l'alitement indéfini, sans douleur, fût-ce avec une canne, fût-ce dans des limites restreintes, et le mieux-être sera déjà très appréciable. Nous avons vu, d'ailleurs, que le fonctionnement ultérieur pouvait être relativement bon, même très bon (2) : on ne doit pas trop y compter, c'est entendu, mais la moyenne des résultats, surtout si on les compare à l'état antérieur des malades et à l'incurabilité de l'affection, suffit à montrer que, dans quelques circonstances, l'acte chirurgical est justifié.

Il y a, de fait, un certain nombre de conditions qui paraissent exercer une influence prépondérante sur le pronostic fonctionnel des résections, dans l'arthrite déformante. C'est, avant tout, l'âge des opérés. Le *malum coxæ senile* est loin de mériter toujours son nom : il survient fréquemment à un âge peu avancé, dans l'âge adulte, dans la jeunesse même; les opérés jeunes sont aussi ceux qui, dans les faits analysés plus haut, ont le plus bénéficié de l'intervention.

D'un autre côté, l'arthrite déformante d'origine traumatique est celle qui se prête le mieux à une intervention réellement utile; les observations en témoignent. Elle est, d'ailleurs, toujours mono-articulaire, et la forme mono-articulaire du rhumatisme chronique déformant est la seule qui puisse réellement bénéficier de la résection.

Le mode opératoire ne paraît pas non plus indifférent, et lorsqu'on lit dans le détail les diverses observations publiées, on se rend compte que, toutes choses égales d'ailleurs, les exérèses osseuses et capsulaires très larges ont été les plus heureuses, quant aux résultats fonctionnels. Il n'y a là, du reste, que l'application d'un principe très général. Enfin, ces résultats dépendent encore d'un facteur qu'on ne saurait négliger : l'état de la musculature, l'atrophie plus ou moins profonde des muscles et leur faculté de régénération.

Ce que nous venons de dire de la hanche s'applique, en partie, aux autres jointures. Ici également, on a obtenu, presque toujours, la cessation des douleurs — rebelles jusqu'alors à tout autre traitement — et des suites fonctionnelles variables.

Au *genou*, l'ankylose a été maintes fois réalisée et l'intervention a été suivie alors d'un plein succès : solide, rectiligne et indolent, le membre redevient propre à un fonctionnement utile, et, de plus, la soudure des surfaces osseuses est la meilleure garantie contre la récidive. Toutefois, l'état d'atrophie et de dégénérescence graisseuse des os ne permet pas toujours un si heureux dénouement; et il importe d'en être averti. Nous en avons fait l'expérience dans les 2 cas que voici :

Un homme de cinquante ans nous fut envoyé avec une arthrite déformante du genou gauche, compliquée d'une dislocation très étendue de la jointure en dehors; la résection fut pratiquée le 31 juillet 1903 : je trouvai une synoviale épaisse, encroûtée d'un tissu jaunâtre granuleux; une grosse ossification au niveau du ménisque interne; des surfaces articulaires très irrégulières, avec de nombreux corps étrangers encore pédiculés et adhérents. Le tibia et le fémur étaient friables et graisseux : je les suturai avec deux fils de bronze d'aluminium. La guérison opératoire fut simple, mais la réunion osseuse manqua totalement. Avec un appareil à tuteurs latéraux, le malade marche assez facilement — et beaucoup mieux, bien entendu, qu'avant l'intervention —, et les douleurs ont cessé.

Notre second fait est celui d'une femme de cinquante-trois ans, très grosse, très rouge, de santé florissante, qui souffrait du genou gauche, depuis plusieurs mois, et surtout depuis une chute à laquelle elle attribuait tout son mal, et qui, de fait, avait fait penser d'abord à une fracture articulaire. L'extrémité inférieure du fémur, bosselée, très dure, était si volumineuse et dessinait, en dedans surtout, un tel relief, les douleurs étaient si intenses, que l'hypothèse d'un néoplasme intra-osseux s'était présentée aussi. Toujours est-il que l'impotence était absolue et que l'alitement continu paraissait être le sort réservé à cette pauvre femme. Je pratiquai la résection, qui me montra les lésions caractéristiques de l'arthrite déformante la plus avancée. Cette fois encore, la soudure osseuse n'a pas eu lieu, mais la malade ne souffre plus, elle marche, avec un appareil, et le bénéfice de l'intervention est, en somme, des plus nets.

A l'*épaule*, au *coude*, la résection a été pratiquée aussi, avec des fortunes diverses, et, sans insister sur les détails des observations, les mêmes réflexions que pour la hanche paraissent s'imposer : ici aussi, à peu près constamment, l'opération a fait cesser, de façon durable, les douleurs, mais le fonctionnement ultérieur a été fort médiocre. Au *poignet*, la résection a été tentée, trois fois, par M. Müller : deux fois elle a été partielle et n'en a pas moins enrayé les douleurs; dans le troisième cas, il fallut, pour obtenir ce résultat, procéder à une exérèse plus large, comprenant la première rangée des os du carpe et une partie de la seconde.

J'arrive aux *petites jointures*, et je ne ferai que noter les interventions applicables — et depuis longtemps appliquées — à l'hallux valgus. Dans un mémoire récent, M. Elter (1) étudiait ce traitement opératoire de l'arthrite déformante des petites articulations, et il relatait 5 observations, tirées encore de la pratique de M. Müller. Une d'elles se rapporte à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, nous la signalons seulement; la résection fut pratiquée, et suivie de la cessation des douleurs et d'une ankylose rectiligne à peu près complète. Un autre fait, très intéressant, a trait à l'articulation temporo-maxillaire droite : il s'agissait d'une femme de trente-six ans qui souffrait beaucoup depuis plusieurs années et dont les mâchoires ne s'écartaient plus que de 2 centimètres, et très péniblement. On percevait de gros craquements, des deux côtés, au cours de ces mouvements. Le condyle droit fut réséqué, et l'on constata toutes les lésions de l'arthrite déformante. Le résultat fut très heureux, les douleurs disparurent et la mobilité fut restaurée. Au bout de trois ans, la guérison se maintenait.

Les suites opératoires se montrèrent aussi très satisfaisantes, après une résection de l'article métacarpo-phalangien du pouce droit, chez une femme de cinquante ans : six mois après, il n'y avait plus de douleurs, les mouvements étaient bons, et l'opérée pouvait se livrer à de fins travaux. Enfin, nous insisterons encore sur les 2 derniers faits, de localisation un peu exceptionnelle : l'arthrite occupait, chez l'un de ces malades, un homme de soixante-trois ans, l'articulation de Chopart, et se compliquait de suppuration étendue à la gaine des extenseurs; on réséqua la tête du calcanéum; le résultat fut satisfaisant et se maintenait au bout de plusieurs années, bien que les mouvements de l'article médio-tarsien fussent limités. Chez l'autre patient, âgé de soixante et un ans, l'arthrite siégeait à l'articulation calcanéo-scaphoïdienne, des deux côtés, mais elle était plus développée à gauche : on fit la résection, à gauche; les douleurs furent largement atténuées; la marche au contraire n'était possible qu'avec un bâton.

Cette revue, forcément incomplète, aboutit donc aux conclusions générales que nous avons indiquées tantôt. Il reste une dernière question à élucider : quelle est la durée de l'amélioration, ou même, dans les cas très heureux, de la pseudo-guérison? Sont-elles définitives? La réponse ne peut s'appuyer que sur des documents assez peu nombreux; toutefois, il paraît bien que la récidive, non seulement n'ait rien de fatal, mais ne survienne à aucune date, dans un certain nombre de cas. Il n'y avait aucune trace d'une « reprise » de l'affection déformante, au bout de dix ans, chez un opéré de M. König, au bout de deux, chez un autre du même chirurgien; il n'y avait pas de récidive, deux ans et demi après l'opération, dans l'observation de M. Niehans que nous avons mentionnée plus haut. M. Zesas cite un cas de résection du coude, revu au bout de cinq ans, également sans récidive; et M. Riedel a fait la même constatation, au bout de quatre ans, chez un réséqué de l'articulation temporo-maxillaire. Tous ces faits se rapportent, bien entendu, au rhumatisme chronique déformant mono-articulaire; de plus, la largeur de l'exérèse, que nous signalions plus haut comme un des facteurs importants du pronostic fonctionnel, doit avoir aussi sa part dans ces résultats lointains.

III

Nous serons brefs sur la forme polyarticulaire. Ici, en effet, le terrain n'est nullement favorable à l'action chirurgicale, et la multiplicité des localisations, la marche envahissante du processus, rendraient illusoire, fût-elle réalisable, toute intervention de quelque importance. Et pourtant, dans la pratique et en présence des cas particuliers, cette formule générale, très rationnelle en soi, est trop absolue. Même lors d'arthropathies multiples, il peut arriver que les lésions et les douleurs prédominantes sur une des jointures, ou encore certaines déformations particulières, deviennent une indi-

(1) Il est bien difficile, en pareille matière, de classer les résultats de façon précise, et d'établir un pourcentage de réelle valeur; ces réserves faites, nous pourrions dire que, sur les 24 observations relatées plus haut, il y a eu 8.3 % de morts; 25 % de résultats fonctionnels mauvais; 25 % de résultats à peu près bons; 33.3 % de bons résultats; 8.3 % de résultats inconnus. Ces chiffres diffèrent assez notablement de ceux que donnait, d'après un relevé de 16 cas, M. Alexander Muszkat, dans une thèse récente : Ueber Hüftgelenksresektion bei Arthritis deformans (Fribourg, 1904), et parmi lesquels figurent 31.25 % d'améliorations considérables (*erhebliche Besserung*), 50 % de guérisons durables (*dauernde Heilung*).

(2) On aurait tort, en tout cas, de prendre à la lettre la boutade attribuée par M. Zesas à un chirurgien italien dont il ne donne pas le nom : « La résection de la hanche dans l'arthrite déformante délivre le malade de ses douleurs, mais le condamne pour le reste de sa vie aux béquilles. »

(1) J. Elter. Weitere Beiträge zur chirurgischen Behandlung der Arthritis deformans, insbesondere der kleineren Gelenke. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1903, LXVI, 5-6, p. 387.)

cation suffisante à des interventions utiles, même à une résection. M. Müller, en 1893, publiait 3 cas de ce genre. Nous avons été conduits, il y a trois ans, à réséquer ainsi le genou droit d'une jeune femme qui présentait le type le plus complet du rhumatisme chronique déformant : toutes les articulations des quatre membres étaient atteintes, à des degrés divers, les coudes et les poignets déformés et presque ankylosés, les doigts incurvés et enraidis ; au membre inférieur gauche, la hanche et le genou avaient perdu à peu près toute mobilité, et les articulations du pied étaient aussi, en grande partie, fixées; à droite, le genou était immobilisé, mais dans la flexion, à 45° environ. Cette combinaison d'un membre gauche raide et rectiligne, et d'un membre droit infléchi au genou rendait impossible, je ne dirai pas la marche, mais le moindre déplacement du corps, la moindre progression, d'autant plus que les déformations des deux membres supérieurs empêchaient toute utilisation réelle des béquilles. C'était l'impotence confirmée et définitive. Je crus devoir proposer, dans ces conditions, la résection du genou droit : c'était là, à proprement parler, une résection orthopédique. Le volume et la déformation des extrémités osseuses eussent, d'ailleurs, interdit tout autre mode de redressement. La résection fut pratiquée : les os étaient très graisseux, très friables; la consolidation exigea plusieurs mois. Depuis, le genou est resté indolent, et la malade peut marcher.

Ces *redressements* résument, d'ailleurs, la principale besogne chirurgicale qui puisse rester à accomplir, dans la forme polyarticulaire du rhumatisme chronique déformant, besogne souvent peu brillante, mais qui rendra parfois de trop réels services, pour qu'on y répugne. La résection n'est point toujours, d'ailleurs, l'unique procédé de correction des attitudes articulaires, vicieuses et douloureuses. Lorsque les os ne sont pas trop déformés ou que leur déformation ne constitue pas le principal obstacle au redressement — et la radiographie fournit, pour la solution de ce problème, les meilleures données —, il suffira parfois de recourir aux sections tendineuses et aponévrotiques multiples. Ce qu'il importe avant tout, c'est de ne jamais recourir au brisement forcé, aux manœuvres aveugles et brutales du redressement mécanique brusque : dans un pareil milieu articulaire, on s'exposerait à produire les plus graves désordres, et l'on compromettrait d'avance les résultats, en réveillant et en aggravant le processus local. Pratiqué sans violence, après des sections fibreuses suffisantes, le redressement n'est suivi d'aucun accident, même dans les foyers d'arthrite déformante en pleine activité : nous avons pu nous en convaincre chez une jeune femme dont les deux genoux étaient ainsi maintenus en flexion depuis plusieurs années; grâce à la section des tendons poplités, le redressement fut obtenu, et complété par l'extension continue, et, dans les mois qui suivirent, le gonflement des genoux se réduisit très notablement, les hydarthroses disparurent, les douleurs s'atténuèrent : l'intervention avait exercé l'influence la plus heureuse, même sur l'arthrite.

Peut-on, de l'ensemble des faits que nous venons de rappeler, tirer une conclusion générale? Peut-on dire qu'il y ait un traitement chirurgical du rhumatisme chronique déformant? Oui, sans doute, si l'on veut bien s'en tenir à une appréciation sage et raisonnée. Il ne saurait être question de faire passer à la chirurgie opératoire la cure de toute arthrite chronique rhumatismale, ni surtout celle des polyarthrites déformantes. Mais il est possible, dans un certain nombre de cas, par des interventions d'ordre divers, en rapport avec la diversité même des lésions, arthrotomies, synovectomies, résections, redressements, d'obtenir des améliorations durables, et même des guérisons; les résultats fussent-ils incertains, que, dans une maladie aussi désespérante et aussi rebelle, ils vaudraient pourtant d'être signalés.

Dr F. LEJARS,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur un nouveau procédé pour obtenir des anticorps, par M. F. LÖFFLER.

Les recherches sur la nature de l'immunité ont permis d'établir que l'organisme animal réagit à l'introduction des substances les plus diverses par la formation d'anticorps. Aussi a-t-on essayé, dans le but d'obtenir une immunité artificielle, d'introduire dans l'économie toute sorte de matériaux, notamment des substances cellulaires mortes et privées de leur pouvoir virulent. Mais comme ces substances perdent très facilement la propriété de produire des anticorps spécifiques, on évite généralement de les soumettre à tout traitement chimique : on se borne à les pulvériser. Toutefois, quels que soient les soins que l'on apporte à cette dernière opération, il peut toujours subsister dans la masse ainsi obtenue quelques bacilles intacts. Ce danger serait complètement évité, si l'on pouvait tuer les microorganismes vivants, avant de les réduire en poudre, et cela sans détruire leur pouvoir de former des anticorps. Partant de ce fait que les enzymes *à l'état sec* peuvent être chauffées à une température très élevée sans perdre leurs propriétés spécifiques, M. Löffler s'est demandé si les agents infectieux desséchés ne conserveraient pas le pouvoir de produire des anticorps spécifiques même après chauffage à la température nécessaire pour assurer la mort de ces microorganismes.

Les recherches que l'auteur a instituées à cet égard, depuis 1901, en collaboration avec M. Gehrke, sont venues pleinement confirmer cette hypothèse.

M. Löffler fut d'abord à même de se rendre compte qu'en injectant à des lapins une émulsion de blanc d'œuf préalablement desséché et chauffé, pendant une demi-heure, à la température de 150°, on obtient un sérum précipitant les solutions d'albumine. La même expérience fut alors reprise avec le sang de diverses espèces animales : là encore on réussit facilement à obtenir, à l'aide d'échantillons desséchés et chauffés à 150°, des sérums qui provoquèrent des précipités caractéristiques dans les solutions sanguines de la même espèce.

Cela étant, on pouvait s'attendre à voir les cadavres bacillaires traités de la même manière conserver également leur pouvoir de former des agglutinines spécifiques. Et, de fait, les recherches entreprises sur un grand nombre de microorganismes pathogènes — bacille d'Eberth, *Bacterium coli*, bacilles du choléra et de la tuberculose, etc. — permirent d'obtenir par le procédé en question des sérums dont chacun agglutinait le microbe correspondant.

Restait à savoir si la dessiccation et le chauffage consécutif laissaient intacte la propriété de former des substances bactéricides. Ce point fut facile à élucider par des expériences sur le vibrion cholérique : desséché et chauffé ensuite, ce microorganisme fournit un sérum exerçant une action bactéricide et bactériolytique très énergique.

Le nouveau procédé permettrait également de préparer des sérums non seulement au moyen de bactéries pures, mais encore avec des fragments d'organes des animaux soumis à une infection déterminée.

Ajoutons que M. Löffler a appliqué la même méthode à des tumeurs malignes. En injectant à des ânes des doses progressivement croissantes d'émulsions préparées avec des masses cancéreuses réduites en poudre, puis desséchées et chauffées à sec, il fut à même d'obtenir un sérum précipitant la substance cancéreuse jusque dans les dissolutions à 1 : 100. Des essais thérapeutiques furent ensuite institués avec ce sérum anticancéreux chez une vieille femme atteinte d'un cancer inopérable du sein : chaque injection, pratiquée dans le voisinage de la tumeur, fut suivie d'une réaction locale et générale intense, en même temps qu'elle amenait la disparition, pour quelques jours, des douleurs. De plus, l'état général subissait une amélioration manifeste. Mais le processus morbide continua à progresser, de sorte que l'auteur jugea bientôt inutile de prolonger le traitement.

Quoi qu'il en soit de cet essai, le procédé décrit par M. Löffler n'en garde pas moins toute sa valeur en tant que méthode générale — pratique et exempte de danger — de préparation des sérums. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 décembre 1904.) — L. CH.

Cancer du col sur un utérus didelphe avec vagin cloisonné, par M. K. CZERWENKA.

On a rarement observé le cancer de l'utérus chez les femmes atteintes de malformations utérines : M. Czerwenka n'a pu recueillir que 4 cas de ce genre; le fait qu'il relate serait même le premier exemple de cancer développé sur un utérus didelphe.

Il s'agit, dans cette observation, d'une femme de trente-six ans, mariée et sans enfants. A l'examen gynécologique, on constatait chez elle l'existence d'un double conduit vaginal, avec cloison médiane absolument continue, d'une épaisseur de 3 millimètres. Chaque vagin aboutissait à un col utérin bien conformé, mais le droit était un peu plus petit que le gauche. C'est sur ce dernier que le cancer s'était développé.

La malade ne s'était jamais doutée de la malformation qu'elle portait : c'était sans doute par le conduit vaginal gauche, plus large que le droit, que s'exécutaient les rapports sexuels et en tout cas c'est par lui que cette femme prenait des injections. La cavité utérine mesurait 8 centimètres de longueur à gauche et 6 centim. 1/2 à droite. Au palper abdominal, on sentait un sillon vers le fond de l'utérus dont les deux corps, avec les annexes correspondantes, formaient une masse un peu diffuse dans chaque moitié du bassin.

Une hystérectomie abdominale fut exécutée; mais, au quatorzième jour, il se produisit une hémorrhagie mortelle, due à l'ulcération de l'hypogastrique par un petit abcès. Les deux utérus extirpés étaient incurvés sur leur bord externe et absolument indépendants : ils se juxtaposaient simplement au niveau du col. Leur cavité était bien perméable. Les annexes étaient le siège d'une inflammation chronique et les ovaires présentaient de la dégénérescence microkystique. Nulle part ailleurs il n'existait de malformation. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, novembre 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS POLONAISES

Contribution à l'étude des injections sous-cutanées d'arsenic chez les enfants, par Mme MATYLDA BIEHLER.

L'auteur a expérimenté, à l'hospice des Enfants-Trouvés de Varsovie, chez un certain nombre d'enfants en bas âge, les injections hypodermiques d'arsenic sous forme de cacodylate de soude, de méthylarsinate disodique et de cacodylate de fer. A cet effet, Mme Biehler s'est servie d'une solution stérilisée contenant 0 gr. 05 centigr. d'une de ces préparations arsenicales pour 10 c.c. d'eau distillée. Chez les nourrissons âgés de moins d'un an, elle commençait par injecter un demi-centimètre cube de solution, c'est-à-dire 0 gr. 0025 décimilligrammes de substance médicamenteuse; lorsque le petit malade avait bien supporté trois injections, la dose était portée d'abord à 0 gr. 005 milligr., puis — après trois nouvelles injections — à 0 gr. 01 centigr. Chez les enfants plus âgés, la dose initiale était de 0 gr. 005 milligrammes et on l'augmentait progressivement jusqu'à 0 gr. 015 milligr. Chacun des petits patients recevait quatre injections par semaine, la durée totale du traitement étant d'un mois. Tous les huit jours, on notait le poids du corps, et la médication arsenicale n'était instituée qu'après un mois d'observation préalable.

Les essais ont porté sur 23 enfants à nutrition défectueuse et dont le poids n'atteignait que de 46 à 75 % de la normale; chez 14 l'âge variait entre deux mois et demi et dix mois; 2 d'entre eux avaient moins de deux ans, et 7 étaient âgés de deux à trois ans.

Or, dans 13 cas sur 23, le traitement a eu pour effet de déterminer une augmentation considérable du poids. Tous les enfants ont d'ailleurs très bien supporté les injections, celles-ci n'ayant jamais donné lieu même à des troubles locaux.

Ajoutons que Mme Biehler a eu l'occasion d'employer les mêmes injections, dans sa clientèle privée, chez 112 malades (70 adultes et 42 enfants âgés de cinq à dix ans), sans avoir à noter non plus le moindre phénomène d'intolérance; sous l'influence de cette médication, elle a toujours vu l'appétit s'améliorer, en même temps que le poids du corps augmentait d'une manière plus ou moins rapide. (*Kronika lekarska*, 15 octobre et 1er novembre 1904.) — L. CH.

Contribution à la statistique du cancer, par M. M. Rejchman.

Sur 22,549 malades que l'auteur a été à même d'observer au cours de vingt ans (depuis 1884 jusqu'en 1903), 868 étaient atteints de cancer des organes internes, ce qui représente une proportion de 3.85 %. Sur ce nombre, on comptait 661 hommes (76.15 %) et 207 femmes (23.85 %). En ce qui concerne l'âge des malades, 9 seulement (1.04 %) étaient âgés de moins de trente ans; 59 — c'est-à-dire 6.8 % — avaient de trente à quarante ans, 189 ou 21.78 % de quarante à cinquante ans; enfin 611 (70.39 %) avaient dépassé cinquante ans. Le patient le plus âgé avait quatre-vingt-huit ans. Parmi les malades au-dessous de trente ans figurent 1 femme de vingt-huit ans, atteinte d'un cancer de l'intestin, 2 patients de vingt-sept ans (1 homme avec un cancer de l'estomac et 1 femme avec un cancer de l'intestin), 1 femme de vingt-six ans, portant un cancer du cæcum, 2 hommes de vingt-cinq ans (cancer du rectum et cancer de l'estomac), 1 homme de vingt-quatre ans, ayant un cancer du rectum, 2 jeunes filles âgées respectivement de dix-neuf et de douze ans, et atteintes, la première d'un cancer de l'estomac, et la seconde d'un cancer du rectum.

Quant à la fréquence relative du cancer des différents organes, il est intéressant de noter que le cancer de l'estomac tient, dans la statistique de M. Rejchman, la première place avec 514 cas (59 %), et que celui de l'œsophage vient en second lieu avec 233 cas (26 %).

L'auteur a pu se convaincre que le cancer des voies digestives tend de plus en plus à augmenter de fréquence; c'est ainsi qu'en groupant ses observations dans les deux décades 1884-1893 et 1894-1903, il a remarqué que la proportion des sujets atteints d'un cancer des organes digestifs, qui n'était que de 3.14 % du nombre global des malades pour la première de ces périodes, atteignit 4.35 % pendant la seconde. Le nombre de ces cancéreux avait, durant cette seconde décade, augmenté de 38.53 % par rapport à la première.

En terminant, M. Rejchman fait remarquer que si, d'une façon générale, le cancer du tube digestif est à peu près trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme, au-dessous de trente ans il y a, au contraire, égalité presque complète des deux sexes à cet égard. Il importe également de noter que, chez les sujets âgés de moins de trente ans, le processus morbide intéresse surtout le rectum. (*Gaz. lekarska*, 17 septembre 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

Un cas de fièvre typhoïde contractée dans un laboratoire, par M. K. Voskressensky.

L'observation relatée par l'auteur mérite d'être signalée non seulement en raison du mode particulier d'infection, mais aussi parce qu'elle constitue en quelque sorte une véritable expérience, encore qu'involontaire, permettant de juger des effets d'une culture pure de bacilles d'Eberth.

Il s'agit d'un médecin, âgé de vingt-huit ans, qui, en aspirant dans un tube capillaire une culture de vingt-quatre heures, en bouillon, de bacille typhoïdique, en vue de l'épreuve de Widal, en fit, par mégarde, pénétrer quelque peu dans sa bouche. Aussitôt après, il procéda à un lavage de la cavité buccale avec une solution faible de sublimé. Au bout de cinq jours, il n'en éprouva pas moins un malaise général avec sensation de pesanteur au front, apathie et anorexie. Il n'attacha d'abord aucune importance à ces phénomènes, mais bientôt il vit se déclarer de la fièvre, en même temps que s'établissait de la diarrhée, et, treize jours après l'accident, on constata la présence de taches rosées sur la paroi abdominale et une hypertrophie de la rate.

La fièvre typhoïde, contractée de cette façon insolite, se distingua par sa durée excessive : entre le jour où l'infection fut réalisée et le moment du retour définitif de la température à la normale, il s'écoula deux mois et demi. Au cours de la maladie, on releva en outre toute une série de complications, notamment deux hémorrhagies intestinales survenues à huit jours d'intervalle, et dont la première fut suivie de phénomènes d'irritation péritonéale, tandis que la seconde donna lieu à un collapsus très marqué; il y eut, de plus, de la névrite du nerf cubital et une *phlegmatia alba dolens* avec œdème du membre inférieur gauche, et, enfin, pendant toute la durée de l'affection, le patient présenta des frissons violents, qui parfois se renouvelaient deux ou trois fois par jour. Or, rien dans les antécédents du malade ne permet d'expliquer la gravité et la multiplicité de ces complications : il s'agissait d'un sujet jeune, de bonne constitution, ayant toujours joui d'une excellente santé, et qui, au cours de sa maladie, avait été entouré de tous les soins nécessaires. Il ne reste donc qu'à incriminer les propriétés particulièrement virulentes de l'agent pathogène : il se peut que le caractère grave de l'évolution de la dothiénentérie ait précisément tenu à ce que le bacille d'Eberth avait été introduit dans l'organisme pendant la période de sa plus grande activité et au milieu de circonstances éminemment favorables à sa pullulation (culture pure, et datant de vingt-quatre heures seulement). (*Prakt. Vratch*, 20 novembre 1904.) — L. CH.

La narcose par voie rectale, par M. A. Krougiline.

Cherchant à éviter les inconvénients inhérents à l'anesthésie obtenue au moyen d'inhalations, l'auteur s'est demandé si l'on ne pourrait pas utiliser à cet effet une autre voie, notamment le rectum. M. Krougiline rappelle que, dès 1847, Pirogov attira l'attention de l'Académie des sciences de Paris sur l'éthérisation rectale. On pourrait ajouter que celle-ci avait déjà été indiquée par J. Roux. Il serait, d'autre part, erroné de croire que le célèbre chirurgien russe n'eût pas trouvé d'imitateurs : en France, notamment, ce procédé d'anesthésie a été, en 1884, l'objet d'une tentative de réhabilitation de la part de Daniel Mollière. Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins que, de nos jours, l'éthérisation rectale est tombée en désuétude. Or, à en juger d'après les essais institués par M. Krougiline sur 43 malades hospitalisés dans le service chirurgical de M. Mouchinsky, à Kiev, cet oubli serait loin d'être justifié.

Pour la bonne réussite de la narcose par éthérisation rectale, il importe tout d'abord de nettoyer soigneusement l'intestin; à cet effet, on administre un purgatif, la veille de l'opération, et, le même soir, on fait prendre un lavement. Il importe, en outre, de projeter dans le rectum les vapeurs d'éther en quantité suffisante et sous une tension convenable, sans y laisser pénétrer l'anesthésique à l'état liquide. On y parvient à l'aide du dispositif que voici : l'éther est introduit dans un flacon gradué ayant, au moins, 6 centimètres de diamètre et muni de deux tubulures, dont l'une sert de moyen de sûreté, tandis que l'autre, recourbée, reçoit un tube en caoutchouc, terminé par un embout en verre, que l'on insinue obliquement dans le rectum. Le flacon est plongé dans de l'eau dont la température est portée à 45°.

Au début de la narcose, le patient éprouve du côté du rectum une sensation douloureuse, accompagnée parfois du besoin d'aller à la selle et qui disparaît au bout d'une à trois minutes. Dans la plupart des cas, l'éthérisation par voie rectale permettrait d'obtenir assez rapidement une anesthésie profonde, qui s'établirait sans incidents et serait exempte des dangers inhérents à la narcose suivant les méthodes usuelles. C'est ainsi que, malgré l'âge avancé de quelques-uns de ses malades et l'existence, chez eux, d'emphysème pulmonaire ou de bronchite, M. Krougiline n'a jamais eu à enregistrer, à la suite de l'éthérisation rectale, de complication du côté de l'appareil respiratoire. Habituellement, le patient a, le jour même de l'opération, une selle liquide ou semi-solide, mais non sanguinolente et ne s'accompagnant pas de douleurs ; les jours suivants, les évacuations alvines seraient tout à fait normales ; une fois seulement, l'auteur a observé une diarrhée (deux ou trois selles liquides quotidiennes) qui persista trois jours.

Dans un certain nombre de cas, on ne parvient pas à obtenir, à l'aide de l'éthérisation par le rectum, une anesthésie complète, mais en pareille occurrence il suffirait de quelques inhalations de chloroforme pour voir s'établir une narcose profonde, qu'il serait alors facile de maintenir soit en prolongeant l'éthérisation rectale, soit à l'aide d'un peu de chloroforme.

En se basant sur ces faits, l'auteur estime que le procédé en question mérite de prendre une large place dans la pratique chirurgicale, particulièrement lorsqu'il s'agit d'interventions dans les régions de la tête ou du cou, où l'éthérisation rectale présente des avantages considérables sur les méthodes usuelles. Quant aux contre-indications de la narcose par le rectum, elles seraient surtout constituées par l'existence de processus ulcéreux ou phlegmasiques dans l'intestin et par la péritonite. (*Voïenno-méd. journ.*, décembre 1904.) — L. CH.

De la réaction du sang dans le typhus exanthématique, par M. M. Kiréiev.

Dans le but de se rendre compte des modifications que subit la réaction du sang au cours du typhus exanthématique, M. Kiréiev a institué une série de recherches sur 25 sujets atteints de cette affection, en examinant le sang au moment de l'admission du patient à l'hôpital et à sa sortie, ainsi qu'à la période d'état de la maladie, enfin pendant la chute de la température et aussitôt après cette chute.

Ces recherches ont donné des résultats identiques dans les 25 cas : l'alcalinité du sang, normale au début de l'affection, augmente ensuite rapidement pour atteindre son maximum à la période d'acmé; puis, elle diminue tout aussi vite et retombe à la normale avant que la courbe thermométrique soit également redescendue à la normale.

D'autre part, l'auteur a été à même de se convaincre que le degré d'élévation de l'alcalinité du sang est en raison directe de la gravité du cas. Cette augmentation de l'alcalinité du milieu sanguin ne fait toutefois pas défaut même dans les formes légères de typhus exanthématique, de sorte que M. Kiréiev serait porté à attribuer à ce phénomène une certaine valeur au point de vue du diagnostic différentiel de l'affection dont il s'agit.

Ajoutons que, dans 2 cas avec issue fatale, la courbe de l'alcalinité, après avoir commencé à s'abaisser, resta ensuite au même niveau, encore assez élevé, au lieu de continuer à descendre, comme chez les malades qui finirent par guérir. L'étude de l'évolution de l'alcalinité du sang au cours du typhus exanthématique semble donc susceptible d'éclairer le pronostic. (*Méd. Obozr.*, LXII, 19.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

De l'élimination et de la rétention des chlorures, par M. V. Scheel.

Pour expliquer la rétention du chlorure de sodium alimentaire dans les hydropisies, on a

supposé que le sel se combinait aux tissus et s'accumulait ainsi dans l'organisme. Les recherches entreprises par M. Scheel semblent démontrer que le mécanisme de cette rétention est beaucoup plus simple.

Pour résoudre la question, l'auteur a fait l'analyse comparative, au point de vue de leur teneur en chlorure de sodium, des principaux organes de sujets ayant succombé soit à une cause accidentelle (traumatisme), soit aux diverses maladies amenant des troubles circulatoires ou des œdèmes (pneumonie, cardiopathies, néphrites). Pour ces analyses, il commençait par réduire les organes en fragments, afin d'en exprimer tout le sang et la lymphe, puis il les desséchait et les lavait, dans le but d'en extraire les chlorures. Ce procédé est certainement imparfait, car le sang et la lymphe ne peuvent être entièrement éliminés, et d'autre part il est fort possible qu'une partie du sel diffuse après la mort dans les tissus voisins. Les chiffres ainsi obtenus ont cependant une valeur relative permettant de les comparer entre eux.

Ces recherches ont prouvé à M. Scheel qu'il n'y a pas d' « historétention », c'est-à-dire de combinaison des chlorures avec les tissus, dans le cas d'hydropisie, car la proportion de sel est à peu près la même dans les organes sains et dans les organes infiltrés. Par contre, la quantité totale des chlorures est plus élevée dans ces derniers, parce que l'infiltration œdémateuse en augmente le poids.

Par voie expérimentale, on obtient des résultats analogues. En créant chez le lapin des néphrites parenchymateuses (par injection d'acide chromique) ou des troubles circulatoires graves, et en injectant ensuite des solutions de chlorure de sodium à 10 ou 20 %, on ne peut pas obtenir davantage de combinaison des chlorures avec les tissus, car ceux-ci offrent des proportions de chlorures à peu de chose près semblables à celles d'un animal sain.

Le chlorure de sodium retenu par les hydropiques ne se trouvant pas combiné avec les tissus, on pourrait supposer qu'il est combiné avec le sang. Mais, ici, les analyses sont contradictoires ou ne laissent reconnaître que des différences peu marquées. Pour sa part, l'auteur n'a pas noté de différence dans la teneur du sérum en chlorures, soit avant soit après que ce sérum a été débarrassé de son albumine. On a prétendu, d'autre part, que le sang saturé d'acide carbonique se chargeait de chlorures : expérimentalement le fait est vrai, mais dans la pratique les conditions d'une pareille expérience ne se rencontrent jamais ni chez les cardiaques ni chez les brightiques. Si l'on se borne à produire chez l'animal une asphyxie naturelle, on constate que le sang, au point de vue du chlorure de sodium, a une composition à peu près identique à la normale.

Par exclusion, le sel ne peut donc se trouver que dans le liquide des œdèmes. Sa présence y est due à l'imperméabilité du rein altéré par la néphrite, car la rétention s'observe dans le rein cardiaque, où cependant il n'y a pas de lésions de néphrite, et inversement elle peut manquer dans la néphrite parenchymateuse. C'est donc la rétention de l'eau qui amène à sa suite celle du chlorure de sodium : en filtrant à travers les parois vasculaires, les liquides hydropiques gardent ou attirent à eux tout le sel disponible afin de rester en équilibre osmotique avec le sang; plus cette transsudation est notable, et plus intense sera la rétention de sel. Il est tout naturel, d'autre part, que cet appel s'adresse aux chlorures qui, de tous les sels de l'organisme, sont les plus abondants et les plus aisément mobilisables.

Les observations thérapeutiques faites sur le régime des hydropiques ne contredisent pas ces conclusions. En diminuant la ration de sel chez ces malades, on déchlorure leurs tissus dans une certaine mesure et le sang peut reprendre aux épanchements une partie de leur sel, en même temps que de leur eau; mais il faut pour cela que la diurèse fonctionne convenablement, sinon le plus qu'on puisse obtenir est le maintien du *statu quo*. (*Hospitalstidende*, 12 et 19 octobre 1904.) — R. DE B.

Du traitement du sarcome par les rayons de Röntgen, par M. T. SJÖGREN.

L'action encore discutée des rayons de Röntgen sur le cancer en général, et sur le sarcome en particulier, nous engage à résumer le travail de M. Sjögren, basé sur 3 cas de sarcome traités avec succès par la radiothérapie. L'un de ces faits, notamment, bien qu'on ne puisse peut-être parler de cure radicale, est très encourageant et vaut d'être relaté.

Un homme de trente-deux ans présentait depuis cinq mois une tumeur à la face interne du bras gauche, tumeur dont une biopsie permit de reconnaître la nature sarcomateuse. Après quelques hésitations, le malade s'étant décidé à se laisser opérer, la tumeur fut enlevée : elle avait alors le volume du poing et englobait le nerf cubital qui dut être réséqué. L'examen microscopique de la pièce démontra une seconde fois qu'il s'agissait d'un sarcome, de variété globocellulaire. Quatre mois plus tard, le patient avait déjà une récidive dans les ganglions axillaires : on lui enleva ceux-ci. Au bout de deux mois, il revenait avec une nouvelle récidive : dans l'aisselle existait une tumeur grosse comme une orange, au niveau de la cicatrice de la première opération se trouvait un nodule plus petit, enfin toute la face postérieure du bras était le siège d'une infiltration diffuse. On proposa au patient de lui faire la désarticulation scapulo-humérale, qu'il refusa. A titre de palliatif, on l'engagea alors à se faire traiter par les rayons de Röntgen.

Les applications radiothérapiques portèrent alternativement sur les différents foyers de récidive. Or, après cinquante jours de traitement, l'infiltration du bras avait disparu; la tumeur axillaire s'était réduite à un simple noyau dur et d'aspect cicatriciel; le bras, qu'immobilisait auparavant la volumineuse tumeur axillaire, avait repris une mobilité assez étendue, limitée seulement par la rétraction cicatricielle de la peau, résultant des opérations antérieures. La cure dut être arrêtée en raison de l'inflammation cutanée produite par les radiations.

Ce fait paraît donc bien démontrer que, même dans les cas de récidives, quand celles-ci sont accessibles aux rayons de Röntgen, la radiothérapie peut donner de bons résultats. L'auteur pense, toutefois, que le traitement chirurgical, lorsqu'il est possible, demeure la méthode de choix. Il est à noter aussi que, d'après les premiers expérimentateurs, c'est le sarcome globocellulaire qui serait le plus favorablement influencé par la radiothérapie; cependant, sur les 3 cas de M. Sjögren, 2 concernaient des sarcomes fusocellulaires et 1 seul un sarcome globocellulaire. (*Hygiea*, octobre 1904.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'héliothérapie de la tuberculose du larynx.

L'hiver dernier, M. le docteur J. Sorgo, médecin en chef du sanatorium d'Alland près Vienne, fit connaître que, dans un cas de tuberculose laryngée, il avait obtenu une amélioration notable de l'état local par l'insolation de la cavité laryngienne; l'inclémence de la saison ne lui avait toutefois pas permis de continuer le traitement jusqu'à guérison complète. Depuis lors, ces recherches ont été reprises dans de meilleures conditions par M. le docteur L. Kunwald, assistant de M. Sorgo. Voici quelle a été la technique adoptée :

Le malade est installé le dos au soleil, ayant en face de lui, à hauteur de la bouche, un miroir auquel on donne une inclinaison telle que les rayons solaires pénètrent dans la bouche et éclairent le voile du palais et l'isthme du gosier. Abaissant alors sa langue de la main gauche, le malade, de l'autre main, s'introduit un miroir laryngoscopique qu'il place de façon à apercevoir dans l'autre miroir une image nette de sa propre glotte : la région endolaryngée se trouve ainsi éclairée en plein par la lumière solaire.

Les meilleurs moments de la journée pour pratiquer l'insolation du larynx sont le matin et le soir; l'autoscopie est, en effet, d'autant plus facile que le soleil se trouve plus près de l'horizon. En outre, on évite, à ces heures-là, l'action des radiations calorifiques, lesquelles paraissent exercer sur l'évolution des lésions une influence franchement défavorable. C'est sans doute pour cette même raison que l'héliothérapie semble plus efficace au printemps et à l'automne qu'au cœur de l'été.

La durée des séances est assez variable. En général, une heure constitue un maximum qu'il ne faut atteindre que chez des malades bien entraînés. Au début du traitement, une séance de cinq minutes est souvent le plus que l'on puisse demander.

Sur les 14 cas qui ont été soumis au traitement dont il s'agit, 13 ont donné des résultats très favorables. Ceux-ci ont été d'autant meilleurs que les lésions étaient moins vasculaires : l'infiltration diffuse des cordes vocales avec rougeur intense a toujours été beaucoup plus longue à rétrocéder que les autres formes d'infiltration. La durée totale du traitement présente d'ailleurs des variations individuelles qui ne permettent pas de lui assigner une limite déterminée. Ajoutons que le cas où la méthode est demeurée inefficace était relatif à un œdème douloureux et étendu de la région aryténoïdienne.

Le lactate mercurique sous forme de pastilles comme traitement à la fois local et général des syphilides bucco-linguales.

Chez les sujets atteints de plaques muqueuses bucco-linguales, M. le docteur A. Bouveyron, ancien chef de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Lyon, prescrit, dans le but de faire à la fois le traitement général de la syphilis et le traitement local des accidents en question, des pastilles de lactate mercurique dosées à 0 gr. 005 milligr. de substance active, que le patient laisse fondre une à une dans sa bouche après les repas; il en suce ainsi 6 environ par jour.

Bien que ces pastilles n'aient à peu près aucune saveur métallique, elles exerceraient sur les syphilides bucco-linguales une action manifeste : les plaques muqueuses enflammées cesseraient tout d'abord d'être douloureuses et ne tarderaient généralement guère à disparaître. Quant aux syphilides gutturales, elles seraient moins favorablement influencées; la dysphagie, toutefois, serait souvent améliorée.

Non seulement ce mode de traitement n'exposerait pas spécialement à la stomatite mercurielle, mais encore il aurait pour effet, d'après notre confrère, de la prévenir ou de l'améliorer, en raison de l'action antiseptique exercée sur les microbes de la bouche. Son seul inconvénient serait de noircir un peu le dos de la langue.

L'emploi préventif du seigle ergoté dans l'atonie utérine.

Il est classique, à l'heure actuelle, de considérer comme une faute grave l'administration de seigle ergoté avant la délivrance. On se rappelle cependant que tout dernièrement M. F. Burger, se basant sur une pratique de onze années, préconisait l'emploi du seigle ergoté à titre prophylactique et à doses élevées (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 296).

De son côté, M. le docteur F. Prüsmann, assistant de M. le docteur R. Olshausen, professeur de clinique gynécologique et obstétricale à la Faculté de médecine de Berlin, a pu constater que, dans le cas d'atonie utérine, l'administration préventive de seigle ergoté dix ou quinze minutes avant l'expulsion du fœtus, loin d'être nuisible, exerce sur la marche de l'accouchement une influence des plus favorables. Dans ce but, il conviendrait de pratiquer de 2 à 4 injections d'une solution aqueuse d'ergotine à 15 % dans la région fessière. On fait les injections au moment où la tête se présente à la vulve, s'il

s'agit d'un accouchement spontané; avant l'application du forceps, quand on a recours à cet instrument; lors du passage du tronc, dans les extractions par le pied; lorsqu'enfin l'atonie est absolue, on peut injecter l'ergotine aussitôt que la tête a atteint le détroit inférieur, à condition de surveiller attentivement les battements du cœur du fœtus afin de pouvoir, le cas échéant, terminer l'accouchement par le forceps.

C'est à l'application de ces principes que notre confrère attribue le fait de n'avoir observé de pertes de sang abondantes que 3 fois sur 293 applications de forceps, bien qu'il existât de l'atonie utérine dans 79 de ces cas. De même, il ne s'est produit d'hémorrhagie importante qu'une seule fois sur 102 accouchements gémellaires et 1 trigémellaire. L'atonie a fait entièrement défaut dans 10 cas d'hydramnios, 3 d'*uterus arcuatus*, 1 d'utérus bicorne et 2 de corps fibreux.

La levure de bière comme adjuvant de la thérapeutique locale dans la conjonctivite phlycténulaire.

Tenant compte que, dans la conjonctivite phlycténulaire, les lésions sont le plus souvent d'origine staphylococcique et que, d'autre part, la levure de bière s'est montrée surtout efficace dans les affections dues à ce microbe, M. le docteur E. Ginestous (de Bordeaux) emploie, contre cette forme de conjonctivite, la levure de bière sèche à la dose de 4 grammes *pro die* (pour un adulte), administrée par voie stomacale en deux cachets pris au commencement de chacun des principaux repas. Cette quantité doit être diminuée de moitié chez l'enfant, à qui l'on peut faire prendre la levure délayée dans un peu de lait.

Bien qu'il n'ait jamais supprimé la thérapeutique locale employée ordinairement contre la conjonctivite phlycténulaire, notre confrère croit néanmoins devoir attribuer à l'usage de la levure de bière une action des plus bienfaisantes. Dans les 25 cas soumis par lui à ce mode de traitement, M. Ginestous a toujours constaté, en effet, aussitôt l'administration de la levure, une amélioration très notable; souvent même l'affection, rebelle à la médication locale, n'a évolué vers la guérison qu'à partir du moment où l'on a eu recours à la levure. Aussi notre confrère conclut-il que celle-ci constitue un adjuvant éminemment efficace de la thérapeutique locale.

Accidents toxiques consécutifs à l'emploi prolongé de la phénacétine.

Il y a dix-huit mois environ, M. le docteur Max Hirschfeld (de Berlin) a eu l'occasion d'examiner une jeune femme qui, depuis deux mois, présentait sur les deux jambes de nombreuses pétéchies punctiformes et linéaires; ces pétéchies avaient même conflué en plusieurs endroits, notamment au niveau du tibia et des malléoles, donnant ainsi naissance à des extravasations cutanées de la dimension de pièces de 1 et de 2 francs. Les placards en question, fort douloureux spontanément et au toucher, ne tardèrent pas à se transformer en ulcérations larges comme des pièces de 5 francs, profondes de 2 ou 3 millimètres et couvertes d'un enduit purulent. Le diagnostic étiologique demeura longtemps en suspens, et pendant un an l'affection continua à progresser, lorsque notre confrère apprit que la malade faisait un fréquent usage de la phénacétine pour des maux de tête et des migraines. Dans l'idée que ce médicament pouvait bien ne pas être étranger aux accidents chroniques dont cette femme souffrait alors depuis quinze mois, M. Hirschfeld fit suspendre l'emploi de la phénacétine; dès ce moment, les pétéchies se mirent à pâlir, les ulcères à s'épidermiser, et au bout de quatre semaines il ne subsistait plus que quelques cicatrices pigmentées.

La contre-épreuve fut peu après fournie par la malade elle-même : celle-ci ayant, à l'insu de notre confrère, absorbé 1 gr. 50 centigr. de phénacétine, vit reparaître, dans le délai d'une semaine, de nouvelles hémorrhagies et un nouvel ulcère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 janvier 1905.

De la fréquence de l'ankylostome et de quelques autres vers intestinaux dans une région du bassin houiller du Pas-de-Calais.

M. Bréhon lit, sur ce sujet, un travail que nous résumons ainsi :

L'orateur a examiné au microscope les déjections de 1,196 ouvriers occupés dans les diverses fosses de la compagnie de Béthune : le *Tricocephalus dispar* a été trouvé 603 fois, soit dans 50 % des cas environ, souvent associé à d'autres helminthes (lombrics, oxyures, tænias, etc., etc.). Deux fois seulement on a rencontré des œufs d'ankylostomes dans les déjections d'ouvriers occupés à une même fosse.

En interrogeant ces deux ouvriers, on put se rendre compte que l'ankylostomiase n'avait pas été contractée dans le pays; ces hommes avaient travaillé à Ghlin, près de Mons, l'un pendant trois ans, l'autre pendant un an, et c'est là qu'ils avaient pris la maladie du ver.

Aucun des ouvriers, au nombre de plus de 500, travaillant dans la même fosse que ces deux mineurs n'a été contaminé.

Un autre fait démontre que le bassin houiller du Nord et du Pas-de-Calais n'est pas infesté, c'est le mouvement des ouvriers : ceux-ci, en effet, sont remplacés presque par moitié en un an. Les nouveaux venus sortant des compagnies voisines, il est évident que s'ils étaient porteurs d'ankylostomes, le nombre des cas rencontrés aurait été plus élevé.

Du reste, les conditions nécessaires à l'éclosion des œufs et au développement des larves, c'est-à-dire l'humidité et une chaleur de 25° à 35°, ne sont pas réalisées dans cette partie du bassin houiller du Pas-de-Calais.

Y eût-il d'ailleurs la chaleur et l'humidité nécessaires à l'évolution des œufs que la contagion n'aurait pas lieu, les ouvriers n'ayant pas l'habitude, comme cela se fait dans quelques charbonnages étrangers, de satisfaire leurs besoins dans les chantiers d'extraction ou dans les galeries.

Enfin, l'examen microscopique des déjections des femmes et des enfants des deux ouvriers atteints d'ankylostomiase n'a fait découvrir aucun œuf d'ankylostome.

Il paraît donc établi par ces recherches que l'ouvrier mineur indigène, celui qui n'a jamais quitté le pays, n'est pas porteur d'ankylostomes; sont atteints du parasite ceux-là seuls qui ont été infestés dans des puits étrangers. Par conséquent, pour éviter à peu près sûrement l'introduction de la maladie, il est nécessaire d'examiner au microscope les selles de tous les individus ayant travaillé à l'étranger, avant de les admettre dans les bassins houillers du nord de la France.

Une nouvelle opération sur les muscles oculaires.

M. Chauvel lit, à l'occasion d'une communication récemment faite sur ce sujet par M. Landolt (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 413), un rapport duquel il résulte que l'opération appliquée par cet auteur aux muscles oculaires est celle — légèrement modifiée — qu'emploient depuis longtemps déjà les chirurgiens orthopédistes pour obtenir l'allongement des muscles notablement et irrémédiablement raccourcis.

Le but, dans les deux cas, est le même : 1° éviter l'affaiblissement d'action résultant de la simple division transversale d'un muscle ou d'un tendon, par le léger écartement des deux chefs et l'interposition entre eux d'une bande de tissu fibreux cicatriciel ; 2° se mettre à l'abri de la soudure isolée des bouts musculaires ou tendineux qui interromprait la continuité du corps charnu et s'opposerait à son action physiologique.

Dans la pratique ordinaire, les sections portent sur les tendons eux-mêmes ou sur les bandes fibreuses, et non sur les masses charnues, dont la fixation est moins facile. M. Landolt, au contraire, applique le ténotome sur les muscles eux-mêmes.

Les cas où doit être pratiqué l'allongement musculaire sont, d'après M. Landolt, ceux de strabisme invétéré, convergent, concomitant ou paralytique, dans lesquels la contracture, très marquée, d'un droit interne s'accompagne de changement de structure et de perte d'élasticité de ce muscle.

L'*allongement* du muscle contracturé et sclérosé est en somme destiné à remplacer le *reculement* que pratiquent encore aujourd'hui nombre d'ophtalmologistes; cette méthode présente certainement quelques avantages, mais il ne faut pas se dissimuler que son exécution est plus délicate que celle de la ténotomie ordinaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 janvier 1905.

Luxation récidivante de l'épaule.

M. Picqué. — M. Mauclaire nous a communiqué 3 observations de luxation récidivante de l'épaule, au sujet desquelles vous m'avez chargé de vous présenter un rapport. Je leur joindrai un cas personnel et un autre appartenant à M. Lardennois (de Reims), car les 5 malades ont été opérés de la même façon, par le procédé de M. Ricard.

Il s'agissait dans tous ces faits de luxations intracapsulaires : dans aucun on n'a constaté de déchirure de la capsule. MM. Mauclaire et Lardennois ont recherché, sans la trouver, l'encoche qui a été signalée, en pareil cas, par un certain nombre d'auteurs au niveau de la grosse tubérosité de l'humérus; dans mon observation, cette encoche n'a pas été recherchée. Chez aucun des 5 malades, le décollement du périoste, décrit par MM. Broca et Hartmann, n'a non plus été constaté; en revanche, il existait une boursouflure antérieure de la capsule, dans laquelle la tête de l'humérus se logeait.

Quant au traitement, le procédé de M. Ricard consiste, ainsi que vous le savez, dans une capsulorrhaphie antérieure verticale; j'ai en plus, chez mon malade, pratiqué un capitonnage musculaire renforçant la suture capsulaire. Le résultat a été excellent dans les 5 cas.

M. Berger. — N'ayant pu, dans un fait où je suis intervenu pour une luxation récidivante de l'épaule, employer le procédé de M. Ricard, j'ai cherché à suturer la capsule, pour la rétrécir, à la voûte acromio-claviculaire. Le résultat a été très satisfaisant.

Angiome calcifié du triceps fémoral.

M. Kirmisson. — J'ai eu l'occasion de soigner une jeune fille qui m'avait été adressée pour un empâtement douloureux développé dans l'épaisseur du triceps fémoral, à deux travers de doigt au-dessus de la rotule du côté gauche; je me demandai s'il ne s'agissait pas d'un corps étranger et je fis faire une radiographie, qui ne montra rien. Après quelques jours de repos, la malade quitta l'hôpital. Un an plus tard, elle revint me trouver, présentant les mêmes symptômes. Une nouvelle radiographie laissa voir cette fois quelques points sombres, qui me firent de nouveau penser à un corps étranger. A l'intervention, j'ai trouvé un angiome intra-musculaire renfermant des angiolithes : ceux-ci correspondaient aux points sombres relevés sur la radiographie.

Suture de la branche postérieure du nerf radial.

M. Rieffel. — Dans une de nos dernières séances, M. Lejars nous a fait un rapport sur une observation de M. Bonnet, relative à un cas de suture de la branche postérieure du nerf radial : notre confrère a abordé cette branche par la voie postérieure (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 8). Pour ma part, je crois que cette manière de faire n'est indiquée que si le court supinateur est intact; lorsque, au contraire, ce muscle est touché et prend part à la paralysie, il me paraît préférable d'employer la voie antérieure, comme l'ont fait, notamment, M. Reynier et M. Morestin.

Traitement des anévrysmes poplités.

M. Arrou. — Je puis ajouter un nouveau fait de guérison d'anévrysme poplité par l'extirpa-

tion à celui que je vous ai tout dernièrement communiqué (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 398). Dans ce cas encore, il s'agissait d'une poche anévrysmale bas située; le fil supérieur a été placé dans l'espace intercondylien, à peu près au niveau de l'union du tiers supérieur et du tiers moyen des condyles; quant au fil inférieur, j'ai dû le serrer à 4 centimètres audessous de l'origine de la tibiale antérieure. La guérison a été obtenue sans incident.

M. Broca présente des radiographies relatives à la réduction des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 janvier 1905.

Syndrome de Weber dû à une lésion du lobe temporal.

M. Ménétrier présente des pièces anatomiques provenant d'une femme qui a succombé à une récidive de cancer du sein, compliquée, quelques jours avant la mort, d'une hémiplégie complète du côté droit avec paralysie également complète du nerf moteur oculaire commun du côté gauche.

A l'autopsie de cette malade, on trouva, au lieu de la lésion pédonculaire, classique dans les cas de syndrome de Weber, une tumeur du lobe temporal gauche.

La face supérieure de cette tumeur présente un prolongement unciforme qui écrasait le nerf moteur oculaire commun à son entrée dans la paroi du sinus caverneux, tandis que sa face inférieure, intra-hémisphérique, comprimait la capsule interne sur une large étendue : ainsi se trouvait expliquée l'existence d'une paralysie alterne du type Weber.

Histologiquement, il s'agit d'un épithélioma atypique, identique à la récidive *in situ* de l'affection cancéreuse du sein.

Extirpation de pustules malignes.

M. Weill-Hallé communique, au nom de M. Courtellemont et au sien, l'observation de 2 malades atteints de pustule maligne, qui ont été traités, tous deux, par l'exérèse de la lésion : l'incision a été pratiquée à 2 centimètres environ de la couronne de vésicules; elle a été suivie d'une cautérisation au thermocautère et, dans un cas, de l'injection d'une solution iodée à 2 % dans la peau et les ganglions voisins. Trois semaines après cette intervention, la cicatrisation était complète.

Lésions histologiques des tumeurs fibromateuses ou neuro-fibromateuses dans un cas de maladie de Recklinghausen.

M. Laignel-Lavastine montre, au nom de M. Bourcy et au sien, des coupes histologiques provenant, après décès, d'une femme atteinte de maladie de Recklinghausen.

La tumeur primitive, implantée sur le sein droit, pesait 800 grammes : elle était constituée par du tissu fibreux et des fibres nerveuses, celles-ci entourées de gaines conjonctives superposées; il s'agissait donc d'un névrome plexiforme.

Dans les fibromes cutanés autres que la tumeur primitive, de même que dans deux masses fibreuses qui comprimaient le plexus brachial droit, aucune fibre nerveuse n'a pu être mise en évidence.

Par contre, les cinquième et sixième racines cervicales droites, dont le territoire cutané était hypoesthésié, contenaient des neurofibromes. Sur les coupes on voit ces tumeurs se continuer, d'une part avec des travées interfasciculaires épaissies, et, d'autre part, toucher presque à la périphérie du tronc nerveux. Ces neurofibromes sont formés de petites cellules à protoplasma allongé, à petit noyau rond, qui s'infiltrent entre les tubes nerveux qu'elles écartent et compriment sans les détruire.

Il existait enfin à la surface externe de l'estomac de petits neurofibromes formés aux dépens du plexus d'Auerbach, et contenant des fibres nerveuses enserrées dans une gangue fibreuse. Il n'a pas été possible de découvrir de tumeurs semblables dans les autres viscères.

Rapports du paludisme avec les lymphomes multiples du foie.

M. Fernet fait remarquer, à propos d'une récente communication de M. Lesné (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 404), qu'il a observé personnellement 5 cas de lymphadénomes multiples ou de lymphosarcomes du foie chez d'anciens paludéens, et qu'il a pu recueillir 3 cas semblables dans la littérature médicale.

Se basant sur l'ensemble de ces faits, l'orateur émet l'hypothèse que certaines tumeurs appartenant au groupe des lymphomes reconnaissent pour cause une infection paludéenne ancienne. D'après cette manière de voir, le lymphome constituerait une affection générique comprenant plusieurs espèces, et le lymphome d'origine paludique serait une de ces espèces.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 janvier 1905.

Sur une forme clinique de syphilis du névraxe, intermédiaire aux myélites syphilitiques, au tabes et à la paralysie générale.

MM. Guillain et **Thaon**. — Il existe un certain nombre de malades qui ne sont franchement atteints ni de tabes, ni de paralysie générale, ni de myélite syphilitique, et chez lesquels on constate de l'ataxie et de la parésie des membres inférieurs et supérieurs, avec exagération des réflexes tendineux, réaction du gros orteil en extension, signe de Romberg, troubles oculaires variés (inégalité pupillaire, myosis, signe d'Argyll-Robertson, etc.).

Tous ces phénomènes, qui ne s'accompagnent en général que de légères modifications du côté de la sensibilité, mais qui coexistent toujours avec un état marqué d'asthénie psychique, sont favorablement influencés par le traitement mercuriel; aussi croyons-nous qu'ils sont sous la dépendance d'une forme particulière de syphilis du névraxe, dont il nous a été donné, du reste, de constater la réalité à l'autopsie d'un de nos malades.

Le polymorphisme des symptômes s'expliquait dans ce cas par la diffusion des lésions : légère inflammation de la pie-mère cérébrale, sans symphyse méningo-corticale, méningite basilaire, artérite du tronc basilaire, foyers de désintégration lacunaire, méningite médullaire postérieure analogue à celle des tabétiques, etc.

Cette variété clinique de syphilis du névraxe est un argument nouveau en faveur des relations de causalité qui existent entre l'infection syphilitique et les lésions du tabes et de la paralysie générale.

La rétraction du caillot et les hématoblastes dans les anémies.

M. Aubertin. — Dans l'anémie pernicieuse essentielle ou cryptogénétique, tantôt le caillot se rétracte bien, et les hématoblastes sont en nombre normal, tantôt le caillot ne se rétracte pas et les hématoblastes sont très diminués de nombre. Cette différence est due à la présence ou à l'absence de la réaction myéloïde, représentant la défense de l'organisme contre l'anémie : dans l'anémie pernicieuse classique, à réaction myéloïde, le caillot se rétracte bien et les hématoblastes sont nombreux; au contraire, dans l'anémie à forme aplastique, à moelle jaune, sans phénomènes de réparation, le caillot ne se rétracte pas et les hématoblastes sont très diminués de nombre.

Dans les anémies symptomatiques, la règle est la même; et comme ces anémies s'accompagnent pour ainsi dire toujours de réaction myéloïde, le caillot et les hématoblastes s'y comportent comme normalement.

Dans la leucémie myélogène, où la réaction myéloïde du sang atteint son maximum, le caillot se rétracte bien.

La rétractilité du caillot et l'abondance des hématoblastes ont donc un rapport intime avec la rénovation sanguine soit normale (état physiologique), soit exagérée (anémies, leucémies), ce qui s'explique facilement si l'on admet que les hématoblastes proviennent de la caryolyse du noyau des globules rouges. Leur absence, jointe à l'irrétractilité du caillot, doit être considérée, conformément à l'opinion de M. Hayem, comme un signe d'impuissance de la rénovation sanguine.

Lésions des reins provoquées par l'injection intrapéritonéale ou sous-cutanée de bacilles de Koch.

MM. Bernard et **Salomon**. — S'il est relativement rare, à la suite de l'inoculation intrapéritonéale ou sous-cutanée d'une culture de bacilles de Koch, d'observer au niveau des reins des tubercules macroscopiques, on constate au microscope des altérations de type différent : 1° des formations nodulaires composées de lymphocytes, de polynucléaires et de cellules épithélioïdes contenant des bacilles de Koch, prédominant dans la substance corticale, à localisation difficile à préciser et qui écartent les tubes voisins sans que ceux-ci subissent de réaction; 2° des amas lymphocytaires constitués par deux ou trois assises de cellules disposées en collerettes autour des tubes urinifères de la substance corticale, renfermant également de nombreux bacilles de Koch; 3° enfin des formations de sclérose embryonnaire localisées en foyers longitudinaux ou disséminées, et çà et là des productions scléreuses adultes et organisées. Il faut signaler, en outre, l'existence de zones de dilatation tubulaire.

Comme mode d'invasion du rein par le bacille, dans ces cas, on doit incriminer les voies lymphatiques, ce qui explique la réaction prédominante du tissu interstitiel coïncidant avec l'intégrité des parois vasculaires, la localisation péricanaliculaire des nodules embryonnaires chargés de bacilles, enfin la dissémination des lésions aux deux substances corticale et médullaire.

ETRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 9 janvier 1905.

Cancer gastrique de forme insolite.

M. Davidsohn présente un cancer de l'estomac, de forme tout à fait insolite : il est constitué par une poche ayant les dimensions d'une tête d'enfant, qui s'insérait sur la grande courbure et s'insinuait dans le grand épiploon, mais communiquait par un orifice avec la cavité stomacale. La paroi, sur les coupes histologiques, se compose d'une couche épiploïque, d'une couche cancéreuse, enfin d'un coagulum sanguin; le tout avait macroscopiquement l'aspect d'un placenta. Dans le foie existaient des métastases ayant absolument la même constitution.

Un cas pareil n'aurait jamais été observé jusqu'ici.

Les échanges organiques chez les cancéreux.

M. P. Mayer déclare que les faits relatés précédemment par M. Lewin (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 9) ne prouvent pas, comme l'a soutenu cet auteur, que les substances urinaires appartenant à la série aromatique puissent prendre naissance par simple destruction des albuminoïdes, en dehors de toute intervention bactérienne. En réalité, il est plus logique d'admettre que la cause même qui rend possible la désassimilation azotée est également susceptible de favoriser les pullulations microbiennes. A cet égard, il est intéressant de noter que, sur les 5 cas de cancer avec bilan azoté négatif et augmentation du taux des substances aromatiques de l'urine, cités par M. Lewin, 3 concernent des cancers de l'estomac.

M. Blumenthal soutient au contraire l'opinion de M. Lewin. Il rappelle des expériences faites sur le lapin, d'où il résulte que chez ces animaux, en cas d'alimentation insuffisante, on voit apparaître un excès de substances aromatiques, qui disparaît dès le retour à un régime normal; de même, l'administration de phloridzine détermine habituellement de l'indicanurie, mais celle-ci fait défaut si l'animal est suralimenté.

Il est bien difficile de rendre compte de ces faits par de simples variations dans la flore intestinale.

M. Jastrowitz dit avoir, comme M. Lewin, constaté de la déminéralisation, et notamment de la déminéralisation calcaire, chez des cancéreux, mais il s'agissait de cancers des os.

M. Brat rappelle que l'intoxication chronique par l'acide sulfurique est, elle aussi, une cause puissante de déminéralisation calcaire.

Sur la percussion du cœur.

M. de la Camp fait observer, à propos de la récente communication de M. Goldscheider sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 21), qu'il est des circonstances où l'on est obligé de faire la percussion le malade ayant la partie supérieure du corps verticale : c'est le cas notamment dans certaines affections dyspnéiques. D'autre part, l'orateur ne pense pas que l'on obtienne des résultats sensiblement différents suivant la phase respiratoire, et que par suite il y ait lieu de procéder à la percussion et pendant l'inspiration et pendant l'expiration.

M. A. Fränkel a depuis des années recours à la percussion légère, mais il la pratique directement avec un petit marteau, car l'interposition du doigt, selon le procédé usuel, n'est pas indifférente au point de vue du son obtenu. Quant à la différence entre la matité absolue et la matité relative, elle est négligeable en pratique.

M. B. Lewy déclare que peu importe la position que l'on donne au malade, pour percuter le cœur, et la phase de la respiration que l'on choisit, pourvu que l'examen soit toujours pratiqué de la même façon, afin d'obtenir des résultats comparables. Cependant, pour la position à donner au patient, l'orateur préfère que le thorax soit vertical (sujet debout ou assis), parce qu'ainsi le cœur « se fatigue » légèrement, ce qui permet d'apprécier mieux le pouvoir de résistance de cet organe.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 14 janvier 1905.

Signification clinique de la sécrétion lactée pendant la gravidité.

Dans la séance d'hier de la Société des médecins de Vienne, **M. L. Mandl** a relaté l'observation d'une femme qui eut du lait après la mort intra-utérine d'un fœtus à terme, quoique l'accouchement n'ait eu lieu que plus tard. Une observation analogue a été publiée par M. Gessner en 1896; d'autre part, l'orateur a pu vérifier expérimentalement le fait avec M. Kreidl : la mort intra-utérine du fœtus donne lieu à une sécrétion des glandes mammaires. Enfin, dans 3 cas de grossesse extra-utérine rompue, la sécrétion lactée apparut, quoique le fœtus fût déjà mort.

Ainsi, il est cliniquement et expérimentalement prouvé que la mort du fœtus intra ou extra-utérin provoque la sécrétion des glandes mammaires, ce qui pourrait avoir une influence sur le traitement de la grossesse extra-utérine.

M. J. Halban déclare que, d'après ses observations, la mort du fœtus peut avoir pour conséquence ou bien de faire apparaître la sécrétion lactée, ou bien d'entraîner une congestion des seins, qui disparaît bientôt, pour reparaître après l'expulsion du fœtus; parfois, cependant, les seins ne présentent aucune réaction. Les observations de M. Mandl permettent de conclure que le début de la sécrétion lactée est en rapport avec la cessation de la fonction du placenta.

Colique muqueuse.

Dans la séance du 12 janvier de la Société de médecine interne de Vienne, **M. W. Schlesinger** a relaté les observations de 2 malades qui éliminent par le rectum de grandes quantités de mucus, avec ou sans selles. A l'examen microscopique, on trouve dans les masses muqueuses beaucoup de cellules rondes et de noyaux, ce qui prouve qu'il s'agit d'un processus inflammatoire.

Parfois le mucus est rejeté à la fin d'un accès de colique intestinale; il contient alors peu d'éléments cellulaires parmi lesquels prédominent les cellules épithéliales.

Il s'agit dans ces 2 cas d'une forme mixte, constituée par la combinaison de la colique muqueuse avec l'entérite membraneuse.

M. Zweig n'admet pas l'existence de ces formes mixtes. Il a observé qu'à la suite d'irrigations intestinales au tannin ou au nitrate d'argent, les masses muqueuses amorphes prennent la forme de membranes.

M. A. Schiff conteste aussi qu'il y ait des formes mixtes. L'élimination des masses muqueuses est la conséquence de la constipation, et non pas une maladie *sui generis*.

M. R. Schmidt croit, au contraire, à l'existence des formes mixtes, dans lesquelles l'un ou l'autre des éléments constitutifs prédomine.

Pour ce qui est de la colique muqueuse, elle est certainement de nature nerveuse; c'est ainsi que, dans un cas observé par l'orateur, elle était associée à une névralgie sus-orbitaire; dans un autre, à des douleurs dans les membres inférieurs.

Thrombose de l'artère pulmonaire.

M. Kretz a présenté les pièces anatomiques d'une femme qui fut prise, pendant une grossesse, de frissons et de fièvre, lesquels persistèrent encore après la délivrance. Peu avant la mort, on percevait un souffle systolique à la pointe du cœur, avec augmentation de la fréquence respiratoire et cyanose. A l'autopsie, on trouva des infarctus des poumons, de l'endocardite de la valvule tricuspide, une thrombose presque complète de l'artère pulmonaire et une thrombose incomplète des veines utérines. C'est dans cette dernière qu'il faut chercher l'origine des infarctus pulmonaires, lesquels ont déterminé l'endocardite, qui à son tour a donné lieu à l'embolie et à la thrombose des vaisseaux pulmonaires.

Dr Schnirer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Belgodère (G.). Traitement des folliculites suppurées sycosiformes par les pulvérisations résorcinées.

Bergeaud (M.). Des épanchements sanguins traumatiques de la plèvre.

Binet (A.-D.). L'allaitement naturel considéré spécialement au point de vue de ses difficultés sociales.

Blaire (J.). Contribution à l'étude des fausses perforations de l'intestin dans la fièvre typhoïde.

Bories (E.). Les thrombus génitaux puerpéraux.

Boucheseiche. Contribution à l'étude des modifications urinaires dans l'appendicite.

Boyer (L.). Y a-t-il une pelade d'origine helminthique?

Buron (H.). De quelques causes de la mort du nouveau-né venu à terme et viable dans les premières heures qui suivent la naissance.

Cagnard (P.-G.). Etude physiologique sur la marche.

Chahuet (M.). Recherches sur l'absorption des graisses chez les enfants à l'état normal et à l'état pathologique.

Chauvelot (E.). Les babésioses.

Chedeville (M.). Du placenta prævia; les dystocies qu'il peut engendrer en dehors des hémorrhagies.

Chevallier (H.). Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans la cirrhose du foie avec ascite.

Cordier (J.). Des grossesses répétées chez les albuminuriques.

Debono (P.). Etude du chlorhydrate d'éthylnarcéine et de ses effets cliniques.

Elloy (A.). Chorées amyotrophiques (étude historique et critique).

Eltchaninoff (A.-H.). L'hôpital de Honfleur à travers les âges.

Estéoule (J.). Recherches sur les rétentions prolongées de débris placentaires; polypes placentaires.

Fortineau (L.). L'*Erythrobacillus pyosepticus* et les bactéries rouges.

Gérard (L.-Ph.). Sur les causes de l'asthme.

Grandjean (A.). La séparation intra-vésicale des urines et la chirurgie urinaire.

Guilly (H.). Fréquence de la coexistence, chez les syphilitiques, des aortites avec le tabes et la paralysie générale.

Haffringue (H.). Recherches expérimentales sur les principes toxiques contenus dans les champignons.

Henry (N.). Contribution à l'étude des rechutes dans la scarlatine.

Labelle (E.). Contribution à l'étude des procidences dans les présentations céphaliques (statistique faite à l'hôpital Baudelocque du 1er janvier 1900 au 1er janvier 1904).

Lamer (P.). De la décortication du rein dans les néphrites.

Laplaigne (E.). Contribution à l'étude de l'hygiène et de l'aération dans les habitations.

Leconte (V.-J.). Etude médico-légale du sommeil.

Lesage (P.). Traitement diététique des gastro-entérites par l'emploi des féculents.

Le Tohic (J.). Etude clinique sur les thromboses de la veine cave supérieure.

Nespoulous (P.). Influence exercée par l'habitat sur la composition des dents et sur leurs maladies.

Nevrezé (B. de). Les suppurations chroniques du sinus maxillaire; leur traitement par la méthode endo-buccale de Sébileau.

Petitjean (J.). Etude statistique concernant les cas de présentation de la face ayant eu lieu à la clinique Baudelocque (du 1er janvier 1900 au 31 juillet 1904).

Piérart (G.). Contribution à l'étude de l'ostéomalacie sénile.

Pietkiewicz (V. B.). Cure radicale des fistules d'origine dentaire.

Pigaux (A.). Etude sur les inconvénients des injections sous-cutanées de paraffine.

Pisanté (B.). Traitement de la maladie de Basedow par les humeurs d'animaux éthyroïdés (sang total, sérum, lait).

Ralliou (L.). De la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans le zona.

Ribadeau-Dumas (L.). Ictère et splénomégalie.

Semper (M.). Les enfants des paralytiques généraux.

Vernon (F.-G.). De la valeur du melæna comme signe de l'invagination aiguë chez le nourrisson.

Villebrun (J.). Le cancer de l'estomac à forme anémique.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Brindeau et **Nattan-Larrier**. Le plasmode dans le placenta normal. (*Obstétrique*, sept.)

Bureau (E.). L'aponévrose ombilico-vésicale. (*Gaz. méd. de Nantes*, 8 oct.)

Chor (G.). Sur la confection des préparations anatomiques pour musées (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 18.)

Donaggio (A.). Il reticolo fibrillare endocellulare e il cilindrasse della cellula nervosa dei vertebrati e metodi vari di colorazione elettiva del reticolo endocellulare e del reticolo periferico basati sull'azione della piridina sul tessuto nervoso. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 2-3.)

Hirsch (C.). Untersuchungen über die Pigmentirung der Netzhaut. In-8°, 88 p. avec fig. Berlin. — Recherches sur la pigmentation de la rétine.

Laguesse (E.). Le troisième élément du sang ou thrombocyte. (*Echo méd. du Nord*, 23 oct.)

Marinesco (G.). Nouvelles recherches sur les neurofibrilles. (*Rev. neurol.*, 15 août.)

Stöhr (Ph.). Lehrbuch der Histologie und der mikroskopischen Anatomie des Menschen mit Einschluss der mikroskopischen Technik, unter Berücksichtigung der neuen anatomischen Nomenklatur. 11e éd. In-8°, 456 p. avec fig. Iéna.

Stratz (C. H.). Naturgeschichte des Menschen; Grundriss der somatischen Anthropologie. In-8°, 408 p. avec fig. Stuttgart.

Weber (A.). Die Histologie des Eierstockes im Klimakterium. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — Anatomie microscopique de l'ovaire pendant la ménopause.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Paul-Boncour. Sur les modifications crâniennes consécutives aux atrophies cérébrales unilatérales (hémiplégie infantile). (*Arch. de neurol.*, juillet.)

Rosenstein (P.). Anatomische Untersuchungen über den Infektionsweg bei der Genitaltuberkulose des Weibes. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept. et oct.) — Recherches anatomo-pathologiques sur les voies d'infection dans la tuberculose génitale chez la femme.

Ruczynski (B.). Ueber einen Fall von Carcinoma coli bei einem 13jährigen Knaben. (*Prag. med. Wochensch.*, 13 oct.)

Rydel (A.). Sur l'anatomie pathologique d'une forme d'hérédo-ataxie cérébelleuse. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août.)

Sotti (G.). Della miocardite tubercolare a tipo emorragico. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 3.)

Ssobolev (L.). Ueber die Struma der Langerhans'schen Inseln der Bauchspeicheldrüse. (*Virchows Arch.*, CLXXVII, fasc. suppl.)

Theile. Ueber Angiome und sarkomatöse Angiome der Milz. (*Virchows Arch.*, CLXXVIII, 2.) — Angiomes simples et sarcomateux de la rate.

Villard et **Delord.** Contribution à l'étude histologique de la cicatrisation des plaies cornéennes consécutives aux paracentèses de la chambre antérieure. (*Arch. d'ophtalmol.*, août.)

Winkler (M.). Ueber Psammome der Haut und des Unterhautgewebes. (*Virchows Arch.*, CLXXVIII, 2.) — Sur les psammomes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Goddard (W. H.). The physiological action of ethyl alcohol considered as a food. (*Lancet*, 22 oct.) — Action physiologique de l'alcool en tant qu'aliment.

Iovane (A.) et **Chiarolanza** (R.). Sulla trasmissibilità dei microrganismi dalla madre al feto attraverso la placenta; nuove ricerche sperimentali. (*Pediatria*, oct.)

Koutchouk (K. A.). Données nouvelles relatives à l'étude des cellules binucléaires; expériences faites sur des cobayes avec empoisonnement au phosphore et infection par des bacilles de la fièvre jaune (Sanarelli). (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, X, 4.)

Kreidl (A.) et **Mandl** (L.). Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Absonderung und Entleerung des Harnes im fötalen Leben. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — La sécrétion et l'émission de l'urine pendant la vie fœtale.

Lhoták (K.). O zábrane (inhibition) a shocku. (*Sbornik klinicky*, VI, 1.)

London (E. S.) et **Sokolov** (A. P.). Etude sur la digestion gastrique sous l'influence de l'anémie aiguë expérimentale. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, X, 4.)

Selinov (A. G.). Sur les globules blancs pendant l'écoulement au dehors de la lymphe de la portion cervicale du canal thoracique. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, X, 3.)

MÉDECINE

Bureau (M.). Des tachycardies paroxystiques essentielles. (*Gaz. méd. de Nantes*, 15 oct.)

Lemoine. Sur l'entérocolite muco-membraneuse. (*Nord méd.*, 15 oct.)

Leube (W. von). Spezielle Diagnose der inneren Krankheiten. 7e éd. T. Ier. In-8°, 562 p. avec fig. Leipzig. — Traité de diagnostic médical.

Leyden (E. von) et **Pfeiffer** (E.). Verhandlungen des 21. Kongresses für innere Medicin, gehalten zu Leipzig, vom 18.-21. April 1904. In-8°, LVIII-658 p. avec fig. Wiesbaden. — Compte rendu du vingt et unième Congrès de médecine interne, tenu à Leipzig en 1904.

Lohr (A.). Ein intra vitam diagnostizierter Fall von Embolie der Arteria mesaraica superior. (*Prag. med. Wochensch.*, 27 oct.)

Lorenz. Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von Steifigkeiten der Wirbelsäule und deren Beziehungen zur Lungentuberkulose. (*Wien. med. Wochensch.*, 15 oct.) — Fréquence de l'ankylose de la colonne vertébrale; ses rapports avec la tuberculose pulmonaire.

Mandel (A. R.) et **Lusk** (G.). Stoffwechselbeobachtungen an einem Falle von Diabetes mellitus, mit besonderer Berücksichtigung der Prognose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 5-6.) — Etude du métabolisme organique dans un cas de diabète, notamment au point de vue du pronostic.

Medovikov (P.). L'inoscopie de l'épanchement pleural (en russe). (*Roussk. Vratch*, 16 oct.)

Neustab. Sur les affections inflammatoires chroniques de l'appareil gastro-intestinal (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 9 oct.)

Owen (Sir Isambard). A case of blood poisoning from tonsillitis; comparative results obtained from two varieties of antistreptococcic serum and from perchloride of iron. (*Lancet*, 15 oct.) — Septicémie consécutive à une angine.

Pittarelli (E.). Nuove ricerche critiche e sperimentali sulla cosi detta glicosuria fisiologica. (*Clinica medica italiana*, juillet-août-sept.)

Raulin (L.). De quelques procédés récents d'examen de l'estomac. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 2 oct.)

Rosenberger (R. C.). A case of acute lymphatic leukæmia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Sahli. Ueber das absolute Sphygmogramm und seine klinische Bedeutung, nebst kritischen Bemerkungen über einige neuere sphygmomanometrische Arbeiten. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 5-6.)

MALADIES INFECTIEUSES

Liehm (R.). Beitrag zur Kenntnis der Malaria. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 oct.)

Nicolle (Ch.) et **Chaltiel** (J.). Quelques faits et quelques expériences concernant la rage. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.)

Schödel (J.). Zur Bedeutung der bakteriologischen Diphtherie-Untersuchung für die ärztliche Praxis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 5.)

Testard (J.). Sur la présence du bacille d'Eberth dans l'urine des typhiques. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 3.)

Thayer (W. S.). An analysis of 42 cases of venous thrombosis occurring in the course of typhoid fever. (*Med. News*, 1er oct.)

Vickery (H. F.) et **Richardson** (O.). 3 cases of probable psittacosis, with bacteriological report. (*Med. News*, 22 oct.)

Willson (R. N.). The physical signs and the sputum of incipient pulmonary tuberculosis. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, juin-sept.)

Yourevitch (V.) et **Viliamovsky** (B.). Un cas de malaria avec idiosyncrasie à l'égard de la quinine (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 16 et 23 oct.)

Zuccola (P. F.). Sull'eliminazione del bleu di metilene nelle malattie infettive. (*Clinica medica italiana*, juillet-août-sept.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Jansky (J.). Kasuisticky príspevek o dusevních nákazách. (*Sbornik klinicky*, VI, 1.) — Folie à deux.

Jellinek (S.). Ein bisher nicht beachtetes Symptom der Basedow'schen Krankheit. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 oct.) — Signe non encore décrit de la maladie de Basedow.

König (W.). The problem of heredity from the psychiatrical aspect. (*Brit. Med. Journ.*, 15 oct.)

Köster (G.). Zur Physiologie der Spinalganglien und der trophischen Nerven sowie zur Pathogenese der Tabes dorsalis. In-8°, 116 p. avec fig. Leipzig.

Laignel-Lavastine (M.). Hématomyélie traumatique. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mai-juin.)

Lambret et **Bernard.** A propos d'un cas d'aphasie motrice traumatique. (*Echo méd. du Nord*, 23 oct.)

Léger (P.), **Lecornu** et **Le Roux.** Deux cas de grande hystérie : 1° hémiplégie avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle; 2° hystérotraumatisme avec contracture et anesthésie généralisée; amaurose totale et bilatérale. (*Année méd. de Caen*, oct.)

Levine (A.). La signification du signe de Kernig pour le diagnostic des méningites (en russe). (*Roussk. Vratch*, 18 sept.)

Marandon de Montyel. Obsessions et vie sexuelle. (*Arch. de neurol.*, oct.)

Masselon (R.). Un cas de forme fruste de démence précoce. (*Arch. de neurol.*, juin.)

Meige (H.). Migraine ophtalmique, hémianopsie et aphasie transitoires; hémiface succulente; photophobie et tic de clignement. (*Rev. neurol.*, 30 sept.)

Mendel (E.) et **Jacobsohn** (L.). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie (7. Jahrgang, 1903). 2e partie. In-8°, p. 598 à 1240. Berlin. — Compte rendu des travaux de neurologie et de psychiatrie publiés en 1903.

Migliacci (G.). La malattia di Dercum. (*Gazz. degli Osped.*, 23 oct.)

Montagnini (T.). Sopra un caso di oto-ematoma bilaterale in un'alienata. (*Riforma med.*, 3 août.)

Neumann (C.). Ein Beitrag zur Frage über die Homosexualität. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 22 oct.)

Norman (C.). Dementia præcox. (*Brit. Med. Journ.*, 15 oct.)

Papadaki (A.). Un cas de delirium tremens au cours d'une hallucinose auditive éthylique. (*Arch. de neurol.*, juin.)

Paris (A.). Epilepsie : pathogénie et indications thérapeutiques. (*Arch. de neurol.*, fév., mars et nov.)

Pasturel. Des paralytiques généraux persécutés et dangereux. (*Arch. de neurol.*, juin.)

Potts (W. A.). The problem of the morally defective. (*Lancet*, 29 oct.)

Radine (E.). Les rapports entre les crises nerveuses et la psychose chez les hystériques (en russe). (*Roussk. Vratch*, 25 sept.)

Rádl (E.). O reflektorickych zmenách orientace zrakové. (*Casopis lékaru ceskych*, 24 sept. et 1er oct.) — Sur les modifications réflexes de l'orientation des pupilles.

Souques (M.). Des troubles auditifs dans les tumeurs cérébrales. (*Rev. neurol.*, 30 juillet.)

CHIRURGIE

Cange (A.). Déformations singulières et symétriques des avant-bras et des mains; résections orthopédiques; guérison. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août.)

Cecca (R.). Ascessi multipli del fegato da bacillo tifico. (*Nuovo raccoglitore med.*, sept.)

Connell (F. G.). The treatment of hæmatemesis by gastro-enterostomy. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Cotton (F. J.). Clinical topography of lymph nodes. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1er sept.)

Custodis. Ein Fall von Myxofibrom des Nervus peronæus; zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Entstehung der Ganglien. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 3.)

Daiches (Polina). Endresultate der Radicaloperation von Hernien, speciell der Inguinalhernien. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 1.)

Delagénière (H.). Nouveau traitement de l'épilepsie par la ligature du sinus longitudinal supérieur au-dessus du pressoir. (*Arch. provinc. de chir.*, oct.)

Dolmatov (A.). Un cas de hernie du poumon (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, août.)

Doran (A.). Fibromyoma of mesentery : 30 lb.; removal; recovery; with notes on the surgery of retroperitoneal tumours. (*Brit. Med. Journ.*, 22 oct.)

Dylion (Mlle C.). Traitement du pied bot congénital varus équin par le redressement manuel. (*Arch. de méd. des enfants*, oct.)

Feistmantel. Ueber zwei bemerkenswerte Fälle von Tumorbildung. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 et 29 oct.)

Fiori (P.). Le lesioni del vago nella chirurgia del collo. (*Policlinico*, partie chir., XI, 10.)

Freeman (L.). The union of ununited fractures of the neck of the femur by open operation. (*Ann. of Surgery*, oct.) — Réunion à ciel ouvert des fractures non consolidées du col du fémur.

Friedheim (E.). Ueber primären Krebs der Leber, Gallengänge und Gallenblase. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 1.) — Sur le cancer primitif du foie, des conduits et de la vésicule biliaires.

Ghedini (G.). Fibro-sarco-endotelioma del collo. (*Gazz. degli Osped.*, 23 oct.)

Glitsch (R.). Zur Pathogenese der Narkosenlähmung. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 oct.) — Pathogénie de la paralysie post-anesthésique.

Grunert (E.). Ein Fall von Torsion des Samenstrangs. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 oct.) — Torsion du cordon spermatique.

Guermonprez (F.). Luxation congénitale de la hanche; simples aperçus. In-16, 47 p.

Hoffa (A.). Atlas und Grundriss der Verbandlehre. 3e éd. In-8°, 139 p. avec planches. Munich. — Atlas-manuel des bandages et appareils.

Hotchkiss (L. W.). The treatment of cholecystitis and cholelithiasis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 oct.)

Hutchison (J. A.). The treatment of fracture of patella, with report of results after arthrotomy and suture. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Isatchik (M.). Inflammation érysipélo-phlegmoneuse de la face, compliquée de méningite et de pyémie générale (en russe). (*Roussk. Vratch*, 9 oct.)

Ivanissov (N.). Un cas de sarcome des capsules surrénales et du thorax (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, oct.)

Jeney (A.). Ein Fall von Luxation im Chopart'schen Gelenk. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 oct.)

Johnston (G. B.). A case of retroperitoneal fibrolipoma. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 oct.)

Keller (W. L.). The surgical treatment of bunions and hallux valgus. (*New York Med. Journ.*, 15 oct.)

Kennedy (R.). Further notes on the treatment of birth paralysis of the upper extremity by suture of the fifth and sixth cervical nerves. (*Brit. Med. Journ.*, 22 oct.) — Traitement de la paralysie obstétricale du membre supérieur par la suture des cinquième et sixième nerfs cervicaux.

Kolb (R.). Zur Operation der Aneurysmen, insbesondere der Totalexstirpation. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 3.)

Koudintzev (I.). Contribution à l'étude des ruptures du sinus longitudinal (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 21.)

Kuhn (F.). Die Ueberdrucknarkose mittels peroraler Intubation. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 15 oct.)

Lampsakov (P.). De la narcose combinée par le bromure d'éthyle et le chloroforme (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 et 11 sept.)

Leclerc (G.). Section de l'artère et de la veine fémorales superficielles; ligature de ces deux vaisseaux; guérison. (*Lyon méd.*, 16 oct.)

Le Conte (R. G.). Rupture of mesenteric glands during typhoid fever, simulating intestinal perforation; report of a case with operation and recovery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 oct.)

Ledderhose (G.). Die Bedeutung der Venenklappen und ihre Beziehungen zu den Varicen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 oct.) — Le rôle des valvules veineuses et leurs rapports avec les varices.

Legnani (T.). L'incisione di scelta nella pleurotomia. (*Policlinico*, 22 oct.)

Lund (F. B.), **Joslin** (E. P.) et **Murphy** (F. T.). Operations upon benign diseases of the stomach at the Boston City Hospital and Massachusetts General Hospital, 1898-1903 inclusive. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 4 août.)

Maragliano (D.). Intervento chirurgico nell'ulcera rotonda dello stomaco e nel pilorospasmo. (*Gazz. degli Osped.*, 30 oct.)

Mazellier et **Le Guelinel de Lignerolles**. Le combat d'El-Moungar (Extrême Sud-Oranais, 2 septembre 1903); observations de 85 blessures de guerre par armes à feu. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, mai.)

Mencière (L.). Dix cas d'ankylose de la hanche en position vicieuse, avec difformité très accentuée et grave impotence fonctionnelle; ostéotomie sous-trochantérienne oblique, traitement mécanothérapique secondaire et dressage méthodique à la marche; guérison. (*Arch. provinc. de chir.*, juin.)

Mendes de Leon (M. A.). Iets over appendicitis bij de vrouw. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 oct.) — L'appendicite chez la femme.

Michel (F.) et **Defressine**. Hépatite suppurée nostras idiopathique, à évolution latente et à symptomatologie fruste; grand abcès unique, enkysté, staphylococcique; ouverture dorsale postéro-inférieure; guérison. (*Arch. de méd. navale*, sept.)

Mohr (H.). Ueber unvollständige Torsionen des Samenstrangs mit spontanem Rückgang. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 oct.) — Torsion incomplète du cordon spermatique avec réduction spontanée.

UROLOGIE

Grelinski (A.). Kilka słów o leczeniu nowotworów pecherza. (*Gaz. lekarska*, 20 et 27 août.) — Traitement des néoplasmes de la vessie.

Herring (H. T.). The cause of enlarged prostate, together with a note on the prostatic glands; a preliminary communication on the evidence of its inflammatory origin in the majority of cases. (*Brit. Med. Journ.*, 29 oct.)

Linck (A.). Pyonephrose bei Verdoppelung der rechten Niere. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 1.) — Pyonéphrose et dédoublement du rein droit.

Lydston (G. F.). Contribution to the surgery of the deep urethra. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Millet (M. C.). A simple method of cystoscopy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 oct.)

Nicolich (G.). Behandlung der Prostatahypertrophie bei inkompletter Harnretention mit Blasendilatation. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 oct.) — La dilatation de la vessie contre l'hypertrophie prostatique avec rétention incomplète d'urine.

OPHTALMOLOGIE

Bergmeister (R.). Zwei Fälle von angeborener Irideremie. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 1.)

Bistis (J.). Des complications oculaires pendant la lactation. (*Arch. d'ophtalmol.*, juillet.)

Bourgeois (A.). Myopie traumatique par propulsion du cristallin en avant. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Brissaud et **Péchin**. De l'hémiplégie oculaire. (*Arch. d'ophtalmol.*, juillet.)

Filippov (N.). Un cas de gomme de la conjonctive (en russe). (*Roussk. Vratch*, 23 oct.)

Frenkel (L.). Un nouveau cas de rupture professionnelle de la sclérotique (en russe). (*Prakt. Vratch*, 24 oct.)

Gleichen (A.). Einführung in die medizinische Optik. In-8°, 276 p. avec fig. Leipzig. — Eléments d'optique médicale.

Hanke (V.). Das Rankenneurom des Lides. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 2.) — Le névrome plexiforme de la paupière.

Heisrath (F.). Ueber die Behandlung der granulösen Augenentzündung, mit besonderer Berücksichtigung des Operationsverfahrens. In-8°, 46 p. Leipzig. — Sur le traitement de l'ophtalmie granuleuse, notamment par les procédés chirurgicaux.

Hippel (A. von). Ueber den Nutzen des Tuberkulins bei der Tuberkulose des Auges. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 1.) — Sur l'utilité de la tuberculine dans la tuberculose de l'œil.

Hirschberg (J.). Ueber Cyanose der Netzhaut. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 1.) — Sur la cyanose de la rétine.

Huwald (G.). Klinische und histologische Befunde bei Verletzung der Cornea durch Bienenstiche; ein Beitrag zur Entstehung des Vorderkapselstares. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 1.) — Recherches cliniques et histologiques sur les lésions de la cornée produites par des piqûres d'abeilles.

Isola (A.). Pseudo tumor orbitario. (*Rev. méd. del Uruguay*, sept.)

Lagrange et **Aubaret**. Syphilis congénitale de l'œil; iritis gommeuse; accidents glaucomateux; guérison. (*Arch. d'ophtalmol.*, août.)

Lannois (M.) et **Ferran** (C.). Paralysie du moteur oculaire externe d'origine otique. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 2 juillet.)

Lapersonne (F. de). Glaucome et cataracte. (*Arch. d'ophtalmol.*, juin.)

Léri (A.). Etude de la rétine dans l'amaurose tabétique. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août.)

Lewin (L.) et **Guillery** (H.). Die Wirkungen von Arzneimitteln und Giften auf das Auge. T. Ier. In-8°, 857 p. avec fig. Berlin. — L'action des médicaments et des poisons sur l'œil.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Brown (D. J.). Malpositions of the uterus; their causes and treatment. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 11 août.)

D'Erchia (F.). Ueber den Gefrierpunkt des mütterlichen und fötalen Blutes sowie der Amnionflüssigkeit; kritische Studie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 oct.) — Etude critique sur le point de congélation des sangs maternel et fœtal et du liquide amniotique.

Döderlein (A.). Weitere Erfahrungen und Verbesserungen der subkutanen Hebotomie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 oct.)

Doléris (J.-A.). Sarcome kystique du mésentère et fibromatose utérine; fibromes multiples du corps de l'utérus rétroversé, développés trois ans après une première opération de myomotomie; papillome verruqueux du col utérin hypertrophié, allongé et compliqué de prolapsus utéro-vaginal; ablation de la tumeur mésentérique et de l'utérus. (*Gynécologie*, avril.)

Dührssen (A.). Zur Behandlung der die Schwangerschaft und Geburt komplizierenden Tumoren, speziell der cystischen Ovarialtumoren. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 et 20 oct.) — De la conduite à tenir en présence de certaines tumeurs, notamment des kystes de l'ovaire, compliquant la grossesse et l'accouchement.

Faure (J.-L.). Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale. (*Gynécologie*, août.)

Formiggini (B.). Un caso di fibromioma della tuba uterina. (*Nuovo raccoglitore med.*, sept.)

Fournier (C.). Indications de la colpotomie postérieure. (*Gynécologie*, avril.)

Goelet (A. H.). The gynecological importance of prolapsed kidney. (*Med. Record*, 22 oct.) — Le rein flottant en gynécologie.

Guéniot (P.) et **Pierra** (L.-M.). Des hémorrhagies consécutives à l'expulsion du fœtus volumineux. (*Obstétrique*, sept.)

Guérin-Valmale. De l'évolution de la puerpéralité dans l'utérus didelphe. (*Obstétrique*, mai.)

Herzfeld (K. A.). Zur Frage der abdominellen Uteruskrebsoperation. (*Wien. med. Wochensch.*, 29 oct.) — De l'hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus.

Kakouchkine (N.). Prophylaxie et traitement des affections des organes génitaux de la femme dans la population rurale et urbaine de la Russie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 28 août, 4 et 11 sept.)

Kehrer (E.). Die physiologischen und pathologischen Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zum Tractus intestinalis und besonders zum Magen. In-8°, 215 p. Berlin. — Les rapports physiologiques et pathologiques des organes génitaux de la femme avec les voies digestives, notamment avec l'estomac.

Krömer. Erfolge und Aussichten der künstlichen Frühgeburt. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — Résultats et avenir de l'accouchement prématuré artificiel.

Lockyer (C.). True cervical fibroids, with comments upon their special features and mode of treatment. (*Brit. Med. Journ.*, 22 oct.)

Maygrier (Ch.). Diagnostic de la rupture du sinus circulaire pendant le travail. (*Obstétrique*, nov.)

Orlov (V.). De l'inflammation chronique purulente des trompes de Fallope au point de vue clinique et anatomo-pathologique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 2, 9 et 16 oct.)

PÉDIATRIE

Chore (G.). Matériaux pour l'étude de la tuberculose chez les enfants (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 23 et 30 oct.)

Churchill (F. S.). Acute leukæmia in early life. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — La leucémie aiguë au cours de la première enfance.

Comby (J.). Sept cas de scorbut infantile. (*Arch. de méd. des enfants*, oct.)

Flesch (H.). Beitrag zum Icterus infectiosus epidemicus im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 5.)

Galli (P.). Insufficienza pura delle valvole aortiche in bambina di 10 anni. (*Gazz. degli Osped.*, 6 nov.)

Kopfstein (V.). Vrozeny defekt prsnich svalu levé strany. (*Casopis lékaru ceskych*, 22 et 29 oct.) — Atrophie congénitale des muscles pectoraux du côté gauche chez un garçon de neuf ans.

Massanek (G. von). Ueber Buttermilch. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 5.) — Sur le babeurre.

TÉRATOLOGIE

Mundorff (G. Th.). Hereditary abnormity of the little finger. (*New York Med. Journ.*, 1er oct.) — Anomalie héréditaire de l'auriculaire.

Patton (Ch. L.). A case of malformation of the internal genitals, with the reproductive glands in the labia majora. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Sommer (G.). Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Gynäkomastie. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 oct.)

Tikhonov (M.). Deux cas d'aplasie unilatérale complète du corps et du conduit de Wolff (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 3-4.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Baas (K. H.). Ueber die Resorption von Jodkalium im menschlichen und tierischen Magen und über den hemmenden Einfluss des Morphins auf die Magenentleerung. (*Deutsch. Arch. f. klin Med.*, LXXXI, 5-6.) — Sur l'absorption gastrique de l'iodure de potassium et sur l'action inhibitrice exercée par la morphine sur l'évacuation de l'estomac.

Niccolini (G.). L'emoantitossina nella cura della tubercolosi polmonare. (*Gazz. degli Osped.*, 16 oct.)

Nikolsky (A.). Traitement des sueurs chez les phtisiques (en russe). (*Prakt. Vratch*, 24 oct.)

Pervov (A.). 2 cas de pyémie traités par le sérum antistreptococcique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 2 oct.)

Poliansky (N.). Traitement de la pustule maligne par les injections sous-cutanées de teinture d'iode (en russe). (*Prakt. Vratch*, 24 oct.)

Raoult (A.). Note sur l'emploi de l'adrénaline dans les affections malignes de la gorge. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 9 juillet.)

Ridel (N.). L'action de l'atropine sur l'intestin (en russe). (*Roussk. Vratch*, 16 oct.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Béclère (A.) et **Viollet** (P.). Un cas de néoplasme du larynx traité avec succès par les rayons de Röntgen. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 9 juillet.)

Belot (J.). La radiothérapie appliquée aux dermatoses prurigineuses. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 oct.)

Bergonié (J.). Sur un cas de lympho-sarcomatose rapidement améliorée par les rayons X. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 16 oct.)

Birch-Hirschfeld (A.). Die Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf das Auge. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 2.) — L'action des rayons de Röntgen et des radiations du radium sur l'œil.

Bordier (H.). Traitement des épithéliomes cutanés par les étincelles de haute fréquence. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 oct.)

De Vries Reilingh (J. A.). De werking van het hydro-electrische bad op den bloedsdruk. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 oct.) — Action du bain hydro-électrique sur la pression sanguine.

BACTÉRIOLOGIE

Balladore-Pallieri (R.). Azione del plasma muscolare di animali sani ed immunizzati sul bacillo di Koch. (*Ann. dell'Istituto Maragliano*, I, 2.)

Bielonovsky (G. D.). Du dosage des microbes de la peste. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, X, 4.)

Eisenberg (Ph.). Ueber die Verwandtschaft der verschiedenen Dysenteriestämme. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 oct.) — Sur les affinités des différentes races de bacilles de la dysenterie.

Hofmann (A.) et **Küster** (E.). Ein Beitrag zur Bakteriologie der Noma. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 oct.)

Jeannin (C.). De la flore microbienne de la bouche du nourrisson. (*Obstétrique*, mai.)

Newman (G.). Bacteriology and public health. 3e éd. In-8°, 518 p. Londres. — Bactériologie et hygiène publique.

NOUVELLES

FRANCE

— En 1903, les représentants des Facultés de médecine au Conseil supérieur de l'instruction publique eurent la malencontreuse inspiration de vouloir surcharger le programme du doctorat en médecine. Considérant que la place réservée à l'enseignement de l'hygiène n'est plus en rapport avec l'importance de cette science, ils émirent le vœu : 1° que l'enseignement de l'hygiène figurât dans les programmes de cours des quatre années d'études médicales ; 2° qu'un examen tout entier fût consacré à l'hygiène ; 3° qu'il fût créé une section spéciale d'hygiène dans l'agrégation de médecine.

Heureusement que la section permanente ne fut pas de cet avis : elle répondit catégoriquement « qu'il n'y a pas lieu d'ajouter aux examens de doctorat en médecine, déjà si nombreux, un nouvel examen consacré spécialement à l'hygiène ». Mais pour adoucir quelque peu son refus, si brièvement exprimé, elle ajouta que « les différentes Facultés de médecine pourraient demander la création d'un diplôme universitaire portant la mention *hygiène* ». Le ministre adopta l'avis de la section permanente, et rédigea aussitôt une circulaire invitant les Facultés de médecine à créer un certificat universitaire portant la mention *hygiène*.

Depuis lors, on n'avait plus entendu parler de rien ; mais le Conseil de l'Université de Toulouse a jugé bon de donner suite à cette invite et il a pris le mois dernier une délibération, qui a été approuvée par le ministre de l'instruction publique à la date du 10 janvier 1905, aux termes de laquelle il est institué à ladite Université un certificat d'études d'hygiène, que pourront obtenir les docteurs en médecine à titre français, les étrangers pourvus du doctorat universitaire (mention : *médecine*), les étudiants en médecine ayant satisfait aux épreuves du cinquième examen de doctorat, et, après avis favorable du Conseil de la Faculté de médecine, les personnes qui ont un intérêt particulier à connaître les questions d'hygiène (pharmaciens, ingénieurs chargés des services de voirie et d'assainissement urbains, inspecteurs du travail, etc.).

Tout candidat à ce certificat doit faire un stage d'un semestre dans un laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine et subir un examen comprenant trois épreuves : 1° une épreuve pratique portant sur la technique chimique, microscopique et bactériologique dans ses applications à l'hygiène ; 2° un examen oral sur les questions se rattachant à l'hygiène publique, au génie sanitaire, à la législation sanitaire, à l'épidémiologie ; 3° un rapport sur une question d'hygiène publique de l'ordre de celles qui sont habituellement soumises aux Conseils d'hygiène (adduction d'eau potable, assainissements urbains, logements insalubres, autorisation d'établissements industriels, création d'écoles, mesures à prendre contre les épidémies, etc.). Le candidat devra, en outre, présenter un travail personnel se rattachant à l'hygiène.

ALLEMAGNE

— Si la tentative faite en 1892 pour la création en France d'une *Ligue contre le cancer* (Voir *Semaine Médicale*, 1892, Annexes, p. CXXXI) est restée infructueuse, il n'en faut pas moins reconnaître que le programme du Comité d'organisation de cette Association peut être considéré comme un modèle des moyens à employer pour atteindre le but proposé. Quelques pays se sont avancés dans cette voie, parmi lesquels il est juste de citer l'Allemagne, où depuis plusieurs années déjà s'est fait jour un mouvement scientifique pour l'étude du cancer ; il devient de plus en plus accentué, au point que des particuliers et même des villes apportent leur concours pécuniaire pour la fondation d'établissements, décorés un peu pompeusement peut-être du nom d'Institut, spécialement destinés aux cancéreux. C'est d'abord à Berlin, et en connexion avec la première clinique médicale universitaire, qu'on a construit, en 1903, un établissement pour l'étude et le traitement du cancer ; à la suite de dons importants, un Institut pour le cancer va être bâti incessamment à Heidelberg, sur un terrain fourni par la ville, et le gouvernement prendra à sa charge les frais d'entretien dudit Institut ; enfin, il est question de créer un établissement de ce genre à Marbourg, dont la direction sera confiée à M. le professeur Opitz. Ajoutons qu'on a fondé dernièrement à Berlin, sur le modèle des dispensaires antituberculeux, un dispensaire anticancéreux en relation avec l'Institut pour cancéreux et subventionné par le Comité allemand pour l'étude du cancer.

— Il vient d'être créé à l'Université de Berlin un bureau de renseignements scientifiques pour les étrangers, à l'instar de celui qui fonctionne à l'Université de Paris depuis dix-huit mois (Voir *Semaine Médicale*, 1903, Annexes, p. CXXI).

ESPAGNE

— Il est intervenu entre l'Espagne et le Mexique une convention aux termes de laquelle les nationaux de chacun des deux pays jouiront de l'équivalence des certificats d'études partielles et des titres académiques ou des diplômes obtenus soit en Espagne, soit au Mexique, à la condition que les études se rapportant au titre produit aient leurs analogues dans le pays pour lequel on demande l'équivalence. Malheureusement, ces dispositions d'entente cordiale ne sont pas obligatoirement applicables à la médecine, attendu que l'article 6 de cet instrument diplomatique porte que, lorsqu'il s'agit des professions médicale, chirurgicale et pharmaceutique ou de toute autre profession connexe, il pourra être exigé que le postulant subisse un examen conforme au programme d'études en vigueur dans le pays pour lequel il demande l'équivalence.

— Vers la fin de l'année dernière le gouvernement a déposé sur le bureau de la Chambre des députés un projet de loi portant concession de pensions viagères aux veuves et enfants de médecins morts victimes de leurs devoirs professionnels en temps d'épidémies.

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

— Les médecins inspecteurs du service d'hygiène publique, en examinant les immigrants à leur débarquement aux États-Unis, ont eu naguère l'occasion de constater une curieuse application de l'adrénaline. Après avoir relevé les paupières d'un certain nombre de passagers de cette catégorie pour se rendre compte de l'état des yeux, ils remarquèrent que la conjonctive palpébrale était tout à fait exsangue ; les individus offrant cette particularité furent désignés pour être soumis à un nouvel examen qui, pratiqué un peu plus tard, permit de reconnaître chez bon nombre d'entre eux l'existence du trachome. Soupçonnant dans ce cas l'emploi d'un moyen capable d'annihiler pour un temps les manifestations de cette maladie, on surveilla les immigrants depuis leur arrivée jusqu'au moment de passer la visite médicale, et on les vit alors faire des instillations oculaires avec un liquide, lequel fut aussitôt saisi et reconnu après examen chimique pour être une solution d'adrénaline. Des expériences sur des sujets trachomateux ont permis de se rendre compte que ce médicament fait disparaître pendant une demi-heure environ tous les signes de la maladie.

ITALIE

— Le mécanisme de l'immunité naturelle présentée par certains individus à l'égard de telle ou telle maladie infectieuse est des plus mystérieux. Il est possible qu'il tienne parfois à des causes bien minimes, à en juger d'après les faits constatés par M. Minerbi, à Ferrare. Notre confrère a pu faire, à l'hôpital de ladite ville, cette observation — banale, somme toute — qu'il est des personnes pour lesquelles les moustiques paraissent manifester une prédilection particulière ; mais, fait plus curieux, il a reconnu que ces personnes réagissaient précisément d'une manière très intense à la piqûre de ces insectes, comme si ces derniers possédaient la faculté de discerner les individus chez lesquels la congestion locale déterminée par la piqûre est le plus marquée, et par suite la récolte du sang le plus abondante. Or, M. Minerbi a pu remarquer que les paludéens, placés dans une salle d'hôpital, au milieu d'autres malades, sont en général très recherchés par les moustiques, et une enquête menée par lui en pays palustre a confirmé le fait. Dès lors, ne peut-on supposer que l'immunité naturelle à l'égard de la malaria est due, au moins en partie, au « peu d'attrait » que la peau de certaines personnes offre pour les *Anopheles* ?

RUSSIE

— Depuis quelque temps, l'exercice de la médecine par les femmes paraît être mieux vu en haut lieu : deux faits récents le prouvent en tout cas : d'une part, la reconnaissance des droits d'une Faculté de médecine à l'Institut de médecine pour les femmes ; d'autre part, l'autorisation accordée par l'empereur aux doctoresses de porter les insignes académiques des médecins.

RÉPERTOIRE CLINIQUE

La maladie de Mikulicz.

I

Si la première description systématique de cette singulière affection ne date — comme on l'a récemment rappelé, dans ce journal même, à propos d'une communication de M. Marcuse (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 373) — que de 1892, son histoire remonte, en réalité, à 1888, époque à laquelle M. von Mikulicz présenta au *Verein für wissenschaftliche Heilkunde* de Königsberg « un homme de quarante-deux ans, atteint de tumeurs multiples, lesquelles intéressent principalement les glandes salivaires et les glandes analogues » (1). Le compte rendu de la Société en question se borne à enregistrer simplement le fait : c'est que — comme l'a déclaré, quatre ans plus tard, M. von Mikulicz lui-même — l'interprétation du cas dont il s'agissait ne laissait pas que d'être fort embarrassante, car il n'entrait dans le cadre d'aucune des affections connues et, au surplus, le chirurgien allemand ne trouva pas, dans la littérature médicale, d'observation comparable. Cela étant, il crut devoir ajourner la publication détaillée de ce fait jusqu'au jour où il aurait l'occasion d'en observer un semblable. Mais, sur ces entrefaites, M. Haltenhoff (2) d'abord et M. Fuchs (3) ensuite firent connaître chacun un cas dans lequel M. von Mikulicz retrouva les plus grandes analogies avec l'histoire de son malade. Aussi, revenant sur sa décision première, n'hésita-t-il plus à consacrer une étude spéciale à l'affection symétrique des glandes lacrymales et salivaires et à ériger celle-ci en entité morbide (4).

Il s'en faut, d'ailleurs, que les 3 observations que nous venons de rappeler soient restées isolées et puissent être considérées comme de simples curiosités pathologiques : dans son mémoire, M. von Mikulicz mentionne brièvement 2 autres faits qui lui ont été communiqués par M. Fuchs, et depuis la publication de ce travail un certain nombre de cas du même genre ont été relatés, de sorte qu'à l'heure actuelle les matériaux ne manquent pas pour une étude d'ensemble sur le syndrome en question.

En réunissant les faits épars que l'on trouve dans les recueils spéciaux d'ophtalmologie ou de chirurgie, il nous sera facile de démontrer que l'état morbide, décrit par M. von Mikulicz, constitue une affection *sui generis*, parfaitement caractérisée et qui, à ce titre, mérite d'avoir sa place dans la pathologie et d'être mieux connue qu'elle ne l'a été jusqu'à présent.

Mais, tout en réclamant le droit de cité pour cette entité clinique — qui est encore loin d'être familière à la majorité des praticiens —, nous nous proposons de montrer, d'autre part, qu'une sorte de revision s'impose pour les observations que l'on rattache à la maladie de Mikulicz, souvent au risque de créer la plus grande confusion et de méconnaître complètement les cadres mêmes de la conception élaborée par le chirurgien de Breslau. C'est ainsi que M. Kümmel (5) a réuni, dans un laps de temps relativement court, 6 observations personnelles et a cru pouvoir dresser une liste globale de 21 cas se rapportant à la maladie en question et empruntés, en partie, à des travaux antérieurs au mémoire de M. von Mikulicz. Or, en réalité, l'affection dont il s'agit n'est pas aussi fréquente que le laisse supposer le relevé de M. Kümmel, et, vu cette tendance à englober trop de choses disparates sous la même rubrique, il convient de préciser aussi nettement que possible les caractères du syndrome auquel on doit réserver la dénomination de *maladie de Mikulicz*.

(1) Mikulicz. (*Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg*, séance du 23 janvier 1888, in *Berlin. klin. Wochensch.*, 10 sept. 1888, p. 759.)

(2) Haltenhoff. Hyperplasie lymphatique des glandes lacrymales et salivaires. (*Ann. d'oculist.*, 1889, CII, p. 110.)

(3) E. Fuchs. Gleichzeitige Erkrankung der Thränendrüsen und der Parotiden. (*Beiträge z. Augenheilk.*, 1891, III, p. 8, et *Semaine Médicale*, 1891, p. 503.)

(4) J. Mikulicz. Ueber eine eigenartige symmetrische Erkrankung der Thränen- und Mundspeicheldrüsen, *in* Beiträge zur Chirurgie, Festschrift, gewidmet Theodor Billroth von seinen dankbaren Schülern zur Feier des vollendeten 50. Semesters seines akademischen Wirkens in Wien. Stuttgart, 1892.

(5) W. Kümmel. Weitere Beiträge zur Lehre von der symmetrischen Erkrankung der Thränen- und Mundspeicheldrüsen (Mikulicz). (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1897, II, 1-2.)

II

Les affections primitives des glandes lacrymales sont généralement assez rares, et dans la très grande majorité des cas elles restent limitées à un seul côté. C'est ainsi que, dans presque toutes les observations d'*hypertrophie* de cet organe, le processus morbide ne porte que sur l'une des glandes. M. Power (1) a, cependant, relaté, en 1886, l'histoire d'un jeune garçon, chez lequel les deux glandes lacrymales étaient tuméfiées; après l'insuccès du traitement médical, la glande gauche fut extirpée et le microscope y révéla une hypertrophie du tissu conjonctif interacineux. Peu de temps après, M. Frost (2) communiqua, à son tour, un cas de tuméfaction chronique des deux glandes lacrymales. Mais, pas plus que M. Power, cet auteur ne fait mention d'un gonflement concomitant des glandes salivaires. Or, ce qui constitue précisément la particularité la plus frappante du tableau clinique tracé par M. von Mikulicz, particularité que l'on retrouve aussi dans les observations de MM. Haltenhoff, Fuchs, etc., c'est que l'hypertrophie symétrique porte non seulement sur les glandes lacrymales, mais encore sur les glandes salivaires (toutes ou quelques-unes : parotides, sous-maxillaires ou sublinguales).

Cette participation des glandes salivaires au processus morbide fait, pour ainsi dire, partie intégrante du syndrome, de sorte qu'il nous paraît difficile de souscrire à l'opinion de Panas, qui, consulté sur un cas de ce genre par M. Debierre, déclara « regarder cette concordance des altérations de la glande parotidienne et des glandes lacrymales non pas comme une condition nécessaire, mais comme une simple coïncidence » (3). Il n'en reste pas moins que l'affection des glandes lacrymales constitue non seulement l'élément le plus essentiel et le plus constant de l'état morbide en question, mais encore sa manifestation la plus précoce : habituellement, la tuméfaction des paupières précède — et, parfois, de très longtemps — le gonflement des régions correspondant aux glandes salivaires. Cette règle n'est pourtant pas aussi absolue que le pensait M. von Mikulicz, puisque, dans l'observation de M. Tietze (4), le malade vit d'abord se former lentement une tuméfaction bilatérale de la région sous-maxillaire, et ce n'est que quatre ans plus tard qu'il s'aperçut d'un gonflement du tiers externe des deux paupières. Quoi qu'il en soit de ce cas exceptionnel (5), l'hypertrophie des glandes lacrymales est généralement le phénomène primordial, et elle peut rester longtemps isolée. Cela étant, on pourrait aussi admettre *a priori* que l'affection est susceptible de se limiter aux glandes lacrymales, et M. von Mikulicz serait porté à croire que l'observation susmentionnée de M. Power, ainsi que celle d'Arnold et Becker (1), appartiennent à cette catégorie de faits.

Que si, à la rigueur, on adopte cette manière de voir, il est, par contre, difficile de faire entrer dans le cadre de la maladie de Mikulicz les cas où la tuméfaction n'intéresse que les glandes salivaires, les glandes lacrymales restant complètement intactes. Or, sur les 6 observations de M. Kümmel, les 2 premières seulement se rapportent à une hypertrophie de toutes les glandes salivaires et des deux glandes lacrymales; la troisième vise une tuméfaction des glandes parotides, sous-maxillaires et sublinguales; la quatrième a trait à un gonflement des parotides et des sous-maxillaires, la cinquième à une hypertrophie des parotides; enfin, dans la sixième, le processus morbide ne porte que sur les glandes sous-maxillaires.

En dehors de l'extension de la tuméfaction à la fois aux glandes lacrymales et aux glandes salivaires, il est encore un autre trait caractéristique de la maladie de Mikulicz, à savoir son *évolution chronique*. Le gonflement progresse peu à peu, et les diverses glandes sont prises successivement, de sorte que l'affection met plusieurs mois, parfois même des années, pour se constituer. Les glandes une fois transformées en tumeurs plus ou moins volumineuses, le malade présente un facies particulier, dont le caractère varie, du reste, suivant le siège des tuméfactions. Ce qui est surtout frappant, c'est le rétrécissement de la fente palpébrale, dû à l'hypertrophie des glandes lacrymales et qui est quelquefois assez accentué pour gêner considérablement la vue. Le gonflement symétrique des parotides confère au patient le facies caractéristique des oreillons.

Il importe aussi de noter que le processus en question évolue généralement sans douleur ni fièvre et qu'il ne donne lieu à aucun trouble, sauf à quelques désordres d'origine mécanique, créés par le fait même de l'hypertrophie des glandes. Dans un certain nombre de cas — chez la malade de M. Snell (2), entre autres —, on a également constaté une sécheresse particulière de la bouche et de la langue, due à l'insuffisance de la sécrétion salivaire. Les tuméfactions, de consistance très dure, sont indolores et ne présentent pas le moindre phénomène inflammatoire. L'état général des patients est tout à fait satisfaisant, et l'on ne remarque, chez eux, rien d'anormal du côté des autres organes. Voici, par exemple, ce qu'on lit dans l'observation de M. Haltenhoff, concernant une fillette de douze ans et demi : « Toutes ces tumeurs ont apparu sans cause connue, sans aucune indisposition ni mouvement fébrile... Quant aux ganglions lymphatiques des différentes régions du cou et de la nuque, sus et infra-claviculaires, axillaires, inguinales, etc., ils ne sont nulle part tuméfiés. Nulle part non plus il n'y a de traces d'adénites antérieures. L'examen du cœur, des poumons, des organes abdominaux ne révèle aucune anomalie. D'ailleurs la fillette ne se plaint de rien, toutes ses fonctions se font bien. Elle ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire. Sa denture est irréprochable, de même que les gencives et la muqueuse buccale (3). » M. Fuchs note également, chez son malade, l'absence de phénomènes inflammatoires, de douleurs et de traces de syphilis, ainsi que l'état normal des gan-

(1) H. Power. Hypertrophy of right lacrimal gland; left removed for same condition. (*Transactions of the Ophthalmol. Soc. of the United Kingdom*, 1886-87, VII, p. 109.)

(2) W. A. Frost. Chronic enlargement of both lacrimal glands. (*Transactions of the Ophthalmol. Soc. of the United Kingdom*, 1886-87, VII, p. 112.)

(3) Debierre. Un cas de tuméfaction symétrique des glandes lacrymales et parotidiennes. (*Rev. génér. d'ophtalmol.*, oct. 1893.)

(4) A. Tietze. Ein Beitrag zur Lehre von der symmetrischen Erkrankung der Thränen- und Mundspeicheldrüsen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1896, XVI, 3, et *Semaine Médicale*, 1896, p. 404.)

(5) Chez la malade de M. Cutler (*Med. News*, 17 déc. 1904), la tuméfaction des glandes lacrymales paraît également avoir été postérieure à celle des glandes salivaires (parotides), mais, comme l'intervalle indiqué par la patiente est, somme toute, assez court, il serait difficile d'affirmer que ces constatations subjectives correspondissent à la réalité des faits.

(1) J. Arnold et O. Becker. Doppelseitiges symmetrisch gelegenes Lymphadenom der Orbita. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, 1872, XVIII, 2.)

(2) S. Snell. Simultaneous and symmetrical tumours of the lacrymal and parotid glands. (*Lancet*, 1er juillet 1893.)

(3) Haltenhoff. (*Loc. cit.*, p. 110.)

glions lymphatiques, des organes internes et du sang. M. von Mikulicz a, lui aussi, soin de faire remarquer que les viscères de son patient sont sains et qu'il n'existe notamment aucune altération du foie, de la rate ou des reins, pas plus que du côté du sang et des ganglions lymphatiques.

Or, cette intégrité du liquide sanguin et du système lymphatique présente une importance capitale au point de vue de l'identité de l'affection qui nous préoccupe, car c'est précisément ce caractère qui permet d'affirmer l'autonomie de la maladie de Mikulicz et de la séparer d'avec les cas de tuméfaction leucémique des glandes lacrymales et salivaires, associée à des adénopathies ganglionnaires.

III

Les faits de cette dernière catégorie avaient été signalés longtemps avant la publication du mémoire de M. von Mikulicz. C'est ainsi que, dès 1874, Gallasch (1) fit connaître un cas de leucémie chez un enfant de quatre ans et demi, qui présentait une tuméfaction des glandes parotides, sublinguales et lacrymales, des ganglions lymphatiques en plusieurs régions, ainsi que de la rate et du foie; le nombre des globules blancs était augmenté, et il existait, sur la peau de la face et sur la conjonctive, de nombreuses taches ecchymotiques. Le petit malade ayant succombé à la cachexie leucémique, Gallasch trouva les glandes lacrymales, comme les autres glandes malades, en état d'infiltration lymphoïde bien caractérisée. MM. Leber (2), Zirm (3), etc. ont signalé des faits analogues, et certaines observations de tumeurs lymphadéniques des orbites, telles que celles de M. Axenfeld (4) et de M. Delens (5), semblent devoir rentrer dans la même catégorie.

A côté de ces cas de leucémie vraie, il est un autre groupe de faits à évolution plus bénigne et à altérations organiques moins généralisées (pseudo-leucémie, lymphome ou lymphosarcome des glandes lacrymales). Les observations relatées par M. Reymond (6) et M. Adler (7) en sont des exemples typiques. D'après M. von Mikulicz, ces deux cas appartiendraient très vraisemblablement à la même catégorie que celui qu'il a observé lui-même à Königsberg; il reconnaît, néanmoins, qu'ils s'en distinguent très nettement par la participation des ganglions lymphatiques et par le rôle en quelque sorte effacé que semblent y jouer les lésions des glandes salivaires : il est même permis de se demander, avec M. Fuchs, si chez le malade de M. Reymond les glandes parotides étaient réellement prises ou s'il ne s'agissait pas plutôt d'une tuméfaction portant seulement sur quelques ganglions lymphatiques de la région préauriculaire.

L'observation, très intéressante, de M. Häckel (8) doit également être rangée sous la même rubrique. Elle a trait à un jeune homme de vingt et un ans, chez lequel il se développa, quatre mois environ après une contusion de la région lombaire et de la colonne vertébrale, une tuméfaction symétrique des glandes lacrymales, parotides et sous-maxillaires, sans qu'il y eût en même temps une altération quelconque du sang. Pendant une entérite intercurrente assez grave, les tuméfactions diminuèrent notablement de volume pour s'accroître de nouveau dès que l'affection intestinale fut guérie, et cette fois se montrer associées à des infiltrations cutanées circonscrites, telles qu'on les observe dans la pseudo-leucémie. Au cours d'une nouvelle atteinte d'entérite, avec fièvre très élevée, les hypertrophies glandulaires allèrent encore une fois en diminuant jusqu'au moment de la mort, survenue quatre mois après le début de la tuméfaction. A l'autopsie, on trouva, en dehors de l'hypertrophie des glandes lacrymales et salivaires, une notable augmentation de volume de la rate, des ecchymoses dans divers organes, des ulcérations multiples dans le gros intestin, etc.

IV

Ce qui paraît, à première vue, autoriser à rapprocher les faits que nous venons de passer en revue des cas typiques de maladie de Mikulicz, ce sont les constatations anatomo-pathologiques. Au point de vue histologique, l'affection dont il s'agit se caractérise, en effet, par une prolifération du tissu lymphoïde dans les glandes intéressées, et, comme le fait judicieusement remarquer M. Tietze, elle rappelle les phénomènes d'hyperplasie, bien connus, qui se produisent dans l'appareil lymphatique du pharynx. Le tissu glandulaire lui-même se comporte d'une manière passive et ne participe point à l'hypertrophie, laquelle ne porte que sur les éléments lymphoïdes, comme s'accordent à le reconnaître tous les auteurs, sauf M. Hirsch (1), qui est enclin à voir dans le processus en question une sorte de *cirrhose des glandes lacrymales et salivaires*. Dans le cas de MM. de Wecker et Masselon (2), où il s'agissait d'un jeune homme de vingt-six ans, robuste et bien portant, qui présenta d'abord une tuméfaction des deux paupières supérieures, puis un empâtement bilatéral de la région parotidienne, le diagnostic histologique des tumeurs palpébrales excisées fut, il est vrai, celui de tumeur épithéliale de la glande lacrymale, mais MM. de Wecker et Masselon s'empressent d'ajouter que « ce diagnostic ne fut pas sans beaucoup nous surprendre, étant donnés la marche bénigne de l'affection et le parfait état de santé générale du sujet ».

Quoi qu'il en soit, c'est précisément le rôle important de l'hypertrophie des éléments lymphoïdes dans la tuméfaction de ces glandes qui a amené à établir une certaine parenté entre la maladie de Mikulicz et les cas de gonflement leucémique de ces mêmes glandes. Pour s'en convaincre, il suffit de lire le mémoire de M. Haltenhoff, où, après avoir relaté son observation personnelle et celle de M. Gallasch, l'auteur déclare : « Malgré les différences considérables résultant de la gravité de l'état général, des complications et de la marche funeste de ce cas comparé à la bénignité du nôtre, nous croyons pouvoir établir un certain rapprochement entre ces deux observations. Notre malade avait souffert d'inflammations de la muqueuse oculo-palpébrale que l'on rattache d'ordinaire à une faiblesse générale de nutrition prédisposant aux catarrhes chroniques des muqueuses avec développement exagéré du tissu lymphatique, aux dermatites superficielles et aux engorgements ganglionnaires. Les follicules lymphatiques qu'elle avait eus dans la conjonctive ne sont, en définitive, que de petits lymphomes nouvellement formés dans le tissu adénoïde de la muqueuse. Quant aux phlyctènes du pourtour cornéen, elles sont constituées par un amas sous-épithélial de leucocytes. La rhinopharyngite chronique avec grosseur des amygdales dont souffrait notre malade s'accompagne également d'une augmentation des tissus adénoïdes... Notre malade devait donc, comme tous les sujets, dits scrofuleux, être prédisposée aux hyperplasies lymphatiques. »

Mais, quelque complètes que soient ces analogies histologiques, il n'en reste pas moins que, *cliniquement*, la maladie de Mikulicz ne saurait être confondue avec les tuméfactions leucémiques des glandes lacrymales : dans la première, le processus reste strictement localisé aux glandes lacrymales et salivaires et ne s'accompagne ni d'hypertrophie des ganglions lymphatiques, ni de troubles généraux, tandis que, dans la leucémie, le gonflement des glandes en question ne constitue qu'une des manifestations d'un état morbide complexe et généralisé, qui se traduit par des adénopathies multiples et par toute une série de désordres plus ou moins graves. Le pronostic, essentiellement favorable dans les cas de la première catégorie, est, au contraire, des plus graves lorsqu'il s'agit d'une leucémie.

V

En dehors de la lymphadénie généralisée, il est encore un autre processus chronique qui est également susceptible de donner lieu à une tuméfaction symétrique des glandes lacrymales : c'est la tuberculose. M. Abadie (1) en a relaté 2 cas, et M. von Mikulicz en a observé un troisième, d'autant plus remarquable que les lésions des deux glandes lacrymales étaient associées au développement de nombreux lymphomes tuberculeux dans les régions parotidiennes et sous-maxillaires.

Enfin, les infections aiguës se localisant aux deux glandes lacrymales peuvent, dans certains cas, d'autant mieux simuler la maladie de Mikulicz que ces manifestations coïncident souvent avec une tuméfaction des glandes parotides ou sous-maxillaires. En raison de la déformation de la face que créent ces dacryoadénites doubles, M. Hirschberg (2) leur a donné le nom d'« oreillons de la glande lacrymale » (*Mumps der Thränendrüsen*). Mais on a aussi observé des cas (3) où cette dénomination était d'autant plus justifiée que la dacryoadénite ne faisait que précéder ou accompagner une véritable parotidite ourlienne.

Si l'on tient compte que, suivant la remarque de Panas (4), « il n'est pas d'infection à porte d'entrée quelconque qui ne puisse provoquer la dacryoadénite », on comprend que les cas de tuméfaction symétrique des glandes lacrymales d'origine phlegmasique ne doivent pas être extrêmement rares et soient connus de longue date (5). M. Galezowski (6) a observé, chez une femme de quarante ans, une inflammation aiguë des deux glandes lacrymales, accompagnée d'un gonflement des ganglions préauriculaires et des glandes sous-maxillaires, et

(1) F. Gallasch. Ein seltener Befund bei Leukämie im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1874, VII, p. 82.)

(2) Th. Leber. Ueber einen seltenen Fall von Leukämie mit grossen leukämischen Tumoren an allen vier Augenlidern und mit doppelseitigem Exophthalmus. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, 1878, XXIV, 1.)

(3) Zirm. (*K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien*, séance du 18 déc. 1891, et *Semaine Médicale*, 1891, p. 503.)

(4) Th. Axenfeld. Zur Lymphombildung in der Orbita. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, 1891, XXXVII, p. 102.)

(5) E. Delens. Observations de tumeurs lymphadéniques des deux orbites. (*Arch. d'ophtalmol.*, mars-avril 1886.)

(6) C. Reymond. Linfomi voluminosi delle due orbite ed al davanti delle due orecchi, con degenerazione amiloidea dei soli elementi linfoidi. (*Ann. di ottalmol.*, 1883, XII, p. 337.)

(7) H. Adler. (*K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien*, séance du 17 mai 1889, in *Wien. klin. Wochensch.*, 23 mai 1889, p. 422.)

(8) H. Häckel. Beitrag zur Kenntnis der symmetrischen Erkrankung der Thränen- und Mundspeicheldrüsen. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1903, LXIX, 1-2.)

(1) C. Hirsch. Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der symmetrischen Erkrankung der Thränen- und Mundspeicheldrüsen (Mikulicz). (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1898, III, 3-4.)

(2) L. de Wecker et J. Masselon. Tumeurs symétriques des glandes lacrymales palpébrales et des parotides. (*Arch. d'ophtalmol.*, fév. 1892.)

(1) Ch. Abadie. Tumeurs rares symétriques des paupières. (*Arch. d'ophtalmol.*, 1880, I, p. 432.)

(2) J. Hirschberg. Mumps der Thränendrüsen. (*Centr.-Bl. f. prakt. Augenheilk.*, mars 1890.)

(3) Voir notamment l'observation de M. Gordon Norrie (*Centr.-Bl. f. prakt. Augenheilk.*, juillet 1890, p. 223).

(4) Panas. Dacryoadénite double d'origine amygdalienne. (*Semaine Médicale*, 1895, p. 37-38.)

(5) F. Horner. Entzündung beider Thränendrüsen. (*Klin. Monatsblätter f. Augenheilk.*, 1866, IV, p. 257.)

(6) Galezowski. Inflammation des deux glandes lacrymales. (*Recueil d'ophtalmol.*, juillet 1886.)

M. Scheffels (1) a signalé un cas de dacryoadénite double apyrétique et non purulente, avec tuméfaction des ganglions et glandes sous-maxillaires, adénopathies cervicales, cubitales et inguinales, et hypertrophie de la rate.

Mais il va de soi que, la symétrie des lésions mise à part, ces faits n'ont rien de commun avec la maladie de Mikulicz : celle-ci est essentiellement chronique et ne s'accompagne d'aucun phénomène inflammatoire, tandis que, dans les cas que nous venons de passer en revue, la phlegmasie domine le tableau clinique et tout le processus évolue dans l'espace de quelques jours; c'est ainsi que chez le malade de M. Scheffels un traitement ioduré d'environ deux semaines a suffi pour faire disparaître tous les troubles morbides.

Une ligne de démarcation très nette sépare donc la maladie de Mikulicz des dacryoadénites aiguës, alors même que celles-ci s'accompagnent de tuméfaction inflammatoire des glandes salivaires. Et, d'autre part, l'absence de désordres généraux, d'adénopathies ganglionnaires et d'altérations du sang, ainsi que le caractère bénin de son évolution, la différencient tout aussi nettement d'avec les hypertrophies leucémiques des glandes lacrymales et salivaires, encore que, de par la nature histologique des lésions, elle semble constituer une sorte de lymphadénie localisée.

VI

En ce qui concerne l'étiologie de cette affection, on en est, pour le moment, réduit à des hypothèses, parmi lesquelles la plus plausible a été formulée par M. von Mikulicz. D'après le professeur de Breslau, la tuméfaction symétrique des glandes lacrymales et salivaires reconnaîtrait pour cause une infection; reste à savoir pourquoi cette infection se localise exclusivement aux glandes susmentionnées, en épargnant tout le reste de l'organisme : M. von Mikulicz serait porté à admettre que l'agent infectieux arrive à ces glandes, non pas par la voie sanguine ou lymphatique (comme cela se passe vraisemblablement dans les cas de leucémie), mais par les muqueuses, et notamment par la conjonctive, puisque généralement la maladie débute par la tuméfaction des glandes lacrymales. D'autre part, le fait de la participation des glandes salivaires s'expliquerait, suivant le même auteur, par les rapports anatomiques étroits qui existent entre la conjonctive et la muqueuse buccale, les deux étant, en quelque sorte, en continuité par l'intermédiaire des voies lacrymales et de la muqueuse du rhino-pharynx.

Ajoutons que d'autres arguments pourraient également être invoqués pour faire comprendre la raison de cette coexistence — qui, à première vue, paraît si surprenante — des lésions des glandes lacrymales et salivaires : dans sa thèse sur les tumeurs de la glande lacrymale, M. Tondeur (2) consacrait tout un chapitre au parallèle entre ces tumeurs et celles des glandes salivaires. Après avoir rappelé les nombreux points communs que présentent l'anatomie et la physiologie des glandes lacrymales et des glandes salivaires — les unes et les autres naissent d'un bourgeon plein et cylindrique de l'épithélium profond d'une muqueuse, et cette analogie se retrouve dans la structure des organes adultes —, l'auteur en conclut : « Il semble *a priori* que des organes liés par de telles affinités doivent subir les mêmes déviations pathologiques et, formés de semblables éléments anatomiques, souffrir aussi de semblables dégénérescences. » Et, sans connaître le mémoire de M. von Mikulicz, M. Tondeur cite cependant les cas de MM. Haltenhoff, Fuchs, Zirm, de Wecker et Masselon, pour montrer que « les glandes lacrymales et salivaires subissent les mêmes réactions sous de mêmes influences pathologiques ».

(1) O. Scheffels. Ein Fall von acuter, doppelseitiger, nicht eitriger Thränendrüsenentzündung. (*Centr.-Bl. f. prakt. Augenheilk.*, mai 1890.)

(2) H. Tondeur. Contribution à l'étude des tumeurs de la glande lacrymale. (*Thèse de Lyon*, 1894.)

Ce qui paraît surtout militer en faveur de l'hypothèse de M. von Mikulicz, c'est l'existence, tout au moins dans quelques-unes des observations susmentionnées, de lésions plus ou moins accentuées des muqueuses avoisinant les glandes malades, lésions de la conjonctive chez le patient de M. von Mikulicz, altérations des muqueuses pharyngienne et nasale dans le cas de M. Haltenhoff, rhinite hypertrophique chronique chez un des malades de M. Kümmel (obs. I), etc.

Sans s'inspirer du travail de M. von Mikulicz, M. Debierre ne s'en arrête pas moins à la même hypothèse : « Bien qu'il n'existât ni fièvre, ni accidents généraux, je me demandai s'il n'existait pas là une sorte de périostite due à une infection : le sujet, en effet, avait été en rapport avec un cheval malade, qui présentait un peu de jetage. »

L'observation de M. Baas (1), dans laquelle l'affection semble devoir être rattachée à la manipulation de l'huile rance et malpropre, servant à graisser les machines, paraît également corroborer l'origine infectieuse de la maladie. Il en est, du reste, de même pour le cas relaté, il y a quelques semaines seulement, par M. Cutler (2) et où l'hypertrophie symétrique des glandes lacrymales et salivaires *coexistait avec une iritis nodulaire*, fait qui constitue un nouvel argument en faveur de la théorie soutenue par M. von Mikulicz.

VII

Bien que la tuméfaction symétrique des glandes lacrymales et salivaires ne comporte pas de pronostic grave, elle peut néanmoins devenir très gênante, soit en raison de la difformité qu'elle crée, soit à cause des troubles mécaniques auxquels elle est susceptible de donner lieu. Aussi nombre de chirurgiens n'ont-ils pas hésité à exciser les glandes hypertrophiées. Mais, avant de recourir à l'opération, il convient d'essayer le traitement médical, et cela d'autant plus qu'il a donné, dans quelques cas, d'excellents résultats. C'est ainsi que MM. Fuchs, Cutler, etc. ont obtenu de bons effets par l'emploi prolongé de l'arsenic à hautes doses et que M. Haltenhoff a vu guérir sa petite patiente sous l'influence de l'usage du sirop d'iodure de fer. D'autres auteurs ont prescrit, avec succès, l'iodure de potassium. Enfin, on pourra également utiliser le massage.

Dr L. Cheinisse (de Paris).

MÉDECINE PRATIQUE

L'uréthrite staphylococcique par coït « ab ore ».

On trouve dans la littérature médicale d'assez nombreux cas de blennorrhagie sinon apparue, du moins réveillée dans un urèthre antérieurement infecté, à la suite du coït buccal. D'autre part, les uréthrites infectieuses banales, non gonococciques, sont également bien connues : survenues consécutivement à un coït suspect — parfois même après une excitation génésique intense, sans rapport sexuel, car l'urèthre le plus sain renferme des germes susceptibles de voir leur virulence s'exalter à un moment donné —, elles affectent en général une marche essentiellement chronique et durent des mois ou des années, se montrant désespérément rebelles à toute tentative thérapeutique.

(1) J. H. Baas. Ein Fall von symmetrischen Geschwülsten der Thränendrüsen, der Lider, von Mund- (und Schlund?) Schleimhaut- (auch Kehlkopf-) Drüsen. (*Zeitsch. f. Augenheilk.*, 1903, X, 3.)

(2) C. W. Cutler. Symmetrical enlargement of parotid and lacrimal glands; nodular iritis. (*Med. News*, 17 déc. 1904.)

Ce n'est ni de l'une ni de l'autre de ces éventualités qu'il s'agit ici; mais bien d'une uréthrite aiguë, on pourrait dire suraiguë, due au staphylocoque blanc et apparaissant un temps variable après un coït buccal pratiqué avec un individu dont la bouche est elle-même infectée. Trois faits seulement permettent d'esquisser l'histoire de cette uréthrite si particulière quant à son origine et à son évolution.

Le premier a été signalé, il y a plus de trois ans, par M. le docteur A. Malherbe, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes. Un homme d'une cinquantaine d'années se présente à notre confrère, accusant de vives douleurs à la miction; l'examen objectif révèle autour du méat les signes d'une inflammation de moyenne intensité; il existe un écoulement minime, séro-sanguinolent; l'examen bactériologique le plus minutieux (sur lamelles et en cultures) ne permet de découvrir, en l'absence de tout gonocoque, que du staphylocoque pyogène blanc. Le malade se défend énergiquement d'avoir eu des rapports extra-conjugaux; sa femme, d'un certain âge déjà, est à l'abri de tout soupçon.

L'origine de l'infection paraissait donc tout à fait mystérieuse, quand le patient, pressé de questions, finit par avouer que, la veille même du début des accidents, il avait subi une « caresse buccale peu prolongée et non suivie d'éjaculation ». La femme ne put être examinée, mais on sut que peu auparavant elle avait eu « l'influenza avec du mal dans la bouche » et, d'autre part, une petite épidémie de stomatite aphteuse sévissait dans la ville où elle résidait.

L'uréthrite présentée par cet homme eut une durée de cinq semaines environ; elle guérit sans traitement, après avoir conservé jusqu'au bout ses mêmes caractères : écoulement extrêmement minime, douleurs aussi intenses que dans la plus aiguë des blennorrhagies; à un moment donné il y eut même des irradiations douloureuses dans les aines, les fesses et les membres inférieurs, avec hyperesthésie notable de la peau du périnée et de la face interne des cuisses.

Ce fait semble être resté unique jusque vers le milieu de l'année dernière, où M. le docteur H. Malherbe (de Nantes) eut l'occasion d'en observer un de tout point analogue. Le malade avait une uréthrite très aiguë, avec méat rouge et tuméfié, léger ectropion de la muqueuse, écoulement de moyenne abondance, brun clair, parfois franchement sanguinolent. Cet état durait depuis cinq jours et avait été aggravé par des injections d'une solution de résorcine à 0.5 % que le patient avait faites de son propre chef. Les ensemencements donnèrent des cultures pures de *Staphylococcus pyogenes albus*; les préparations extemporanées n'avaient cependant pas montré ce microbe, mais seulement de gros diplocoques, comme on en voit souvent dans l'examen des sécrétions uréthrales; absence de tout gonocoque : cet homme, d'ailleurs, n'avait eu qu'une blennorrhagie plus de vingt ans auparavant.

Ici encore, l'étiologie, sur laquelle il ne fut pas aisé tout d'abord d'obtenir des aveux, était pourtant bien nette : huit ou dix jours avant l'apparition de l'écoulement, le malade s'était livré à un coït buccal prolongé, non suivi d'éjaculation; aucun lavage n'avait été pratiqué, et la première miction n'avait eu lieu que quatre ou cinq heures plus tard.

Pour lever tout doute, notre confrère eut recours à la méthode « de la confrontation » : la partenaire du patient, examinée par lui dès le lendemain, avait eu trois semaines plus tôt un embarras gastrique intense, avec stomatite que le médecin traitant avait déclarée de nature aphteuse. Elle présentait encore, sur les bords de la langue, des exulcérations en voie de cicatrisation et, sur l'amygdale droite, une crypte renfermait un exsudat blanc jaunâtre, dont l'examen bactériologique complet permit d'isoler des streptocoques, des staphylocoques blancs et un germe spécial très petit.

La guérison de l'uréthrite fut rapidement obtenue, sans traitement spécial.

Il n'en fut pas de même dans le troisième cas, observé, également à Nantes, par MM. les docteurs Ollive, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine, et Léquyer, médecin suppléant des hôpitaux. Les phénomènes étaient extrêmement intenses : mictions excessivement douloureuses, écoulement très abondant d'un pus parfois sanguinolent, renfermant en quantité des staphylocoques « avec bacilles rappelant le pneumocoque et quelques vibrions analogues à ceux que l'on rencontre dans la cavité buccale », état général mauvais, température ayant atteint 39° pendant plusieurs jours. Cet état aigu persista un mois environ; il ne céda qu'au repos absolu au lit durant tout ce temps, avec grands bains quotidiens; la guérison fut complétée par des injections au permanganate de potasse et l'emploi de bougies uréthrales à l'ichtyol. Ces accidents avaient débuté quinze jours après un coït *ab ore*, le dernier coït normal remontant à plus de six semaines.

Tels sont les faits; ils paraissent bien probants, car, en dehors même de l'identification bactériologique de l'agent pathogène, la « stomatite aphteuse » dont avait souffert la femme qui avait contaminé le malade de M. A. Malherbe, plus encore la confrontation que put faire M. H. Malherbe, lèvent tous les doutes.

Un dernier point mérite d'être examiné, vu son importance pratique : quelle est la contagiosité de cette uréthrite staphylococcique? Elle paraît avoir été nulle dans le premier des cas que nous venons de résumer, car le patient put, avant guérison, avoir à deux reprises des rapports avec sa femme, sans dommage ni pour lui ni pour elle. Le fait cependant devrait être plus soigneusement établi, car M. le docteur G. Audistère pouvait naguère rassembler 5 observations d'infection des voies génitales de la femme (endométrite purulente compliquée de salpingite dans un de ces faits) par une uréthrite non gonococcique de l'homme; et si, dans ces 5 cas, le pus uréthral du contaminateur renfermait des bacilles divers, dans un du moins il contenait aussi des microcoques.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Contribution à l'étude des névrites optiques d'origine infectieuse, par M. H. Bichelonne.

La notion de névrite optique d'origine infectieuse est de date relativement ancienne déjà. D'autre part l'on sait bien que, quelque bénigne qu'elle soit dans l'immense majorité des cas, l'angine banale se montre parfois cependant capable de retentir sur le système nerveux périphérique; cela étant, rien d'étonnant à ce qu'elle puisse à l'occasion, comme dans le cas relaté par M. Bichelonne, devenir génératrice d'une névrite optique. Il n'en est pas moins utile de connaître les faits de ce genre — d'ailleurs exceptionnels —, car, en pareille occurrence, la relation de cause à effet entre l'angine et l'amblyopie n'est pas toujours évidente, et il serait facile de commettre les plus fâcheuses erreurs de diagnostic et de pronostic. Voici d'abord, sommairement, l'observation recueillie par l'auteur :

Une huitaine de jours après la guérison d'une angine catarrhale simple, ayant évolué en une semaine environ, un vigoureux artilleur de vingt-deux ans, sans aucune tare héréditaire, sans le moindre antécédent toxique ou infectieux, s'aperçut un soir, alors qu'il se promenait au coucher du soleil, que sa vue baissait brusquement, surtout du côté droit, au point qu'il eut quelque peine à regagner la caserne. Pendant les jours qui suivirent, l'amblyopie ne fit qu'augmenter, sans douleur du reste, ni trouble de l'état général.

Au bout de deux semaines à peu près, le malade — jusque-là soigné à l'infirmerie — est envoyé à l'hôpital militaire, et l'on pratique l'examen ophtalmoscopique. On trouve des papilles congestionnées, à rebords flous, de couleur rouge sombre; les pupilles sont dilatées et réagissent très lentement à la lumière; la convergence normale des deux yeux est diminuée; les globes oculaires font légèrement saillie. A ce moment, le malade peut encore se conduire, quoique difficilement, mais il est incapable de compter les doigts. Peu à peu, la vision s'affaiblit davantage encore, et, deux mois après le début des troubles visuels, la cécité est complète.

Cet homme obtient alors un congé de convalescence de trois mois, qu'il va passer dans sa famille. A son retour, aucune modification appréciable ne s'est produite. Les papilles — surtout la droite — offrent toujours la même congestion; au point de vue fonctionnel, le patient perçoit simplement le faisceau lumineux réfléchi par l'ophtalmoscope. Six semaines plus tard, une brusque amélioration survient : le malade se rend compte que l'on tourne son visage vers une fenêtre; quatre jours après, il compte les doigts à 25 centimètres; le surlendemain, l'acuité est de $^4/_{50}$ à gauche, de $^2/_{50}$ à droite. Dès lors, la guérison se fait rapidement, et au bout de deux semaines encore l'acuité était normale aux deux yeux.

Telle est cette histoire clinique, peu banale, somme toute, puisque l'auteur n'a pu rassembler que 4 faits analogues (von Graefe, Menacho, Natansohn, Parinaud), parfaitement superposables, d'ailleurs : tous concernent des sujets dont la vue, quelques jours après la guérison d'une angine n'offrant en soi rien de particulier, s'abaisse progressivement jusqu'à une cécité complète ou à peu près complète, mais heureusement passagère; et de fait le retour à l'état normal était accompli au bout de quelques semaines dans le cas de von Graefe, d'un mois environ dans celui de M. Menacho (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 366), de peu de temps dans celui de M. Natansohn, d'un peu plus de deux mois dans celui de M. Parinaud, publié par M. Pelloquin. Le malade de M. Bichelonne, avec sa cécité ayant duré plus de six mois, est donc, et de beaucoup, celui qui fut le plus gravement atteint.

Et ce dernier point permet quelques considérations d'ordre pathogénique. Faut-il, avec M. Parinaud, attribuer cette névrite optique post-angineuse à la compression du nerf par l'œdème inflammatoire de ses gaines, surtout au niveau du canal optique? Mais il serait bien surprenant que, dans le cas de M. Bichelonne, le nerf optique, cet organe si délicat, eût pu, sans dommage, supporter pendant six mois un véritable étranglement dans un canal osseux inextensible. Aussi, pour l'auteur, s'agit-il plus vraisemblablement, en l'espèce, de l'imprégnation du périnèvre et du nerf par les toxines véhiculées par le sang, les lésions se limitant au stade de début, sans aller jusqu'à l'atteinte du cylindraxe, ce qui permet la *restitutio ad integrum*.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de cette question pathogénique, il n'en reste pas moins ce fait important à retenir, que l'angine la plus banale peut être suivie à brève échéance d'une névrite optique entraînant une cécité absolue, et que le pronostic, à en juger par les observations jusqu'ici publiées, demeure tout de même favorable. (*Ann. d'oculist.*, novembre 1904.) — F. F.

De l'intervention opératoire dans les néphrites et dans certaines affections médicales du rein, par M. A. Yvert.

Dans les néphrites *aiguës* avec abcès, la néphrectomie, en cas de lésions graves, constitue évidemment le procédé le plus radical, puisque, en supprimant le rein malade, elle fait disparaître le réflexe réno-rénal, par suite duquel ce rein est susceptible de réagir si défavorablement sur l'organe du côté opposé; malheureusement la mortalité de la néphrectomie primitive est, dans ces conditions, très élevée : elle atteint 33.33 %. La néphrotomie, dont la mortalité n'est que de 5 %, et dont les résultats sont excellents, mérite donc d'occuper la première place dans le traitement chirurgical des néphrites aiguës, suppurées ou non. Tous les auteurs, d'ailleurs, sont à peu près d'accord sur ce point, et c'est principalement sur l'intervention chirurgicale dans les néphrites chroniques que M. Yvert a cru devoir insister.

Actuellement, dans le traitement opératoire des néphrites *chroniques*, le débat se trouve circonscrit entre la néphrotomie préconisée par M. Pousson et la décapsulisation proposée par M. Edebohls (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 397). Or, bien que cette dernière opération ne semble présenter ni, comme technique, de grandes difficultés, ni, comme gravité, de sérieuses conséquences, ni enfin, comme résultats ultérieurs, la moindre complication, elle n'en est pas moins plus difficile et plus grave que la néphrotomie, avec cet autre inconvénient de ne produire un effet salutaire qu'après huit à dix jours au minimum, tandis que l'incision du rein donne un résultat presque immédiat. D'autre part, l'on a critiqué le principe même de la décapsulisation, en tant que point de départ d'une vascularisation nouvelle entre le parenchyme rénal et la paroi adjacente : on a, en effet, attribué la plus grande part de l'heureuse influence de la résection de la capsule à la diminution de pression à l'intérieur du rein et à l'action du réflexe réno-rénal; il faut reconnaître, pourtant, que les résultats tardifs de cette opération semblent établir une ligne de démarcation assez nette avec ce qui se passe normalement après la néphrotomie. Quoi qu'il en soit, l'auteur croit devoir préférer cette dernière intervention, jusqu'au jour où il sera démontré, que la décapsulisation est manifestement supérieure à la section du rein.

En ce qui concerne la *néphrolyse*, plus récemment imaginée par M. Rovsing (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 207), elle paraît trouver son indication dans certains cas de néphrites chroniques avec adhérences épaisses et étendues. Cette opération consiste à détruire ces adhérences en libérant et en réséquant l'atmosphère cellulo-fibreuse péri-rénale; 3 observations seulement ont été publiées : elles se sont terminées, l'une par la guérison complète, la deuxième par une grande amélioration, la dernière par une amélioration passagère.

Enfin M. Israël a proposé systématiquement la néphrotomie dans le cas d'hémorrhagies rénales rebelles, sans lésion apparente, et l'expérience a montré que cette intervention donnait des résultats indiscutables (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 45). Etant reconnu que ces néphrorrhagies peuvent être mortelles, on ne doit donc pas hésiter à inciser le rein, lorsqu'elles ont résisté aux traitements ordinaires. (*Rev. de chir.*, septembre 1904.) — M. C.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Les altérations chroniques du pancréas dans l'artériosclérose et leurs rapports avec le diabète sucré, par M. G. Hoppe-Seyler.

Le présent mémoire est basé sur 18 cas d'altérations pancréatiques chez des artérioscléreux, dont 9 accompagnés de diabète. Les lésions du pancréas ont toujours été plus marquées dans les faits de la seconde catégorie que dans les cas d'artériosclérose sans glycosurie. Ces altérations se traduisent par un épaississement de la tunique interne — plus rarement de la tunique moyenne — des vaisseaux, avec rétrécissement de leur lumière, allant parfois jusqu'à l'oblitération complète, et par une prolifération abondante du tissu conjonctif. Comme ce processus de phlegmasie chronique, d'origine vasculaire, se propage moins entre les lobules de la glande qu'entre ses *acini* et à l'intérieur de ceux-ci, il aboutit peu à peu à l'atrophie des cellules parenchymateuses.

La différence entre les cas avec ou sans diabète devient particulièrement frappante lorsqu'on examine les îlots de Langerhans. Chez les diabétiques, ces îlots sont toujours atteints, la gravité de leurs lésions étant d'ailleurs en raison directe de l'intensité des troubles des échanges organiques : dans les formes graves, les cellules parenchymateuses se présentent en état de désagrégation ou sont déjà complètement détruites, le tissu conjonctif est augmenté

tant à l'intérieur qu'autour des îlots, et ceux-ci sont parfois tout à fait sclérosés ou remplis de masses hyalines; s'agit-il, au contraire, de cas bénins (diabète léger ou simple glycosurie alimentaire), les îlots sont relativement peu altérés, et quelques-uns d'entre eux restent même parfaitement normaux.

Cela étant, M. Hoppe-Seyler se croit autorisé à conclure que le développement du diabète est en quelque sorte fonction du processus anatomo-pathologique qui porte sur les îlots de Langerhans, ceux-ci étant intacts dans les cas d'artériosclérose sans glycosurie, tandis qu'ils sont tous profondément altérés (pancréatite interstitielle angiosclérotique) dans les formes graves du diabète. La queue du pancréas est, chez les diabétiques, généralement beaucoup plus atteinte que la tête de la glande, alors que dans les affections ayant pour point de départ le canal de Wirsung (suites de la cholélithiase, par exemple), la tête du pancréas peut être le siège de lésions très avancées sans qu'il se produise pour cela de la glycosurie. Ces constatations semblent indiquer que, dans les échanges du sucre, c'est surtout la queue de la glande qui intervient d'une façon active.

Au point de vue fonctionnel, ce qui différencie les altérations du pancréas d'origine vasculaire d'avec celles qui prennent leur point de départ dans les canaux excréteurs (kystes, concrétions, etc.), c'est que les premières se traduisent par des troubles des échanges du sucre, tandis que les secondes retentissent sur la production des ferments pancréatiques et, partant, sur la digestion intestinale. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 1-2.) — L. CH.

Extirpation totale de l'omoplate, régénération osseuse et fonction ultérieure (en particulier dans l'ostéomyélite scapulaire), par M. PH. BOCKENHEIMER.

Dans ce mémoire, M. Bockenheimer apporte une contribution intéressante à l'étude des résultats fonctionnels de l'extirpation de l'omoplate, et, à son tour, il insiste sur la condition essentielle de la régénération anatomique et physiologique, à savoir la conservation du périoste et de toutes les attaches fibreuses et musculaires. Or, cette condition n'est pas réalisable, à un égal degré, dans tous les cas où l'on est conduit à extirper l'omoplate, et, sous ce rapport, il y a lieu de distinguer, d'une part les néoplasmes, de l'autre les affections ostéitiques, de nature diverse.

Lors de tumeur maligne, il faut naturellement que l'ablation soit aussi large que possible; elle doit sacrifier beaucoup de parties molles, et, par suite, crée à la restauration fonctionnelle un terrain anatomique toujours assez mauvais. De fait, les opérés qu'on a pu suivre ou retrouver conservent, en général, un bras « inutilisable ». M. Bockenheimer relate deux exemples de ce genre, émanés de la pratique de M. von Bergmann :

Le premier est celui d'un homme de quarante-trois ans, resté depuis neuf ans sans récidive, après l'ablation de l'omoplate pour un sarcome à cellules rondes, fortune exceptionnelle, s'il en fût, et qui n'est point trop chèrement achetée par l'impotence presque complète du bras, atrophié, pendant le long du tronc, et seulement capable de petits mouvements d'abduction et d'adduction.

Le second est plus récent, l'intervention datant de novembre 1903; cette fois encore, il s'agissait d'un sarcome à petites cellules rondes; la guérison opératoire fut simple, la mobilisation commença dès la deuxième semaine, mais le fonctionnement n'en est pas moins à peu près nul, bien que les manœuvres précoces d'assouplissement aient du moins prévenu les raideurs et les rétractions cicatricielles. Est-il possible, dans ces conditions, d'améliorer plus tard l'état local en fixant l'humérus à la clavicule, comme l'avait fait Ollier, ou en réalisant des transplantations musculaires appropriées? La question vaut d'être posée; mais, en somme, lors de tumeur maligne, les indications de ces tentatives réparatrices secondaires se présenteront bien rarement.

L'avenir est tout autre, lorsque l'extirpation de l'omoplate est pratiquée dans l'ostéomyélite, les ostéites septiques (d'origine typhique, par exemple), la tuberculose, les fractures compliquées, les plaies par armes à feu. Ici, la technique sous-périostée peut être appliquée, en général, et — sous la réserve qu'elle le soit, et que le traitement post-opératoire soit bien conduit — on peut obtenir une néarthrose scapulo-humérale de fonctionnement presque normal, et l'on observe des reproductions presque complètes de l'omoplate extirpée; il y a même lieu d'ajouter, d'après l'auteur, que l'extirpation totale est, alors, de pronostic fonctionnel mieux assuré que l'ablation économique et partielle.

C'est surtout l'ostéomyélite qui sert à la démonstration de cette manière de voir. On sait, d'ailleurs, quelle est la gravité de l'ostéomyélite aiguë de l'omoplate, avec quelle rapidité elle se diffuse localement et provoque l'infection générale. D'autre part, la texture de l'os, composé de segments discontinus de tissu spongieux, ne se prête pas à la trépanation bi-polaire, telle qu'elle se pratique sur les os longs : on se trouve en présence de foyers multiples, et bientôt d'un envahissement total, et c'est l'exérèse totale qui, seule aussi, devient le traitement efficace. M. Bockenheimer relate 3 observations de ce genre.

Dans la première, le diagnostic ne fut posé qu'à l'autopsie : un enfant de trois ans avait été pris, six jours auparavant, de douleurs dans le bras gauche, accompagnées d'une fièvre élevée et d'un gonflement croissant; on fit une incision à la face postérieure du bras, dans son tiers supérieur, et l'on ouvrit une vaste collection purulente, qui remontait dans la région sus-claviculaire. La température se maintenant à 40° et l'état général s'aggravant, on intervint de nouveau le lendemain, dans l'hypothèse d'un foyer ostéomyélitique de la tête humérale; on ouvrit l'articulation, mais elle était saine, ainsi que l'humérus; il n'y avait rien dans l'aisselle. Le jour suivant, l'enfant succombait. A l'autopsie, on découvrit une ostéomyélite de l'omoplate : le foyer occupait la fosse sous-scapulaire, et, de là, avait fusé dans la fosse sous-épineuse et sus-claviculaire. Il convient de noter, avec l'auteur, cette intégrité de l'aisselle, et de rappeler, ainsi qu'il le fait, que la suppuration ostéomyélitique ne gagne, d'ordinaire, la cavité axillaire qu'après s'être répandue, en arrière, dans la loge sous-épineuse.

Chez le second malade, un enfant de douze ans, le diagnostic fut établi d'emblée : le gonflement occupait la face postérieure de l'omoplate droite, et la peau était même un peu rouge au niveau de l'épine. On intervint sur ce point, on découvrit une petite collection et l'on trépana toute l'épine; mais cela ne suffit pas à faire tomber la fièvre et les accidents généraux, et, après quelques nouvelles tentatives partielles, on procéda à l'extirpation totale, qui révéla un gros abcès sous-scapulaire. Cette extirpation fut faite par la méthode sous-périostée, et la mobilisation rapidement instituée. Quelques semaines après l'opération, on distinguait déjà, au palper, des traces de régénération osseuse; au bout d'un an et demi, les images radiographiques permettent de s'assurer que l'omoplate s'est reproduite : elle est, il est vrai, presque carrée et plus épaisse que l'os normal, ses bords sont très irréguliers, mais toutes les apophyses sont reconstituées, et la tête humérale roule dans une cavité glénoïde. Les fonctions du bras sont absolument normales, et la force du membre est très remarquable; l'opéré a repris, d'ailleurs, son métier d'acrobate.

Il s'agissait d'une ostéomyélite chronique prolongée, dans le troisième cas; l'omoplate fut enlevée, à part un court segment correspondant à la glène. Cette fois encore, la guérison fut rapide; au bout de trois mois, le corps de l'os était déjà partiellement reproduit et les apophyses nettement restaurées; à la même date, tous les mouvements pouvaient s'exécuter avec force. Signalons toutefois que, pendant un certain temps, la pseudarthrose existant entre le segment glénoïdien conservé et la nouvelle omoplate apportait quelque gêne au fonctionnement; ces désordres cessèrent, lorsque la fusion fut accomplie.

Ce sont là des résultats fonctionnels fort encourageants; on ne saurait oublier que, dans d'autres variétés d'ostéite, dans la tuberculose, par exemple, le périoste, lui-même altéré ou détruit, ne fournit pas une aussi bonne étoffe. Quoi qu'il en soit, c'est à le conserver aussi intégralement que possible, et à respecter toutes les attaches musculaires et les nerfs importants, que la technique doit s'appliquer. M. Bockenheimer recommande une double incision, l'une suivant l'épine de l'omoplate jusqu'au bec de l'acromion, l'autre, branchée sur la première, et parallèle au bord interne de l'omoplate, sur toute sa longueur; il insiste, de plus, sur le bénéfice que l'on retire de la section préalable de l'acromion et de l'apophyse coracoïde, avant d'aborder la région de la glène; on peut, de la sorte, avec beaucoup plus d'aisance, détacher et rejeter sur le côté le nerf sus-scapulaire avec le muscle sous-épineux, et ménager aussi le nerf circonflexe.

Enfin, le traitement post-opératoire est d'importance majeure : dès la seconde semaine, on fait exécuter des mouvements passifs, surtout d'abduction et de rotation en dehors, puis d'élévation, et l'on poursuit aussi activement que possible la gymnastique locale. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 1.) — L.

Les injections sous-cutanées de paraffine par la méthode de Gersuny et leur valeur en gynécologie, par M. M. STOLZ.

Il nous paraît intéressant de signaler les 2 cas relatés dans le présent travail, concernant l'emploi de la paraffine pour combattre l'incontinence d'urine, car ils semblent assez bien résumer les avantages et les inconvénients de cette méthode encore récente.

Chez la première malade de M. Stolz, l'incontinence résultait d'une nécrose étendue de la paroi inférieure de l'urèthre, à la suite d'un accouchement difficile. En raison de la perte de substance du canal, on arrivait presque directement sur le col de la vessie, qui était d'ailleurs facilement perméable au cathétérisme. Diverses opérations autoplastiques étant demeurées sans résultat, et l'état cicatriciel du vagin ne permettant pas d'en tenter de nouvelles, on décida de recourir aux injections de paraffine. On déposa donc tout autour du col de la vessie un quart de centimètre cube de paraffine fondant à 45°. L'incontinence disparut aussitôt et les deux jours suivants la malade put uriner spontanément à des intervalles plus ou moins réguliers. Mais, à partir du troisième jour, il se produisit de la rétention. Les cathétérismes qu'il fallut pratiquer amenèrent une cystite. Celle-ci guérit; par contre, ni les massages du nodule créé par la paraffine, ni la dilatation du col ne parvinrent à faire disparaître la rétention, qui était la conséquence d'un repli fibro-muqueux jouant le rôle de clapet. A la suite d'une récidive de la cystite, cinq semaines après l'opération, on se résolut à réséquer en partie ce clapet, quitte à voir l'incontinence se reproduire. Les suites de ce dernier acte opératoire ne purent être étudiées, car la patiente, très anémiée, dut retourner chez elle.

Dans le second cas, le résultat fut plus heureux. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt-deux ans, atteinte depuis son enfance d'incontinence d'urine. Deux opérations successives de torsion de l'urèthre étant demeurées infructueuses, on injecta 1 c.c. de paraffine fondant à 42° autour du col de la vessie. Au cinquième jour, la malade était encore par moments incontinente, mais, dès la fin de la première semaine, elle pouvait conserver ses urines de quatre à six heures pendant la journée et huit heures durant la nuit. Ce résultat s'est depuis lors maintenu; la petite masse injectée, qui n'a pas changé de volume, est perçue sous forme d'un nodule induré au voisinage du col.

Ces observations montrent bien les difficultés inhérentes au maniement de la paraffine. Quant au danger d'embolie, qu'on ne peut nier, il semble fort diminué avec l'emploi de la paraffine dure : celle-ci a seulement l'inconvénient de nécessiter une instrumentation spéciale.

Quoi qu'il en soit, la méthode ne paraît indiquée que lorsque tout procédé opératoire est inapplicable. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, décembre 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Schistosoma Cattoi, un nouveau parasite du sang humain, par M. J. Catto.

Pendant que l'auteur était attaché à la St. John's Island Quarantine Station, à Singapour, le choléra se déclara sur un bateau venant de Chine. Près de quatre cents coolies furent soumis à la quarantaine et, entre autres, un Chinois provenant de la province de Foukian et qui probablement n'avait jamais quitté la Chine auparavant. Il succomba au choléra après trois jours de maladie, et son autopsie fut pratiquée une heure et demie après la mort. Comme les lésions macroscopiques parurent assez particulières, une partie des viscères fut conservée, et, en faisant ultérieurement des coupes du foie, des ganglions mésentériques et de l'intestin, on fut à même de constater la présence de nombreux corpuscules ovales munis d'une capsule lisse et résistante. Les opinions étaient divisées sur la nature de ces corpuscules et on se demandait si l'on avait affaire à des coccidies ou à des œufs de quelque parasite inconnu; néanmoins, l'observation fut publiée comme un cas de coccidiose chez l'homme. Mais un nouvel examen des coupes de l'intestin décela nettement des œufs et des embryons filariformes dans les replis et les villosités de la muqueuse du gros intestin. Ils furent présentés au Medical Research Club de Londres, sans que l'on arrivât à une conclusion définitive relativement à la nature des corpuscules en question. Un savant allemand, particulièrement compétent en la matière et auquel on envoya des fragments de tissus, déclara que ces corpuscules n'étaient ni des coccidies, ni des œufs d'un trématode, mais ceux d'un nématode d'une espèce impossible à reconnaître. Sur le conseil de Sir Patrick Manson, M. Catto s'appliqua à étudier d'une façon systématique, à l'Ecole de médecine tropicale de Londres, tous les tissus conservés. Il ne tarda pas à se convaincre qu'il s'agissait, en réalité, d'une infection mixte, car, à côté d'embryons de nématodes, il trouva dans les vaisseaux sanguins des trématodes adultes, mâles et femelles, et les œufs contenus dans l'utérus de la femelle correspondaient exactement aux corpuscules ovales décelés dans les divers viscères. Des spécimens de ce ver furent soumis au Congrès international de zoologie, tenu à Berne, et il fut reconnu que l'on avait affaire à une nouvelle espèce de schistosome, que M. Blanchard proposa de désigner sous le nom de *Schistosoma Cattoi*. Ce parasite se distingue de la *Bilharzia hæmatobia* surtout par le caractère lisse de son tégument; de plus, ses œufs, beaucoup plus petits que ceux de la *Bilharzia*, ne présentent pas d'extrémité pointue et renferment un embryon à peine développé. Enfin, à l'encontre de la *Bilharzia* qui affecte la circulation veineuse et les voies urinaires, l'entozoaire en question paraît avoir une préférence pour le système artériel et infeste surtout le tube digestif, où sa présence se traduit par des lésions ulcéreuses. (*Brit. Med. Journ.*, 7 janvier 1905.) — L. CH.

Lésions du rectum occasionnées par l'examen gynécologique, par M. H. A. Kelly.

L'auteur relate 4 cas dans lesquels le toucher rectal, pratiqué en vue de l'exploration des organes pelviens, amena la perforation du rectum avec pénétration du doigt explorateur dans la cavité péritonéale. Ces accidents, que M. Kelly a observés dans sa propre pratique hospitalière, se sont produits, non pas entre les mains d'étudiants inexpérimentés, mais au cours d'examens effectués soit par des assistants rompus à ce genre d'investigations, soit, 1 fois sur 4, par l'auteur lui-même.

Chez 3 patientes, le traumatisme semble avoir été favorisé par l'âge (cinquante-deux, soixante-trois et cinquante-huit ans) et par le relâchement de la musculeuse du gros intestin. Une d'elles était, en outre, très obèse, condition particulièrement propice à la perforation du rectum, non seulement en raison de l'effort plus considérable qu'il faut déployer, en pareille occurrence, pour atteindre les organes situés plus profondément qu'à l'état normal, mais encore à cause de la plus grande friabilité des tissus.

Aussi M. Kelly recommande-t-il de procéder au toucher rectal avec beaucoup de circonspection, en ayant toujours présente à l'esprit la possibilité d'une rupture de l'intestin, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme obèse et d'un certain âge. Il est bon de vider, au préalable, le rectum et, après avoir fait placer la patiente dans la position genu-pectorale, d'introduire un spéculum de manière à assurer le maximum de distension du rectum par l'air; cela fait, on invite la malade à se mettre dans la position dorsale, et l'on peut alors pratiquer le toucher dans des conditions particulièrement favorables, le rectum étant distendu et en rapport plus intime avec les autres organes pelviens. Il importe également d'éviter la tendance que l'on a à invaginer, en quelque sorte, la paroi de l'ampoule rectale sur l'extrémité du doigt, en la poussant plus haut : afin de ne pas commettre cette faute, il faut — le doigt une fois introduit dans l'ampoule — rechercher tout d'abord ce qu'on appelle le « troisième sphincter », c'est-à-dire les valvules rectales situées en arrière du col utérin; le doigt est insinué entre ces valvules et poussé ensuite dans le pelvis, pendant que l'intestin conserve ses rapports naturels avec la face postérieure de l'utérus et le ligament large gauche. Enfin, le poignet et les doigts doivent conserver, pendant l'opération du toucher, toute la souplesse possible; il importe, par conséquent, d'éviter la rigidité du bras lors de l'effort que l'on fait pour déprimer le périnée : à cet effet, M. Kelly appuie d'abord le coude contre sa hanche, de manière à assurer une plus grande aisance aux mouvements de la main.

Comme traitement, l'auteur recommande, dans tous les cas de perforation du rectum au cours du toucher, d'ouvrir le péritoine et de suturer soigneusement la déchirure du côté péritonéal, en faisant deux étages de sutures à la soie fine plutôt qu'un seul. Le cul-de-sac postérieur du vagin constitue la voie la mieux appropriée pour atteindre la rupture, à moins que l'on ne soit sur le point d'ouvrir l'abdomen, comme dans un des cas de M. Kelly, où il s'agissait d'une tumeur de l'ovaire. Toutefois, lorsque le périnée et le vagin sont rigides et contractés, et la perforation difficilement accessible, il est préférable de faire une incision abdominale. Quelle que soit la voie adoptée, il est de la plus grande importance de placer les sutures très soigneusement, en saisissant les couches épaisses de l'intestin, tout comme la muqueuse, et en assurant une parfaite coaptation des lèvres de la plaie. Pendant les cinq ou sept premiers jours qui suivent l'intervention, l'opérée ne recevra, en fait d'aliments, que de l'eau albumineuse. L'orifice anal doit être dilaté et, si une sonde rectale est supportée, elle sera fort utile pour faciliter l'évacuation des gaz et mettre les parties malades en repos. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 novembre 1904.) — L. CH.

Hématome intrapelvien consécutif à un accouchement sans lésion de l'utérus, par M. W. Williams.

M. Williams consacre le présent mémoire à l'étude d'une variété extrêmement rare d'hémorrhagie interne, dont il a eu l'occasion d'observer un exemple.

Une primipare de vingt-huit ans venait d'être accouchée au forceps, sans difficulté, d'un enfant peu volumineux, quand, aussitôt après la délivrance, elle fut prise d'une douleur extrêmement vive à siège d'abord rectal, qui irradia bientôt vers l'abdomen. En même temps elle présentait tous les symptômes d'une grave hémorrhagie interne. L'utérus était cependant contracté; au toucher, le col fut trouvé intact, mais, en arrière de lui, dans les culs-de-sac vaginaux, on sentait une tuméfaction qui le refoulait en avant et à droite et qui s'étendait latéralement, surtout à gauche : par le palper bimanuel, cet exsudat paraissait fluctuant. Dans la pensée qu'il s'agissait d'une rupture, au moins partielle, de l'utérus, on s'empressa de faire une laparotomie. Après avoir incisé l'aponévrose, on rencontra des tissus rétropéritonéaux tout infiltrés de sang; l'infiltration s'arrêtait à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic. On ouvrit l'abdomen à ce niveau et l'examen des organes pelviens ne montra aucune lésion, sinon que la paroi supérieure de la vessie était ecchymotique; on put toutefois s'assurer ainsi que l'épanchement était sous-péritonéal et siégeait en avant et au-dessous de l'utérus et de la vessie. Afin d'éviter la souillure du péritoine, ce dernier fut alors refermé et on se mit en devoir d'aborder le foyer de l'hématome par voie sous-péritonéale. Les tissus rétropéritonéaux infiltrés de sang furent tout d'abord décollés et l'on atteignit ainsi une vaste cavité pleine de caillots, située en arrière de la symphyse, en avant de la vessie et du ligament large gauche dont l'hématome avait décollé les feuillets en se développant autour et en arrière de l'utérus. La cavité s'étendait jusqu'au plancher pelvien : elle mesurait 10 centimètres de largeur et 15 centimètres de profondeur. Un assistant ayant enfoncé la main dans l'utérus par le vagin, pendant que l'opérateur explorait la face externe de l'organe, on put s'assurer de l'intégrité absolue de celui-ci. Mais, après avoir débarrassé la cavité des caillots qu'elle renfermait, on s'aperçut que le sang s'écoulait en nappe d'une petite surface occupant la partie antéro-inférieure de la vessie. Comme la ligature et la suture paraissaient également impossibles, on se contenta d'un tamponnement que renforça la contrepression d'un second tampon placé dans le vagin. La guérison se fit sans encombres.

Les accidents de ce genre sont connus depuis fort longtemps : M. Williams n'a pu cependant en réunir que 33 observations au total. Ce qu'il y a de plus curieux dans leur histoire, c'est qu'il est assez rare (20 % des cas environ) qu'ils soient imputables à un trauma ou à un accouchement difficile : le plus souvent, le travail paraît avoir été normal. Il est donc probable que ces hématomes sont dus, comme ceux du vagin, au décollement de deux plans de tissus refoulés par le passage de la tête. Ce qui tendrait à confirmer cette supposition, c'est que l'accident a presque toujours été observé chez des primipares. D'ailleurs, quelle que soit son origine, cet hématome a un pronostic très grave, puisque, sur 33 femmes qui en furent atteintes, 18 succombèrent.

Quant au traitement, la conduite adoptée par l'auteur est sans doute la meilleure : sa malade est en tout cas la première traitée et guérie par une laparotomie. Les vives douleurs, d'abord rectales, puis abdominales, et les symptômes d'hémorrhagie interne avec absence de toute lésion appréciable de l'utérus permettraient, le cas échéant, de porter le diagnostic. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, octobre 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ESPAGNOLES

Dextrocardie consécutive à des kystes hydatiques, par MM. Herrera Vegas et Delio Aguilar.

Les kystes hydatiques se développent avec une certaine fréquence dans les poumons, mais, autant qu'on peut en juger d'après les quelques statistiques colligées par les auteurs du présent travail, il semble absolument exceptionnel qu'ils donnent naissance à une dextrocardie, comme c'était le cas dans le fait relaté par eux.

Un jeune garçon de treize ans était sujet depuis deux ans à des points de côté et à des quintes de toux sèche, accompagnées de crachats hémoptoïques. Quand il vint à l'hôpital, il avait un peu de dyspnée (19 respirations par minute); sa respiration offrait le type abdominal et la partie inférieure gauche de sa poitrine, qu'il immobilisait pendant la respiration, était

le siège d'une tuméfaction diffuse. Les battements du cœur faisaient défaut à leur place habituelle. A la percussion, les fosses sus et sous-claviculaire gauches — celle-ci jusqu'à la deuxième côte — donnaient une sonorité exagérée; au-dessous de ces régions, la matité s'étendait jusqu'à la septième côte. A droite, la sonorité était normale, mais, dans une région triangulaire placée entre le bord droit du sternum et la verticale mammaire, existait de la matité, et l'on percevait à ce niveau les pulsations cardiaques : cet espace triangulaire allait en hauteur de la troisième côte au cinquième espace intercostal. A l'auscultation on ne constatait rien d'anormal dans le poumon droit; à gauche, dans la région sonore plus haut mentionnée, on entendait un murmure vésiculaire exagéré; au-dessous, dans la zone mate, le silence était complet. Au niveau de l'emplacement normal du cœur on ne percevait rien, tandis qu'à droite, dans la zone de matité triangulaire, on entendait les bruits cardiaques normaux. Le foie était abaissé de quatre travers de doigt au-dessous du rebord costal.

Le malade fut opéré : du côté gauche, on pratiqua un volet costal qui permit d'évacuer un kyste hydatique gros comme une tête d'adulte et présentant un petit orifice de communication avec les bronches. La plaie fut refermée sans drainage du thorax, mais, au cinquième jour, le jeune malade succomba au milieu d'accidents infectieux et dyspnéiques.

L'autopsie confirma le diagnostic clinique. Le poumon gauche était refoulé au sommet de la poitrine, tandis que le droit avait subi une hypertrophie compensatrice. Le cœur avec les gros troncs vasculaires était bien à la droite du sternum et paraissait hypertrophié. Les ganglions péribronchiques étaient tuméfiés. Le diaphragme était refoulé, ce qui avait amené l'abaissement du foie. Tous ces nouveaux rapports, notamment ceux du cœur, étaient rendus fixes par des adhérences anciennes, en sorte que l'opération ne pouvait guère permettre aux viscères de récupérer leur situation normale. La cavité du kyste avait encore le volume d'une tête de fœtus. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, septembre-octobre 1904.) — R. DE B.

Contribution à l'étude des épithéliomas parathyroïdiens, par MM. J. H. Oliver et J. A. Aguerre.

La rareté des tumeurs atteignant les glandules thyroïdiennes accessoires nous engage à résumer l'observation relatée dans le présent travail.

Une femme de trente ans avait depuis trois ans une petite tumeur à la partie moyenne gauche du cou. Cette tumeur atteignit lentement le volume d'une châtaigne, puis, durant les six derniers mois, elle s'accrut plus rapidement pour devenir aussi grosse qu'une orange et descendre jusqu'à la clavicule. Indépendant des organes du cou, ce néoplasme semblait adhérer à la gaine des vaisseaux. Au palper il était lobulé et par sa consistance donnait l'impression d'une tumeur polykystique.

L'opération confirma cette supposition : un liquide sirupeux, couleur café, remplissait les kystes qui formaient deux masses principales, dont l'une avait la grosseur d'un poing et l'autre celle d'un œuf de poule. La tumeur adhérait à la gaine des vaisseaux carotidiens; on put assez facilement la séparer de l'artère carotide et du pneumogastrique, mais il fallut réséquer la veine jugulaire, envahie par le néoplasme.

Durant les jours qui suivirent l'intervention, la plaie laissa écouler un liquide séreux, mélangé à quelques pelotons graisseux, ce qui fit penser que le canal thoracique avait été blessé. Cependant, cet écoulement cessa bientôt. Par contre, la malade présenta tout d'abord une congestion pulmonaire, puis des douleurs articulaires et finalement deux petits abcès aux pieds. Enfin, au trentième jour, il se produisit par la plaie opératoire, déjà presque fermée, une hémorrhagie très abondante. Celle-ci se renouvela à plusieurs reprises, en sorte qu'on rouvrit la plaie; aucun gros vaisseau n'était béant et le suintement se faisait en nappe; un tamponnement fut incapable de prévenir une dernière hémorrhagie qui emporta la malade trente-six jours après l'opération.

L'examen microscopique de la pièce — on ne put faire l'autopsie — montra qu'elle était formée par des cavités closes contenant un liquide colloïde et tapissées par un épithélium cubique bas, absolument comme dans l'adénome du corps thyroïde. Dans l'intérieur de la veine jugulaire faisait saillie une tumeur polypoïde à surface villeuse, dont les franges étaient recouvertes par un épithélium cylindrique plus ou moins haut et à l'intérieur desquelles on retrouvait les mêmes éléments adénomateux dont il vient d'être question; le néoplasme avait donc perforé la veine. (*Rev. méd. del Uruguay*, octobre 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Le traitement chirurgical du trachome, par M. A. Fortunati.

La ténacité extrême de la conjonctivite granuleuse, les graves complications qu'elle peut entraîner du côté de l'appareil de la vision, enfin son caractère sinon épidémique, du moins endémique, justifient les tentatives faites jusqu'à ce jour pour assurer — fût-ce au prix d'un traitement sanglant — la cure radicale de cette affection. Cette cure radicale, l'auteur pense qu'il est possible de l'obtenir, dans un grand nombre de cas au moins, en employant une série de moyens que l'on peut dire héroïques. Et voici comment il procède :

Pour commencer, il pratique sous anesthésie générale (au bromure d'éthyle), après renversement des paupières, un grattage modéré à la curette de la muqueuse des culs-de-sac, de façon à enlever toutes les granulations; ce curettage est suivi d'un brossage rapide et superficiel; si le repli semi-lunaire est lui-même envahi, on ne l'excise pas, mais on en exprime chaque granulation avec la pince à rouleaux. Cette petite intervention n'exige au total que trois à cinq minutes. Pendant une douzaine d'heures, le malade applique sur ses paupières des compresses froides, pour atténuer les sensations de brûlure qu'il ressent et modérer la tuméfaction des parties.

Au bout de cinq ou six jours, la réaction déterminée par le traumatisme opératoire a pris fin; on passe alors à la seconde phase du traitement, qui comporte l'usage des préparations de jéquirity. M. Fortunati se sert habituellement du liquide obtenu en faisant macérer pendant quarante-huit heures 3 grammes de semences triturées de jéquirity dans 100 grammes d'eau maintenue à 35°; il importe de savoir que cette macération doit être fraîchement préparée, car en quatre ou cinq jours elle a perdu toute activité.

Pour ce qui est du mode d'application de ce topique, on se contente, si la cornée n'est pas vascularisée et si les granulations ne sont ni trop nombreuses ni trop profondes, de frotter légèrement la conjonctive, trois jours de suite, avec un petit tampon de gaze imprégné dudit liquide. La phlegmasie jéquiritique ainsi produite est modérée, et ne persiste pas au delà d'une semaine. Au contraire, dans les cas où le pannus est épais, la conjonctive plus profondément altérée, les frictions, plus vigoureuses, doivent être répétées toutes les douze heures, et de plus on instille à chaque fois entre les paupières quelques gouttes de la macération; huit frictions de ce genre suffisent en général, même dans les cas les plus graves, pour obtenir l'effet désiré, mais ce nombre n'a rien d'absolu. On ne négligera pas, lorsque ce traitement intensif est institué, de passer plusieurs fois par jour un stylet mousse dans les culs-de-sac conjonctivaux, pour prévenir la production d'un symblépharon postérieur.

Après cette cure par le jéquirity, on parachève la guérison en usant du sulfate de cuivre, employé soit sous forme de crayon, soit en collyre glycériné; cette troisième partie du traitement doit être prolongée deux mois.

Depuis cinq ans, M. Fortunati a soigné de la sorte 59 trachomateux, à la clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Rome. Sur ce nombre, 11 ont été perdus de vue; 38 sont complètement et définitivement guéris; 10 enfin, dont les voies lacrymales étaient elles-mêmes envahies par les granulations, ont récidivé. Aussi la participation du sac et du canal nasal au processus morbide constitue-t-elle pour l'auteur une contre-indication formelle, car toujours, en pareil cas, la réinfection se produit et la récidive apparaît (un mois environ après la fin des cautérisations au sulfate de cuivre), sans que le curettage préalable du sac lacrymal, ni même l'emploi des cautères actuels, suppriment cette cause d'insuccès. (*Boll. dell'Accad. med. di Roma*, XXX, 3.) — F. F.

Sur l'immunisation contre la tuberculose au moyen du lait de vaches immunisées, par M. R. Jemma.

Les expériences *sur l'enfant*, dont l'auteur expose les résultats dans le présent travail, ont été faites au moyen du lait de vaches immunisées contre la tuberculose, à l'Institut Maragliano de Gênes, par des injections de toxine tuberculeuse et de bacilles de Koch « dégraissés » ou d'extrait aqueux de bacilles vivants; ce lait possédait à la fois des propriétés agglutinantes (1 : 40) et antitoxiques (de 200 à 700 unités). Il fut administré à l'état cru, car le chauffage à 60° suffit à détruire les antitoxines tuberculeuses, et à la dose de 500 grammes à 1 litre par jour. Les enfants qui le recevaient étaient d'ailleurs nourris au sein; les uns étaient issus de générateurs bien portants, les autres de tuberculeux. Il s'agissait de savoir si ce mode d'alimentation ferait apparaître dans leur sérum des propriétés agglutinantes.

Disons tout de suite que quelques-uns de ces nourrissons présentèrent des troubles gastro-intestinaux légers, qui guérirent sans qu'il fût nécessaire de suspendre l'expérience; mais certains autres eurent des « symptômes graves d'infection aiguë gastro-intestinale », qui obligèrent à cesser l'usage du lait immunisant.

Abstraction faite de ces cas, restent 20 observations : 11 concernent des enfants nés de parents sains, 9 des enfants de tuberculeux; ils prirent le lait en question pendant six semaines à deux mois et demi, en chiffres ronds.

Chez les premiers, le sérum, avant l'administration du lait immunisant, était dépourvu de tout pouvoir agglutinant. Ce pouvoir apparut chez eux un certain temps après le début de l'expérience (quinze jours, un mois, six semaines et davantage); il augmenta pour atteindre la valeur de 1 : 3 à 1 : 10, puis, arrivé à ce maximum, il demeura invariable malgré la continuation de l'usage du lait immunisant; celui-ci une fois supprimé, il disparut en un mois au plus.

Pour ce qui est des 9 nourrissons à hérédité tuberculeuse, dont 2 seulement avaient déjà un sérum légèrement agglutinant (respectivement à 1 : 1 et à 1 : 3), ils se comportèrent à peu de chose près comme les enfants de la série précédente, mais dans 2 cas le pouvoir agglutinant s'éleva à 1 : 15 et dans 1 cas à 1 : 20. Parmi ces 3 dernières observations figurent celles des 2 nourrissons dont le sérum avait avant l'expérience un faible pouvoir agglutinant; chez eux, ce pouvoir, un mois après la suppression du lait immunisant, était encore de 1 : 5.

Ces recherches sont, en somme, peu encourageantes, puisqu'elles démontrent que l'immunité acquise par le moyen du lait dont il s'agit ne tarde pas à disparaître, et cela alors même que la tentative d'immunisation par voie digestive a été poursuivie pendant un laps de temps relativement long. (*Pediatria*, novembre 1904.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'administration interne de quinine à doses progressives, associée aux applications locales de teinture d'iode contre le lupus érythémateux.

Il y a environ trois ans, M. le docteur E. Holländer (de Berlin) a préconisé contre le lupus érythémateux un mode de traitement consistant à administrer la quinine à l'intérieur,

en même temps qu'on agit sur la surface cutanée par des applications de teinture d'iode (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 149).

Ce procédé a été employé dans le service de M. le docteur E. Finger, professeur de clinique des maladies syphilitiques et cutanées à la Faculté de médecine de Vienne, par M. le docteur M. Oppenheim, assistant à ladite clinique. Il y a subi certaines modifications qui ont pour effet de permettre l'administration de quantités de quinine notablement plus élevées que celles auxquelles a recours M. Holländer. Voici quel est le *modus faciendi* adopté par nos confrères viennois :

Après s'être assuré, par l'administration d'une dose d'essai de 0 gr. 05 centigr., que le malade ne présente pas d'idiosyncrasie à l'égard de la quinine, on lui fait prendre tous les jours, matin et soir, 0 gr. 50 centigr. de ce médicament. Les placards lupiques sont ensuite touchés à l'alcool absolu, puis à l'éther — ce qui fait tomber les croûtes —, et l'on badigeonne à la teinture d'iode en se servant d'un pinceau à soies raides. Tous les trois jours, on augmente la dose de quinine de 0 gr. 50 centigr., jusqu'à concurrence d'un total de 4 grammes *pro die*. On continue cette dose maxima pendant un certain temps. Lorsque les placards commencent à se décolorer, on diminue tous les trois jours la dose de 0 gr. 50 centigr., et l'on revient ainsi finalement à la quantité initiale de 1 gramme par jour.

Il est important que la progression des doses de quinine ne soit pas trop rapide, faute de quoi on voit immédiatement apparaître les signes habituels d'intolérance (bourdonnements d'oreille, lourdeur de la tête, vertige, etc.). D'autre part, si l'on reste plus de trois ou quatre jours sans augmenter la quantité de quinine, on s'aperçoit que l'amélioration de l'état local s'arrête. C'est pourquoi il convient de ne diminuer la dose que lorsque le lupus est entré en voie de guérison dans la totalité de son étendue.

En procédant de la sorte, M. Oppenheim est parvenu à faire ingérer à ses malades plus de 100 grammes de quinine dans l'espace de quelques semaines, tandis que M. Holländer n'était arrivé qu'à un total de 60 grammes au bout de plusieurs mois.

Chez les 6 malades atteints de lupus à forme atrophiante chronique et à localisation faciale, qui ont été soumis à ce mode de traitement dans le service de M. Finger, l'amélioration a été rapide et très appréciable; pour 2 de ces cas, on a même obtenu une guérison complète, ayant persisté jusqu'ici sans récidive.

L'ablation des végétations adénoïdes comme moyen de traitement de la maladie de Basedow.

D'après l'expérience de M. le docteur B. Holz (de Berlin), l'ablation des végétations adénoïdes coexistant avec la maladie de Basedow serait susceptible d'amener, dans certains cas, la guérison de cette dernière affection.

C'est ainsi que chez un enfant de sept ans, atteint de végétations adénoïdes, et qui, outre une exophtalmie bilatérale, présentait les signes de Gräfe et de Stellwag, on vit disparaître l'exophtalmie dix jours après qu'on eut pratiqué l'ablation des végétations. Celles-ci ayant récidivé au bout de deux années, la protrusion du globe oculaire reparut des deux côtés, et, cette fois encore, la cure des végétations pharyngées amena la guérison complète.

Chez un autre enfant, également âgé de sept ans, notre confrère put aussi observer, outre l'hypertrophie des amygdales palatines et pharyngée, une exophtalmie bilatérale, plus marquée d'ailleurs à droite qu'à gauche; de plus, on constatait, à droite, l'existence des signes de Gräfe et de Stellwag. L'amygdalotomie demeura sans effet sur l'évolution des symptômes basedowiens, mais ceux-ci disparurent entièrement dans les quinze jours qui suivirent l'exérèse des végétations adénoïdes du pharynx.

Il est à remarquer que dans les 2 faits précités, il s'agissait vraisemblablement de formes frustes de la maladie de Basedow, puisqu'on ne constatait ni tachycardie ni goitre. M. Holz estime du reste que si ces symptômes ont fait défaut, cela tient à ce qu'on avait affaire à des sujets très jeunes, chez lesquels la maladie n'était encore qu'à sa phase de début.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 janvier 1905.

Physiologie des séreuses.

MM. Charrin, Moussu et **Le Play.** — Dans une première série de recherches, nous avons étudié l'influence que les séreuses, par contact ou par dialyse, exercent sur des produits nuisibles ; le plus souvent, en particulier pour des toxines, on note un certain degré d'atténuation, donnée importante, surtout en raison du nombre considérable de ces filtrations dans l'intérieur de l'économie.

Dans une seconde série de travaux, nous avons montré, avec Heger, qu'en dehors de leurs attributs microbicides et antitoxiques, les séreuses agissent sur des corps étrangers volumineux; le grand épiploon, par exemple, réunit en un point déterminé des perles de verre éparses dans la cavité abdominale et purge cette cavité.

Dans une troisième catégorie d'expériences, nous avons réséqué le feuillet pariétal de la vaginale entourant l'un des testicules; parfois même nous avons enlevé quelques parcelles de la portion viscérale. Tantôt nous avons laissé en place la glande modifiée, et longtemps après cette glande apparaît moins consistante, mais contient encore des éléments spermatiques; tantôt nous avons refoulé dans le péritoine le viscère privé de sa cavité séreuse. Chez un bouc, au bout de huit mois, ce viscère pesait trois fois moins que le témoin, indemne de toute intervention. De plus, son parenchyme était envahi par une intense sclérose partant de la vaginale viscérale épaissie; les tubes séminifères atrophiés, étouffés, contenaient une seule assise de cellules infiltrées de graisse et sans aucun élément spermatique.

Comme au point de vue vasculaire, nerveux, thermique, etc., les conditions sont les mêmes pour les deux glandes, nous pensons que dans la cavité séreuse s'élaborent des principes utiles à la nutrition des organes enveloppés; ces principes disparaissent avec ces cavités circonscrites par les deux feuillets.

Il est inutile d'insister sur l'importance de ces résultats dans l'interprétation des altérations développées au sein des parenchymes sous-jacents à la suite des inflammations chroniques qui, par adhérences ou symphyses, obstruent plus ou moins ces mêmes cavités; ces altérations créent des lieux de moindre résistance qui, pour des raisons multiples, appellent les processus morbides.

Ainsi, loin de se borner à un rôle physique, mécanique, de fixation ou de glissement, les séreuses, par leurs sucs, leurs cellules, la dialyse, agissent sur les microbes, leurs sécrétions, divers poisons; en outre, elles sont douées de propriétés trophiques. Leur physiologie est donc infiniment plus complexe que jusqu'à ce jour on ne l'a supposé.

Sur la répartition du glycogène hépatique à l'état normal et à l'état d'inanition.

MM. Gilbert et **Jomier.** — En examinant le foie de 43 chiens et de 20 lapins normaux ou inanitiés, nous avons remarqué fréquemment que le glycogène se masse du côté opposé à la face de pénétration de l'alcool fixateur, et non au centre des lobules. Dans le lobule hépatique du chien, le glycogène se localise autour de l'espace porte, tandis que dans celui du lapin il affecte une disposition péri-sus-hépatique.

Chez un même animal les divers lobules hépatiques ne présentent entre eux aucune différence appréciable au point de vue de leur teneur en glycogène. Néanmoins ce dernier est toujours en plus grande abondance dans les travées sous-jacentes au péritoine.

Nous avons également constaté la présence du glycogène dans la paroi des divers vaisseaux sanguins et des canaux biliaires.

Chez le chien, contrairement à la règle, cette substance disparaît le plus souvent en moins de huit jours de jeûne.

Il résulte d'une autre série de nos expériences que l'ingestion de sirop de saccharose, chez des lapins préalablement inanitiés, provoque l'apparition de glycogène dans le foie, entre la première et la deuxième heure qui suivent l'ingestion. Après l'ingestion de 4 grammes de sucre, la quantité de glycogène diminue au bout de huit heures; vingt-quatre heures après on n'en trouve plus la moindre trace.

Lésions des reins provoquées par le bacille de Koch injecté dans les voies urinaires.

MM. Bernard et **Salomon.** — Après inoculation intra-pyélique de bacille de Koch et ligature de l'uretère, certains animaux présentent une pyonéphrose tuberculeuse avec infiltration tuberculeuse de la paroi du bassinet, sclérose très marquée du parenchyme rénal et tubercules disséminés typiques; ce tissu de sclérose s'accompagne de distension tubulaire avec aplatissement des cellules; en outre, il existe des nodules jeunes, formés de lymphocytes et de cellules épithélioïdes nettement localisés autour des tubes urinifères.

Chez d'autres animaux, il n'y a pas de pyonéphrose; le bassinet, extrêmement dilaté et renfermant du pus, forme une tumeur à laquelle est appendu le rein, augmenté de volume.

Au microscope, la paroi du bassinet est infiltrée comme dans les cas précédents. Quant au parenchyme rénal, il présente, dans les parties voisines du bassinet, une zone de sclérose interstitielle contenant des tubercules. Au delà, ou bien le parenchyme est normal et il n'existe qu'un certain degré de dilatation tubulaire, ou bien on constate, en outre, autour des tubes, quelques nodules lymphocytaires.

Ainsi donc, en combinant la ligature de l'uretère avec l'inoculation du bacille dans le bassinet, on obtient soit une pyonéphrose tuberculeuse, soit seulement un abcès froid du bassinet, d'où le bacille peut essaimer dans les reins.

Les vaso-constrictines dans les sérums sanguins normaux.

M. Battelli (de Genève). — Si l'on chauffe un sérum vaso-constricteur (celui de bœuf, par exemple) à 58°, son pouvoir vaso-constricteur disparaît. Si à ce sérum inactivé on ajoute un égal volume d'un sérum de cheval, qui par lui-même soit inactif, la vaso-constriction se produit. Ces faits prouvent que les vaso-constrictines sont constituées comme les hémolysines par deux substances : l'alexine et la sensibilisatrice vaso-constrictrice.

Voici une nouvelle démonstration de cette théorie :

On lave les vaisseaux d'un cobaye en y faisant passer un courant d'eau salée : on remplace l'eau salée par du sérum de bœuf inactivé; il ne se produit pas de vaso-constriction, car l'alexine manque. On lave de nouveau les vaisseaux avec un courant d'eau salée; on fait alors passer du sérum de cobaye; au bout de quelques minutes, la vaso-constriction se produit et l'écoulement du liquide par les veines cesse. Les parois des vaisseaux avaient donc été imprégnées par la sensibilisatrice vaso-constrictrice.

Si, au contraire, on fait d'abord la circulation artificielle avec le sérum de cobaye et qu'ensuite — après avoir lavé les vaisseaux — on fasse passer le sérum de bœuf inactivé, la vasoconstriction n'a pas lieu, l'alexine du sérum de cobaye ne s'étant pas fixée sur les éléments anatomiques des vaisseaux.

Sur des corps particuliers du sang des paludéens.

MM. Ed. et **Et. Sergent.** — Nous avons trouvé dans le sang d'un certain nombre de paludéens deux sortes d'éléments qui n'ont pas encore été décrits : les premiers ont la forme d'anneaux plus ou moins aplatis ou déformés, d'une longueur de 10 à 12 μ; les seconds sont semi-lunaires, à convexité échancrée et irrégulière. Ces derniers éléments ne se rencontrent guère que dans le sang des paludéens très cachectiques.

ETRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 11 janvier 1905.

La photothérapie du lupus.

M. E. Lesser fait sur ce sujet une communication dans laquelle il établit tout d'abord qu'un traitement du lupus, pour être réellement efficace, doit remplir la double condition d'assurer une guérison définitive, et de fournir un résultat cosmétique aussi parfait que possible.

Si l'on cherche à se rendre compte de la valeur de la photothérapie à ces deux points de vue, force est de reconnaître que la permanence de la guérison n'est pas encore absolument démontrée. Certains auteurs, en effet, notamment M. Liebreich, croient qu'il subsiste des noyaux lupiques au sein des placards en apparence guéris. Seule, l'épreuve du temps donnera toute certitude à cet égard, mais la méthode, qui date seulement d'une dizaine d'années, est encore trop récente pour qu'on puisse juger en pleine connaissance de cause.

Quant aux résultats esthétiques de la photothérapie, ils sont incontestablement excellents, les rayons lumineux limitant strictement leur action aux tissus malades; et c'est là le grand avantage de ce moyen thérapeutique, car les caustiques ont des effets analogues, mais non pas aussi rigoureusement électifs.

Au total, l'orateur estime que la photothérapie est un mode de traitement précieux; toutefois, elle ne permet pas toujours d'obtenir la guérison, et il faut parfois lui associer d'autres moyens, tels que les caustiques, l'air chaud, les rayons de Röntgen, etc.

M. Liebreich dit avoir pu s'assurer en effet, en particulier par la phanéroscopie, que la méthode de Finsen laisse toujours persister quelques nodules, susceptibles de devenir le point de départ d'une récidive. Pour sa part, l'orateur croit que le meilleur moyen d'assurer la guérison du lupus est d'exalter la résistance des tissus normaux : à cet effet il a recours au cantharidate de sodium, administré en injections sous-cutanées, ou plus simplement par la bouche; ce médicament lui aurait donné des guérisons complètes. Rien n'empêche, d'ailleurs, d'associer au traitement interne l'emploi de moyens locaux, la photothérapie, par exemple, ou encore l'intervention chirurgicale.

Pseudo-méningocèle traumatique chez un adulte.

M. von Bergmann relate l'observation d'un homme qui avait subi deux traumatismes crâniens, l'un léger il y a huit ans, l'autre grave depuis quinze mois, et chez lequel est brusquement apparue, une nuit, une volumineuse tuméfaction du côté droit du crâne, accompagnée de céphalée. Cette tumeur est molle, fluctuante, sensible à la pression, incompressible et non animée de battements; quand le malade baisse la tête, la céphalée devient plus intense, sans que du reste le volume de la tumeur augmente.

Il s'agit là d'un cas de pseudo-méningocèle traumatique, affection qui jusqu'ici n'a été observée que chez l'enfant : par une fente de la paroi crânienne ou par une des veines émissaires de Santorini, dilatée, le sang sort du sinus longitudinal pour aller s'épancher sous le périoste. En effet, chez ce patient, une ponction a donné du sang pur; une amélioration s'est ensuivie; toutefois, la collection sanguine s'est bientôt reformée. Pour obtenir une guérison complète, il faudrait faire l'occlusion du pertuis osseux, mais cet homme refuse toute intervention.

Kyste du cerveau tardif après évacuation d'un abcès cérébral.

M. Gluck communique l'observation d'un jeune homme chez lequel il a opéré, il y a près de quatorze ans, un abcès du lobe temporal, d'origine otique (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 445). Trois ans après cette intervention, l'état était aussi satisfaisant que possible, mais par la suite apparurent des crises épileptiformes qui devinrent de plus en plus fréquentes, de la céphalée, un certain degré d'hébétude; on ne constatait cependant aucun signe d'hypertension intracrânienne.

L'orateur a donc rouvert l'ancienne cicatrice et mis ainsi à nu un kyste volumineux occupant la place de l'abcès primitif; le kyste fut évacué et la cavité refermée sur un drainage; les suites furent tout à fait normales.

L'absence de signes d'hypertension intracrânienne dans ce cas permet de conclure que la cicatrice laissée par la première opération était demeurée quelque peu extensible.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 21 janvier 1905.

Signification des hémorrhagies rénales essentielles, et leur traitement par la décapsulation.

Dans la séance d'hier de la Société des médecins de Vienne, **M. O. Zuckerkandl** a présenté un jeune homme de dix-sept ans, ayant fait une scarlatine dans l'enfance, et qui, depuis quelques mois, a eu à plusieurs reprises des hématuries, dont la dernière dura huit semaines et ne put être calmée par aucun traitement. Le sang provenait du rein gauche, mais l'examen de cet organe et les épreuves fonctionnelles montrèrent qu'il était sain. Ce rein fut néanmoins décapsulé, et cette intervention eut pour effet un arrêt définitif de l'hématurie.

L'examen histologique d'un fragment excisé de la glande rénale révéla qu'il s'agissait d'une glomérulo-néphrite hémorrhagique. Il n'est pas probable, du reste, qu'un rein parfaitement sain puisse saigner. Aussi, pour l'orateur, les hémorrhagies « essentielles » des reins sont-elles toujours dues à des altérations inflammatoires chroniques du parenchyme rénal, altérations dont l'hémorrhagie peut être le seul symptôme. L'unilatéralité de l'hémorrhagie ne prouve pas que la maladie soit limitée à un seul rein, la perte sanguine pouvant avoir lieu alternativement par un rein et par l'autre.

M. Zuckerkandl a pu antérieurement constater l'effet hémostatique de la décapsulation du rein dans 3 autres cas qu'il a opérés.

M. G. Kapsammer a observé 3 cas d'hémorrhagie rénale essentielle où, la néphrotomie étant restée sans succès, l'on dut pratiquer la néphrectomie. L'examen histologique des reins extirpés révéla toujours la présence d'altérations parenchymateuses.

L'orateur ajoute qu'il n'a jamais vu d'hémorrhagie rénale alternante, comme celles auxquelles M. Zuckerkandl vient de faire allusion.

M. Paltauf dit avoir trouvé des traces manifestes d'hémorrhagie dans un rein où le microscope ne montra aucune altération de néphrite.

M. Albrecht déclare que, dans certains cas d'hématurie rénale essentielle, l'hémorrhagie provient des vaisseaux altérés des pyramides et des papilles rénales.

M. Zuckerkandl cite 2 faits où l'on put constater avec certitude une hémorrhagie alternante de l'un, puis de l'autre rein, sans qu'il y eût de signe d'une affection rénale quelconque. Or, chez l'un de ces malades, il survint plus tard une rétinite albuminurique et de l'urémie. L'orateur dit avoir observé plusieurs fois l'hémorrhagie rénale comme symptôme précoce et unique de la néphrite.

Dr Schnirer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

THÈSES DE PARIS

Bassuet (M.). La descendance des tabétiques.

Bosc (G.). Les intoxications médicamenteuses chez l'enfant.

Braillon (L.). Tuberculose et maladies du cœur : de l'endocardite tuberculeuse simple.

Cabessa (I.). Des cellulites aberrantes dans la mastoïdite.

Cathala (V.). Pathogénie et étude clinique de la pyélonéphrite gravidique.

Clavaud (G.). Essai sur le régime et la thérapeutique des hépatiques.

Coudrain (G.). L'eau oxygénée et ses applications thérapeutiques.

Courtellemont (V.). Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux méningites aiguës simples.

Cousinou (J.). De l'extension de la méthode hypodermique; trois applications récentes (air stérilisé, salicylate de soude, digitaline).

Delmer (A.). Etudes de médecine et de pathologie comparées : contribution à l'étude de l'éclampsie vitulaire (fièvre vitulaire nerveuse des femelles bovines); ses rapports avec l' « éclampsie puerpérale de la femme » (hépato-toxémie gravidique de Pinard).

Denis (C.). Contribution à l'étude de l'appendicite herniaire.

Detot (E.). Etude sur les érythèmes infectieux, en particulier sur les érythèmes métadiphtériques et les érythèmes primitifs.

Dupeyroux (E.). Le baron Dominique Larrey; sa vie, son œuvre.

Etling (R.). Contribution à l'étiologie des anévrysmes de l'aorte : traumatisme.

Florion (A.). Le genu recurvatum congénital; sa nature, son traitement.

Friedel (F.-G.). Les études médicales dans les pays anglo-saxons.

Froin (G.). Les hémorrhagies sous-arachnoïdiennes et le mécanisme de l'hématolyse en général.

Godron (M.). De la mort subite chez les enfants syphilitiques.

Joyon (L.). Des complications portant sur les voies biliaires dans la fièvre typhoïde.

Kollitsch (L.). Les alcaloïdes des solanées vireuses; étude chimique et physiologique des tropéines; la scopolamine.

Lambert (P.-G.). Contribution à l'étude de la notencéphalie, spécialement dans ses rapports avec l'obstétrique.

Laurent (P.-H.). Sur le traitement des abcès ganglionnaires tuberculeux par les injections d'eau phéniquée.

Le Gambier (E.). La mort dans la diphtérie; contribution à l'étude clinique de la mort tardive.

Lemaire (F.). De l'unité des stomatites (étude philosophique).

Longeart (P.). Etude critique sur l'évolution des polynévrites; durée, pronostic, terminaison.

Mangematin (G.). Les idées actuelles sur le traitement de l'épilepsie.

Molas (A.). De la récidive dans les papillomes de la vessie.

Mougenc de Saint-Avid (Ch.). Des amputations économiques du pied.

Naud (D.). Traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants par le sulfate d'atropine.

Nicod (G.). L'appendicite rétro-cæcale.

Nicoloff. Etude clinique et expérimentale de la péritonite tuberculeuse et son traitement chirurgical.

Ollivier (L.). Quelques considérations sur les luxations de l'appendice xiphoïde au sujet d'un cas de luxation irréductible traité par la résection.

Ollivier-Beauregard. Contribution à l'étude du placentome malin.

Passier (L.). Traitement des hémorrhagies du tube digestif par les grands lavements chauds et le chlorure de calcium.

Perret (A.-H.). L'alimentation dans la tuberculose du chien; essais de diététique expérimentale.

Puyo (A.-P.). Des névrites gravidiques.

Réfik (H.). Les faux cardiaques.

Roland (E.). Contribution à l'étude des déviations latérales et des modifications d'accroissement des os dans la tumeur blanche du genou.

Ruthon (V.). Sur un nouvel anesthésique.

Sécheret (G.). Contribution à l'étude de la médication phosphorée; étude thérapeutique et clinique de l'acide anhydro-oxyméthylène-diphosphorique.

Serre (L.). De l'épithélioma primitif et secondaire de l'oreille externe en général et de son traitement en particulier.

Stettiner (A.). Contribution à l'étude clinique des paroxysmes psychiques épileptiques chez les enfants.

Thomas (P.). Des indications de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale aiguë.

Tzatcheff (St.). Contribution à l'étude clinique des ostéomyélites prolongées à foyers multiples.

Vaillant (J.). Prothèse nasale par les injections de paraffine; nouvelle indication thérapeutique.

Vincent (J.). Maladie osseuse de Paget.

Wagon (A.). L'appendicite chronique d'emblée.

PHYSIOLOGIE

Boldyrev (V.). La pénétration dans l'estomac d'un mélange naturel des sucs pancréatique et intestinal et de la bile; les conditions et la signification probable de ce phénomène (en russe). (*Roussk. Vratch*, 25 sept. et 2 oct.)

Donley (J. E.). On the early history of cerebral localization. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Halliburton (W. D.). Biochemistry of muscle and nerve. In-8°, 176 p. Londres.

Levinsohn (G.). Beiträge zur Physiologie des Pupillarreflexes. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 2 et 3.)

Livon (Ch.). Rôle des glandes. (*Marseille méd.*, 1er oct.)

Mayo (C. H.). The surgical physiology of the lymphatic system. (*Med. News*, 22 oct.)

Schultz (F.). Notiz zur Reaktion des normalen Prostatasekrets. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 oct.)

Stephens (O. Z.). Blood pressure and pulse rate, as influenced by different positions of the body. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er oct.) — Influence de différentes attitudes sur la pression sanguine et la fréquence du pouls.

Weisz (D.). Das Gesetz der Arbeit der Dickdarmmusculatur; 1. allgemeiner Teil. In-8°, 79 p. avec planches. Prague. — La loi du travail de la musculeuse du gros intestin.

Wood. The functions of the tonsils. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, oct.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Ajello (G.) et **Cacace** (E.). Ueber den Stoffwechsel beim traumatischen Diabetes. (*Wien. med. Wochensch.*, 17 et 24 sept., 1er, 8, 15 et 22 oct.) — Les échanges organiques dans le diabète traumatique.

Boeri (G.). Contributo alle vie che segue l'infezione nell'organismo. (*Clinica moderna*, 19 oct.)

Bordet (J.). Les propriétés des antisensibilisatrices et les théories chimiques de l'immunité. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.)

Hönnicke (E.). Zur Theorie der Osteomalacie, zugleich zur Lehre von den Krankheiten der Schilddrüse; vorläufige Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 31 oct.)

Kelling (G.). Die Ursache, die Verhütung und die Blutserumdiagnose der Magen- und Darmkrebse; 4. Mitteilung zur Geschwulstfrage. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 oct.) — Cause, prophylaxie et sérodiagnostic du cancer de l'estomac et de l'intestin.

Kövesi (G.) et **Róth-Schulz** (W.). Die Wassersucht der Nierenkranken. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 oct.) — L'œdème des néphrétiques.

Maïevsky (Th. A.). Recherches sur les précipitines, les hémolysines et les antihémolysines. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, X, 3.)

Maragliano (D.). Le modalità di precipitazione degli anticorpi e la sua applicazione in patologia. (*Gazz. degli Osped.*, 16 oct.)

Mazzeo (P.). Sulla immunità passiva. (*Pediatria*, oct.)

Oberndörffer (E.). Die Wirkung der Chinasäure auf den Kalkstoffwechsel des Menschen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 oct.) — Action de l'acide quinique sur les échanges du calcium chez l'homme.

MÉDECINE

Schittenhelm (A.). Die Purinkörper der Fäces, nebst Untersuchungen über die Purinbasen der Darmwand, der Galle und des Pankreassaftes. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 5-6.)

Schön. Herz- und Magenneurosen. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 oct.) — Les névroses du cœur et de l'estomac.

Schreiber (J.). Unusual forms and favorite localizations of the rheumatic process. (*Med. Record*, 15 oct.)

Schwarz (E.). Die inneren Krankheiten in kurzer Darstellung. 2e partie. In-8°, 486 p. avec fig. Vienne. — Manuel de pathologie interne.

Sippy (B. W.). Diseases of the gall bladder and bile ducts in relation to diseases of the gastro-intestinal tract. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 oct.) — Les affections de la vésicule et des conduits biliaires dans leurs rapports avec les maladies des voies digestives.

Stern (H.). A case of diabetic glycosuria with intercurrent icterus and non-medicamental hæmatoporphyrinuria. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Steven (J. L.). Pulsating gangrene of the lung. (*Lancet*, 15 oct.) — Gangrène pulsatile du poumon.

Thomas (J. L.). Two cases of lightning-stroke. (*Brit. Med. Journ.*, 29 oct.) — 2 cas de fulguration.

Tzypkine (S.). Un cas de cancer du médiastin antérieur (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 19.)

Vinay (Ch.). De l'entérite muco-membraneuse d'origine traumatique. (*Lyon méd.*, 30 oct.)

Voskressensky (K.). De la réaction des leucocytes à l'égard de l'iode dans la pneumonie lobaire (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 25 sept. et 2 oct.)

West (S.). The treatment of pyo-pneumothorax. (*Lancet*, 22 oct.)

Zuccòla (P. F.). Sul modo di comportarsi dei riflessi nelle nefriti. (*Clinica medica italiana*, juillet-août-sept.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Joffroy (A.). Des signes oculaires dans la paralysie générale. (*Arch. de neurol.*, mai.)

Raymond (F.). Les localisations du cancer sur le système nerveux périphérique. (*Arch. de neurol.*, avril.)

Rose (M.). Paralysie des nerfs crâniens d'un côté et déformations osseuses multiples d'origine probablement hérédo-syphilitique tardive. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août.)

Rossi (C.). Contributo clinico-anatomico alla casuistica della corea di Huntington. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 2-3.)

Rudler (F.). Un cas de neurofibromatose généralisée. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mai-juin.)

Schermers (D.). De loop der bevolking in de nederlandsche krankzinnigengestichten gedurende de tweede helft der negentiende eeuw. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 22 oct.) — Les fluctuations de la population des asiles d'aliénés hollandais pendant la seconde moitié du XIXe siècle.

Schott (A.). Ueber Simulation von Geistesstörung. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 oct.) — Simulation de l'aliénation mentale.

Stedman (H. R.). A case of moral insanity, with repeated homicides and incendiarism and late development of delusions. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 21 juillet.)

CHIRURGIE

Monprofit (A.). Une opération de cholécystentérostomie en Y pour cancer du pancréas. (*Arch. provinc. de chir.*, août.)

Morton (Ch. A.). A series of cases of resection of malignant growths of the colon. (*Brit. Med. Journ.*, 29 oct.)

Mummery (P. L.). After-treatment of operations. 2e éd. In-8°, 250 p. Londres. — Soins à donner après les opérations.

Munro (J. C.). Operations on the stomach. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 11, 18 et 25 août et 1er sept.)

Murphy (F. T.). A study of amputations of the lower extremity. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 14 juillet.) — Des amputations sur le membre inférieur.

Neumann (R.). Ueber ausgedehnte Mesenterialabreissungen bei Kontusion des Abdomens. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — Sur les arrachements étendus du mésentère par contusion de l'abdomen.

Nicoll (J. H.). Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus, from an experience of fifteen cases. (*Brit. Med. Journ.*, 29 oct.)

Oppel (V.). Un cas d'hémangiome caverneux de la joue (en russe). (*Roussk. Vratch*, 18 sept.)

Paget (S.). The use of paraffin in plastic surgery. (*Brit. Med. Journ.*, 29 oct.)

Palermo (N.). Sulla tubercolosi del cieco e dell'appendice vermiforme; considerazioni anatomo-cliniche sulla patogenesi, sul diagnostico e sul trattamento chirurgico. (*Riforma med.*, 12 et 19 oct.)

Patry (E.). Plaie pénétrante du rectum et de la vessie; guérison. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, oct.)

Pätzold. Muskelsequester nach Pneumokokkeninfektion. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 3.)

Payr. Die Mobilisierung des Duodenum nach Kocher zur Entfernung retroduodenal liegender Choledochussteine. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 1.) — La mobilisation du duodénum d'après le procédé de Kocher appliquée à l'extraction des calculs de la portion rétro-duodénale du canal cholédoque.

Peck (Ch. H.). Postoperative intestinal obstruction. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Pellegrini (A.). La pileflebite suppurativa complicante l'appendicite; studio clinico ed anatomo-patologico. (*Riforma med.*, 10 et 17 août.)

Pendlebury (H. S.). Drainage of the pericardium. (*Lancet*, 22 oct.)

Poncet (A.) et **Leriche** (R.). Rhumatisme tuberculeux ankylosant; arthrites plastiques, ankyloses osseuses, d'origine tuberculeuse. (*Lyon méd.*, 23 oct.)

Portniaguine (N.). Amputation de la jambe sous cocaïnisation par le procédé de Bier (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 2 oct.)

Pouey (E.). Litiasis biliar; rotura de las vías biliares; fístula gastro-biliar; su obliteración espontánea. (*Rev. méd. del Uruguay*, août.)

Reboul (J.). Du traitement de certaines variétés d'anthrax par l'extirpation. (*Arch. provinc. de chir.*, oct.)

Ries (E.). Mesosigmoiditis, and its relations to recurrent volvulus of the sigmoid flexure. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Ringrose (E.). A case of fracture-dislocation of the cervical vertebra. (*Lancet*, 15 oct.)

Rossi (A.). Alcune considerazioni sulla diagnosi precoce delle rotture traumatiche sottocutanee dell'intestino. (*Nuovo raccoglitore med.*, août.)

Schäche. Zur Frage der Gewöhnung an Unfallfolgen. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, oct.) — De l'accoutumance aux suites d'accidents.

Schanz (A.). Zur unblutigen Behandlung angeborener Hüftverrenkung. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 15 oct.) — Sur le traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche.

Schefold (E.). Ueber die Verwendung der Killian'schen Bronchoskopie bei der Pneumotomie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 3.)

Scheidegger (E.). Ein Fall von Carcinom und Tuberkulose der gleichen Mamma. In-8°, 16 p. avec fig. Aarau.

Schubert (W.). Schuss durch das Ventrikelseptum des Herzens; Herznaht; Heilung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 1.) — Plaie pénétrante du cœur par coup de feu avec perforation de la cloison ventriculaire; suture du cœur, guérison.

Selberg (F.). Ueber postoperative Psychosen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 1.)

Sencert (L.). Hématome du mésentère, consécutif à une torsion partielle du mésentère, suivie d'occlusion intestinale. (*Arch. provinc. de chir.*, juin.)

Signorelli (A.). Nel semplice sospetto di peritonite appendicolare si deve intervenire con laparotomia mediana o con taglio obliquo laterale destro? (*Riforma med.*, 25 mai.)

Smorodintzev (A.). Plaie de l'abdomen avec prolapsus du gros intestin (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 9 oct.)

Stori (T.). Contributo allo studio delle cisti gassose dell'intestino umano. (*Clinica moderna*, 12 oct.)

Stremmel (S. C.). When to operate for appendicitis. (*New York Med. Journ.*, 15 oct.) — Quand opérer l'appendicite?

Syms (P.). Diagnosis of cholecystitis and cholelithiasis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 oct.)

Tapie (J.). De l'étranglement dans la hernie de l'appendice. (*Arch. provinc. de chir.*, août.)

Tavel (E.). Technique de la résection du rectum par la voie sacrée avec suture primaire circulaire et réunion par première intention. (*Arch. provinc. de chir.*, sept.)

Teréchtchenko (N.). De la péricardotomie (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, août.)

Tomachevsky (V.). Sur l'orchidopexie (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 3-4.)

Trinkler (N.). Zur Diagnose der syphilitischen Affektionen des Pankreas. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 1.)

UROLOGIE

Ogden (J. B.). Functional albuminuria. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 14 juillet.)

Oppel (V.). Les ruptures de la vessie au point de vue clinique (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 3-4.)

Sheild (A. M.). A case of gigantic renal calculus, illustrated with remarks on cases where renal stones from obvious tumours. (*Lancet*, 15 oct.)

Wagner (P.). Die Verletzungen und chirurgischen Erkrankungen der Nieren und Harnleiter. In-8°, 380 p. avec fig. Vienne. — Chirurgie des reins et des uretères.

Walker (J. W. Th.). The limits of Freyer's operation of suprapubic prostatectomy. (*Brit. Med. Journ.*, 29 oct.)

Watson (F. S.). Obstructive renal retention with anuria, and its treatment. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 15 sept.)

Wille (C. W.). A contribution to the surgery of nephritis. (*New York Med. Journ.*, 22 oct.)

Zartzyne (O.). Contribution à la symptomatologie et au diagnostic des prostatites blennorrhagiques (en russe). (*Prakt. Vratch*, 9 oct.)

OPHTALMOLOGIE

Lewis (F. N.). Two cases of paralysis of the external recti muscles of the eyes, tabetic in origin, improved by operation. (*New York Med. Journ.*, 22 oct.)

Péchin. De la sécurité que donne l'iridectomie dans l'opération de la cataracte sénile. (*Arch. d'ophtalmol.*, juin.)

Pravossoud (N.). Un nouveau procédé opératoire du symblépharon total (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 18.)

Reis (V.). Ein Abscess in der Lamina cribrosa des Sehnerven als Komplikation im Verlaufe einer Orbitalphlegmone. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 1.) — Abcès de la lame criblée du nerf optique, compliquant un phlegmon de l'orbite.

Rochat (G. F.). Monoculaire diplopie in normale oogen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 22 oct.)

Scheer (M.). Netzhautblutungen infolge von Kompression des Thorax. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 2.) — Hémorrhagies rétiniennes consécutives à la compression du thorax.

Schirmer (O.). Ueber Keratitis disciformis und Keratitis postvaccinolosa. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 1.)

Schultz (P.). Zur Therapie der Netzhautabhebung, unter besonderer Berücksichtigung der Skleralresektion zur Heilung derselben. (*Therap. Monatsh.*, oct.) — Le traitement du décollement rétinien, notamment par la résection de la sclérotique.

Seggel. Schädigung des Lichtsinnes bei den Myopen. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 1.) — La diminution de la perception lumineuse chez les myopes.

Sourdille (G.). De la prédisposition morbide provoquée par la blessure d'un œil sur l'autre œil. (*Arch. d'ophtalmol.*, juin.)

Stölting. Kann ein abgetöteter Cysticercus im Auge ohne Schaden verweilen? (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 1.) — Un cysticerque mort peut-il séjourner dans l'œil sans inconvénient?

Terson (A.). Dermatolysie palpébrale. (*Arch. d'ophtalmol.*, juin.)

Uhthoff (W.). Zur Frage der Stauungspapille. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 oct.) — Sur la stase papillaire.

Villard (H.). Recherches expérimentales et histologiques sur les brûlures de l'œil par l'acide sulfurique. (*Arch. d'ophtalmol.*, juin.)

Wecker (L. de). Traitement chirurgical du strabisme paralytique. (*Arch. d'ophtalmol.*, juillet.)

Wernicke (Th.). Zur Tuberkulose des Auges. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 22 oct.) — Sur la tuberculose de l'œil.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

McCann (F. J.). Two cases of urethro-vaginal fistula treated by operation. (*Brit. Med. Journ.*, 29 oct.)

Michel (F.). Lipome des Bauches. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 15 oct.) — Lipomes abdominaux.

Neumann (F.). Zur Frage der Verwertung der Blutkörperchenzählung für die Diagnostik und Indikationsstellung bei gynäkologischen Erkrankungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 oct.) — Valeur de la numération des globules du sang pour le diagnostic et les indications thérapeutiques dans les affections gynécologiques.

Ouspensky (V.). Extirpation vaginale des fibromes de l'utérus (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 18.)

Phillips (J.). A case of fibromyoma of the fundus with carcinoma of the cervix uteri. (*Lancet*, 29 oct.)

Pierce (F. E.). A rare form of vaginal cyst. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Pierra (L.-M.). Contribution à l'étude de la congestion utérine primitive chez les arthritiques nerveuses. (*Gynécologie*, juin.)

Pilcer (H.) et **Eberson** (M.). Ueber die Behandlung des Wochenbettfiebers mit Antistreptokokkenserum. (*Therap. Monatsh.*, oct.) — Sur le traitement de la fièvre puerpérale par le sérum antistreptococcique.

Plauchu (M.) et **Pellanda** (Ch.). Brûlures du sein et allaitement. (*Obstétrique*, mai.)

Polano (O.). Der Magenkrebs in seinen Beziehungen zur Geburtshilfe und Gynäkologie. In-8°, 20 p. Wurtzbourg. — Le cancer de l'estomac dans ses rapports avec l'obstétrique et la gynécologie.

Polizzotti (S.). Studio bacteriologico sulla saponata e considerazioni sul valore pratico di un tal mezzo di disinfezione in ostetricia e ginecologia. (*Policlinico*, 15 oct.) — Etude bactériologique sur la mousse de savon et considérations sur la valeur pratique de ce moyen de désinfection en obstétrique et en gynécologie.

Richter (A.). Thrombose und Embolie im Wochenbett, sowie die auf derselben Grundlage beruhenden Lungenerkrankungen der Wöchnerinnen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 1.) — Sur la thrombose et l'embolie dans les suites de couches et sur les affections pulmonaires qu'elles occasionnent chez les nouvelles accouchées.

Rubeska (V.). O operativnim léceni myomu deloznich. (*Sbornik klinicky*, VI, 1.) — Les opérations pour fibromyome utérin.

Sabrazès (J.) et **Muratet** (L.). Malformations génitales et aménorrhée sans chlorose. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 23 oct.)

Schmidlechner (C.). Perithelioma labii majoris. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 1.)

Schooler (L.). An unusual ovarian condition. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Sellheim (H.). Die mechanische Begründung der Haltungsveränderungen und Stellungsdrehungen des Kindes unter der Geburt. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 29 oct.) — Théorie mécanique des changements de l'attitude et de la position du fœtus pendant l'accouchement.

Sigwart (W.). Moderne Bestrebungen der Prophylaxe des Puerperalfiebers. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 15 oct.)

Siredey (A.) et **Lemaire** (H.). Etude sur la leucorrhée. (*Gynécologie*, avril.)

Sokolov (Th.). Interruption artificielle de la grossesse pour épilepsie avec cardiopathie (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 13.)

Streicher (P.). Un cas de torsion du kyste de l'ovaire (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 9 oct.)

PÉDIATRIE

Katz (R.). L'affaiblissement imaginaire de la vue chez les enfants (en russe). (*Roussk. Vratch*, 9 oct.)

Korolkov (P.). Atrophie musculaire progressive chez un garçon de dix ans (en russe). (*Roussk. Vratch*, 16 oct.)

Perret et **Planchon**. Etablissement de la courbe de poids des nourrissons pendant la seconde année. (*Obstétrique*, mai.)

Pfaundler (M.). Zur Frage der « Säurevergiftung » beim chronisch magendarmkranken Säugling. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 5.) — Sur l'acidose chez le nourrisson atteint de gastro-entérite chronique.

Polikier (B.). Kilka cyfr w sprawie chorobowosci niemowlat. (*Kronika lekarska*, 1er juillet.) — Quelques chiffres concernant la morbidité des nourrissons.

Schoeneich (W.). Przyczynek do rozpoznawania rózniczkowego zrostów osierdzia i wad zastawkowych w wieku dzieciecym. (*Gaz. lekarska*, 3 sept.) — Contribution au diagnostic différentiel des adhérences du péricarde et des cardiopathies valvulaires chez les enfants.

Seiffert (M.). Ueber Kindermilch. (*Wien. med. Presse*, 30 oct.) — Sur le lait destiné à l'alimentation du nourrisson.

Stone (J. S.). Subperiosteal fractures of the humerus in children. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 11 août.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Alexander (G.). Probleme in der klinischen Pathologie des statischen Organs. In-8°, 23 p. Halle.

Augiéras. Traitement de l'ostéite condensante à forme névralgique par l'évidement mastoïdien. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 6 août.)

Avdéiev (F.). Trépanation de l'apophyse mastoïde pour otite moyenne purulente survenue au cours d'une pneumonie fibrineuse (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, oct.)

Bar (L.). Volumineux polype des choanes; exérèse par voie buccale. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 16 juillet.)

Bertemès. Syndrome de Ménière récidivant dans le cours d'une otite catarrhale chronique; guérison des vertiges par le curettage de l'arrière-nez. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 23 juillet.)

Chimansky (E.). Zur Frage der adenoiden Wucherungen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 27 oct.) — Sur les végétations adénoïdes.

De Santi (P. W.). Malignant diseases of the larynx (carcinoma and sarcoma). In-8°, 114 p. Londres.

De Simoni (A.). Contributo alla conoscenza delle riniti con emanazione di fetore; rinite fetida da bacillo piogene fetido. (*Gazz. degli Osped.*, 9 oct.)

Harland (W. G. B.) et **Good** (W. H.). Reflex apnea and cardiac inhibition in operations on the respiratory tract. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 oct.)

Lamb (W.). Guide to the examination of the throat, nose, and ear. In-8°, 164 p. Londres. — Guide pour l'examen de la gorge, du nez et de l'oreille.

HYGIÈNE

Canabal (J.). De la declaración obligatoria de las enfermedades transmisibles; sus consecuencias necesarias (aislamiento, desinfección); sus resultados en los diferentes paises de la América latina. (*Rev. méd. del Uruguay*, août.)

Carneiro de Mendonça (C.). Prophylaxia da febre amarella. (*Brazil-medico*, 15 oct.)

Eijkman (C.). De gistingsproef bij 46° als hulpmiddel bij het wateronderzoek. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 15 oct.) — L'examen de l'eau par l'épreuve de la « fermentation à 46° ».

Frassi (A.). Ricerche sul burro di Parma. (*Clinica moderna*, 21 sept.) — Etude sur le beurre de Parme.

Hayward (E. H.). The fly as a carrier of tuberculous infection. (*New York Med. Journ.*, 1er oct.) — Le rôle des mouches dans la propagation de la tuberculose.

Knöpfelmacher (W.) et **Schein** (M.). Impfung unter rotem Licht. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 oct.) — La vaccination sous lumière rouge.

Prausnitz (W.). Grundzüge der Hygiene, unter Berücksichtigung der Gesetzgebung des Deutschen Reichs und Oesterreichs. 7e éd. In-8°, 565 p. avec fig. Munich.

Winckler (A.). Ist destilliertes Wasser ein Gift? (*Balneol. Zeitung*, 20 nov.) — L'eau distillée est-elle un poison?

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Amante, Bignami, Borri, Impallomeni et **Ottolenghi.** Il caso D'Angelo; morte dopo brevissima detenzione nel carcere; sospetto di violenze; delirio acuto; concorrenza letifera. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 1 et 2-3.)

Kobert (R.). Lehrbuch der Intoxicationen. 2e éd. T. II, 1re partie. In-8°, 400 p. avec fig. Stuttgart.

Lefour (R.). Intoxication saturnine au cours de la grossesse par les papiers de tenture pour appartements. (*Obstétrique*, sept.)

Lewin (L.). Krankheit und Vergiftung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 oct.) — Maladie et intoxication.

Punton (J.). Are the insane responsible for criminal acts? (*Med. News*, 15 oct.) — Peut-on rendre les aliénés responsables d'actes criminels qu'ils ont commis?

Spannbauer. Vergiftung nach äusserlicher Anwendung von Kupfersulfat (Blaustein). (*Wien. med. Wochensch.*, 22 oct.) — Empoisonnement consécutif à l'emploi externe du sulfate de cuivre.

Ströhmberg (C.). 16 Vergiftungsfälle mit Methylalkohol. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 8 et 15 oct.) — 16 cas d'intoxication par l'alcool méthylique.

Uhlenhuth. Der forensische Blutnachweis. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 et 29 oct.) — La recherche du sang en médecine légale.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Rossini (A.). Un caso di meningite cerebrospinale tubercolare guarito con le iniezioni epidurali ed endovenose di iodio. (*Clinica moderna*, 21 sept.)

Schley (W. S.). Acute tetanus cured by intraneural injections of antitoxin. (*Med. Record*, 15 oct.)

Schnirer (M. T.). Taschenbuch der Therapie, mit besonderer Berücksichtigung der Therapie an den Berliner, Wiener und anderen deutschen Kliniken. In-16, 293 p. Vienne.

Sizaret (J.). Note sur le traitement de la crise d'épilepsie. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 3.)

Soriani (G.). Contributo casuistico alla cura specifica della tubercolosi. (*Gazz. degli Osped.*, 16 oct.)

Tappeiner (H. von). Lehrbuch der Arzneimittellehre und Arzneiverordnungslehre, unter besonderer Berücksichtigung der deutschen und österreichischen Pharmakopoe. 5e éd. In-8°, 347 p. Leipzig. — Traité de matière médicale et de pharmacologie.

Tiengo (G.). Contributo alla cura dell'epilessia col metodo Ceni. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 2-3.)

Zdanowicz (S.). Wplyw zimnych i goracych okladów na czynnose wydzielnicza zoladka. (*Gaz. lekarska*, 24 sept.) — Influence des applications froides ou chaudes sur l'activité sécrétoire de l'estomac.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Gilchrist (H. L.). The Röntgen rays in the treatment of fractures and adjustment of the fragments under the eye, by use of the fluoroscope. (*New York Med. Journ.*, 22 oct.)

Hynek (K.). Léceni leukaemie Röntgenovymi paprsky. (*Sbornik klinicky*, VI, 1.) — La radiothérapie de la leucémie.

Immelmann. Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für den ärztlichen Sachverständigen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 oct.) — Valeur des rayons de Röntgen dans l'expertise médico-légale.

Leduc (S.). Actions physiologiques des courants intermittents de basse tension. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 oct.)

Massey (G. B.). A case of fibromyxosarcoma of the sacrum of large size, successfully treated by cataphoric operations, with preservation of the sphincter. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, juin-sept.)

Perassi (A.). Le fratture già ridotte ma scomponibili sorvegliate con la radiografia; comunicazione relativa ad un caso di chirurgia d'urgenza. (*Policlinico*, 29 oct.)

Rockwell (A. D.). Electricity in medicine. (*Med. Record*, 1er oct.)

Schüller (M.). Die Einwirkung der Röntgenbestrahlungen auf das Krebsgewebe und die darin enthaltenen Krebsparasiten. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 22 oct.) — L'action des rayons de Röntgen sur le tissu cancéreux et les parasites qu'il renferme.

Sommer (E.). Ueber das Wesen der Röntgenstrahlen und die Radioaktivität. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 oct.)

Werner (R.) et **Hirschel** (G.). Erfahrungen über die therapeutische Wirkung der Radiumstrahlen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 oct.) — Sur la valeur thérapeutique du radium.

BACTÉRIOLOGIE

Frankenberger (O.). O nálezech bakterií v hrtanu se zvlástním zretelem k bacillu tuberkulosnímu. (*Casopis lékaru ceskych*, 15, 22 et 29 oct.) — Présence de certains bacilles, notamment de celui de Koch, dans les fosses nasales et le larynx.

Kolle (W.) et **Wassermann** (A.). Handbuch der pathogenen Mikroorganismen, nebst mikrophotographischem Atlas. T. IV. In-8°, 1354 p. avec fig. Iéna. — Traité de bactériologie.

Lewis (M. J.) et **Longcope** (W. T.). Experimental arthritis and endocarditis produced by a streptococcus isolated from the blood of a case of rheumatism, endocarditis, and chorea. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Mendizov (I.). Les rapports entre le Leuconostoc hominis (Hláva) et le streptocoque de l'érysipèle. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, X, 3.)

Omeliansky (W.). Contributions au diagnostic différentiel de quelques microbes pathogènes. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, X, 3.)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Alezais. Les chirurgiens royaux jurés à Marseille. (*Marseille méd.*, 15 avril, 1er août, 1er sept. et 1er oct.)

Arnaud (F.). Note sur le Collège des médecins et l'exercice de la médecine à Marseille, au XVIIe siècle. (*Marseille méd.*, 15 oct.)

Drivon (J.). Les anciens hôpitaux de Lyon : l'Hôtel-Dieu au temps de Rabelais. (*Lyon méd.*, 2, 9 et 23 oct.)

Lachs (J.). Gynäkologisches von Aretaios; ein Beitrag zur Geschichte der Gynäkologie. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 381.)

Nuël (I.-P.). Qui a le premier démontré expérimentalement l'image renversée des objets visuels sur la rétine? (*Arch. d'ophtalmol.*, août.)

Toraude (L. G.). Histoire de la médecine; promenades à travers le passé : étude fantaisiste sur les almanachs du Collège de pharmacie de Paris (1780-1810). In-8°, 24 p.

GÉNÉRALITÉS

Beiträge zur wissenschaftlichen Medicin und Chemie. Festschrift zu Ehren des 60. Geburtstages von Ernst Salkowski. In-8°, 480 p. avec fig. Berlin. — Livre jubilaire dédié à Ernst Salkowski.

Kossel (A.). Neuere Ergebnisse der Eiweisschemie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 oct.) — Les nouvelles recherches chimiques sur l'albumine.

Medizinal-statistische Mitteilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. T. IX, fasc. 1. In-8°, 244 p. avec cartes. Berlin. — Statistiques médicales publiées par l'Office sanitaire impérial [allemand].

Müllerheim (R.). Die Wochenstube in der Kunst; eine kulturhistorische Studie. In-8°, 244 p. avec fig. Stuttgart. — La chambre de l'accouchée dans l'art.

Pinard (E.) et **Boyé.** Géographie médicale : Guinée française. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Warfvinge (F. W.). Aarsberättelse (den tjugufemte) fraan Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm för 1903. In-8°, 236 p. avec fig. Stockholm. — Compte rendu de l'hôpital Sabbatsberg à Stockholm pour l'année 1903.

NOUVELLES

EGYPTE

~~ Depuis plus d'un demi-siècle, c'est la première fois qu'on voit la peste se propager à Suez, où l'on a déjà constaté une douzaine de cas. Bien que la maladie existe en ce moment dans la basse Egypte, on semble assez porté, d'après l'enquête, à admettre qu'elle aurait été introduite à Suez par des marchandises provenant des Indes anglaises. Aussi la situation sanitaire de ce dernier pays, où la peste sévit toujours en faisant chaque année des victimes plus nombreuses, préoccupe-t-elle les Anglais et surtout les autorités de l'Inde. Pendant son récent séjour à Londres, lord Curzon s'est mis en rapport avec les sommités de la Société royale et de l'Institut Lister en vue d'organiser une nouvelle enquête sur l'étiologie de la peste, enquête reconnue nécessaire et par le gouvernement du Punjab et par les autorités de Bombay.

On sait que la première enquête, qui a duré assez longtemps et a abouti à la publication de cinq gros volumes, n'a pas donné les résultats qu'on pouvait en attendre, parce que la commission n'était pas d'ordre exclusivement scientifique. Il est à espérer que si une nouvelle enquête a lieu — ce qui est à peu près certain —, on ne commettra pas les mêmes fautes, et qu'éclairés par l'expérience précédente, les commissaires n'auront en vue que de déterminer les conditions propres à la maladie et à sa propagation, ainsi que les meilleurs moyens pour la combattre. Là est, d'ailleurs, tout le problème.

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

~~ On a reconnu depuis longtemps que les bouteilles en verre servant habituellement à la livraison du lait à domicile présentent des inconvénients sérieux au point de vue de la pureté du produit qu'elles contiennent, soit par suite d'un rinçage défectueux, soit à cause d'une fermeture incomplète. Pour y obvier, on a eu l'idée de fabriquer des récipients en papier ne devant servir qu'une fois, auxquels on a donné une forme conique pour faciliter l'introduction et la sortie du lait, et on y a adapté un bouchage qui paraît à l'abri de tout reproche. Dans le but de stériliser ces récipients et d'empêcher en même temps le contact direct du lait avec le papier, on immerge les « bouteilles en papier » dans une solution de paraffine à 100° C.

On a fait dernièrement des essais avec ces récipients au laboratoire bactériologique du bureau d'hygiène de Philadelphie, et les résultats obtenus font espérer que l'industrie laitière pourra utiliser ce nouveau mode d'embouteillage : du lait expédié audit laboratoire dans des récipients en papier par des laiteries des environs de Philadelphie a été, après analyse, reconnu comme contenant moins de bactéries que celui que renfermaient les bouteilles en verre envoyées en même temps. Si la pratique venait à confirmer les résultats du laboratoire, la fourniture d'un lait pur à domicile aurait fait un progrès notable, et cela sans supplément de frais ni pour les consommateurs ni pour l'industrie.

PORTUGAL

~~ Nos lecteurs n'ignorent pas que la trypanosomiase a été jusqu'ici rarement constatée chez des Européens ayant séjourné dans des pays où la maladie est endémique (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 412 et 413-415); aussi croyons-nous bon de signaler que M. le docteur Carlos França, médecin en chef du laboratoire bactériologique de Porto, vient de constater l'existence du trypanosome chez un homme de vingt-cinq ans, revenu malade de l'Afrique portugaise après un séjour de treize ans dans les îles de Saint-Thomas et de Principe. Cet homme est un ancien paludéen, qui fut atteint du béribéri il y a quatre ans environ et plus récemment de fièvre bilieuse hémoglobinurique, et chez lequel son médecin découvrit pour la première fois, au mois d'avril dernier, des symptômes suspects de la maladie du sommeil. C'est au mois de septembre 1904 que M. Carlos França vit ce malade et trouva des trypanosomes dans le sang.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Hôpital Pantélimon (de Bucarest). — M. le professeur G. Marinesco.

Des amusies.

Je me propose dans cette leçon de vous entretenir d'un malade atteint d'une série de troubles se rattachant à l'amusie motrice, et plus particulièrement à l'amusie instrumentale. Mais, avant de vous exposer son observation, et pour mieux mettre en relief les points particuliers sur lesquels je désire fixer votre attention, je crois utile de vous rappeler les phases principales par lesquelles a passé la question de l'amusie.

L'histoire de nos connaissances sur l'amusie est de date relativement récente; si l'étude de l'aphasie a donné naissance à une littérature médicale extrêmement riche, l'amusie, au contraire, est restée presque inaperçue jusqu'en 1888. Il est vrai que certains auteurs allemands, tels que Stumpf, Henle et surtout Stricker avaient antérieurement fourni quelques notions sur la matière, mais, en réalité, c'est à M. G. Ballet, en France, et à MM. Oppenheim, Knoblauch et Wallaschek, en Allemagne, que revient le mérite d'avoir attiré l'attention sur les représentations mentales de la musique.

« Certains faits, dit M. Ballet (1), démontrent la réalité et l'indépendance d'images motrices relevant des muscles de la bouche, du larynx, du thorax, affectés à la production musicale. Il y a une aphasie motrice pour la musique, comme il y a une aphasie motrice pour les mots. Une observation de Kast (2) établit la chose avec netteté. Elle est relative à un jeune homme de vingt-cinq ans, qui fut atteint de divers troubles cérébraux consécutifs à un traumatisme du crâne. Kast constata à un moment donné ce qui suit : le malade était affecté d'une cécité verbale et d'une aphasie motrice très incomplètes; ce qui frappait chez lui, en dehors de ces phénomènes, c'était son aptitude à comprendre et à exécuter le chant. Lorsqu'on exécutait une mélodie devant lui, il reconnaissait très bien les airs joués et distinguait les notes justes des notes fausses; mais quoiqu'il chantât beaucoup avant son accident, il était devenu incapable, malgré tous ses efforts, d'exécuter un air avec les tons et les intervalles justes. »

A chaque forme d'aphasie verbale, M. Ballet oppose une forme d'aphasie musicale : à la surdité des mots correspond la surdité des notes; à la cécité verbale, la cécité musicale.

En Allemagne, les auteurs qui ont le plus contribué à l'étude de l'aphasie musicale sont, vous disais-je tantôt, MM. Oppenheim, Knoblauch et Wallaschek.

En 1888, le premier de ces auteurs (3) a étudié les troubles de l'expression musicale chez les aphasiques : chez 11 des 16 malades qu'il a examinés à ce point de vue, il y avait conservation de la faculté musicale, malgré les altérations plus ou moins considérables du langage articulé; par contre, dans les 5 autres cas, les troubles de la parole étaient accompagnés de troubles du langage musical. M. Oppenheim se demande si ce dernier — tout comme le langage articulé — ne posséderait pas un centre à part dans l'hémisphère gauche.

La même année, M. Knoblauch (4), s'inspirant des idées et des schémas de Lichtheim sur les aphasies de conductibilité, créait par analogie neuf formes d'amusie semblables aux formes correspondantes d'aphasie décrites par Lichtheim. Ce travail a porté ses fruits, mais les observations ultérieures n'ont pas confirmé en tous points les vues théoriques de l'auteur.

Au contraire, l'étude de M. Wallaschek (1), plus conforme à nos connaissances actuelles sur l'aphasie, peut être considérée comme la plus importante qu'on ait écrite sur le sujet qui nous occupe. M. Wallaschek distingue : l'amusie motrice, c'est-à-dire que le malade comprend la musique sans pouvoir chanter; l'amusie sensorielle, où le sujet ne distingue plus les sons; la paramusie, dans laquelle le patient peut chanter, mais se trompe sur les intervalles et les sons; enfin, l'agraphie musicale, c'est-à-dire la perte de la faculté de lire la musique, et l'amimie musicale, ou incapacité de jouer d'un instrument.

M. Brazier (2), auquel nous devons un travail détaillé sur la question, après avoir fait la critique des classifications de MM. Knoblauch et Wallaschek, admet deux groupes d'amusie : les amusies totales, ou du moins complètes, et les amusies simples. Celles-ci peuvent être distinguées en amusies de réception (centripètes) et en amusies de transmission ou d'expression (centrifuges); les premières comprennent la forme auditive (surdité musicale, *Tontaubheit*) et la forme visuelle (cécité musicale, alexie musicale); quant aux secondes, elles sont dues à la perte des images motrices relatives soit au chant (amusie motrice vocale), soit au jeu des instruments (amusie motrice instrumentale, amimie de Wallaschek).

En 1893, mon regretté collaborateur Paul Blocq (3) publie une revue générale sur la question. Après avoir fait l'analyse critique des travaux antérieurs, il admet l'autonomie de la faculté musicale et l'existence des amusies motrice et sensorielle.

Dans une intéressante leçon faite il y a dix ans à la Salpêtrière, M. Brissaud (4) a attiré l'attention sur l'aphasie d'intonation. « Le langage, quel qu'il soit, dit M. Brissaud, n'est donc pas seulement parlé, il est *chanté*. Une phrase articulée a toujours sa mélodie caractéristique, suivant qu'elle exprime la surprise, la colère, la joie, l'indignation, le doute, etc.; et, si jamais il a pu exister un langage universel que tous les hommes aient compris, c'est assurément celui qui réside dans les seules modalités de l'intonation. » Aussi M. Brissaud remarque-t-il avec justesse que le langage est une chanson articulée. Peut-être les aphasies d'intonation font-elles partie intégrante de l'amusie. Si l'aphasie d'articulation peut être observée toute seule, sans aphasie d'intonation, cette dernière, au contraire, n'est guère constatée isolément, du moins dans les affections corticales.

La même année paraît le mémoire de M. Edgren (5), basé sur l'examen critique de 52 observations empruntées en grande partie aux différents auteurs. En principe, M. Edgren admet que l'amusie est presque entièrement comparable à l'aphasie, tant au point de vue clinique qu'en ce qui concerne la localisation des lésions; néanmoins, l'amusie et l'aphasie peuvent survenir indépendamment. Lorsqu'elles coexistent chez le même sujet, elles revêtent souvent l'une et l'autre la même forme. Pour la surdité musicale, il semble, d'après une autopsie de M. Edgren, que sa localisation réside dans la première ou dans les deux premières circonvolutions temporales, en avant du point dont la lésion amène la surdité verbale.

J'aurai encore à vous citer deux publications concernant l'amusie, l'une de M. Donath, l'autre de M. Würtzen.

Le malade de M. Donath (1) est un tzigane violoniste, atteint de paralysie générale, et chez lequel apparut, sans perte de connaissance, une aphasie motrice complète, de la surdité verbale et une amusie instrumentale partielle; après quelques semaines, cet homme récupérait la parole et la faculté de jouer du violon.

Dans le cas de M. Würtzen (2), il s'agit d'une pianiste qui eut, à quarante-neuf ans, un ictus avec perte de connaissance, aphasie complète, agraphie et parésie du bras et de la jambe du côté droit. Tous ces phénomènes disparurent, sauf l'aphasie, qui fut suivie de paraphasie. Lorsque l'auteur examina cette femme au point de vue des troubles musicaux, il constata qu'elle ne pouvait plus jouer de la main droite; les mouvements nécessaires au jeu étaient conservés à gauche. Le sens de la mélodie était intact. M. Würtzen cite encore une autre observation personnelle, mais incomplète, concernant l'amusie instrumentale pour le violon.

Après cette rapide revue d'ensemble, qui vous a sommairement indiqué ce qu'est l'amusie et quelles formes diverses elle est susceptible de revêtir, nous pourrons dépouiller avec plus de fruit l'histoire clinique de notre propre malade.

C'est un homme de quarante ans, professeur de basson au Conservatoire de musique. Comme antécédents intéressants, nous trouvons chez lui une infection syphilitique à l'âge de vingt-six ans; elle ne fut pas suivie d'accidents secondaires, mais, au mois de juin de l'année 1901, le malade eut un ictus avec perte de connaissance. A son réveil, il constata qu'il lui était impossible de mouvoir le bras et la jambe du côté droit, et que sa parole était très embarrassée. Ces troubles se dissipèrent à la suite d'un traitement antisyphilitique.

Actuellement, nous remarquons chez lui une hémiparésie droite consistant en une légère diminution de la force musculaire des différents segments des membres supérieur et inférieur droits, faiblesse qui ne gêne pas d'ailleurs les mouvements actifs. En effet, cet homme peut se servir de son bras droit pour les besoins journaliers; il peut s'habiller, se boutonner, manger, etc. Il est capable d'exécuter les mouvements les plus délicats avec les doigts : par exemple, de prendre une aiguille très fine, ou de mettre exactement son doigt dans des cercles fixes, volants, ou posés horizontalement. La force musculaire de la main est quelque peu diminuée; la main droite donne au dynamomètre 80, la main gauche 90. Les réflexes tendineux du côté paralysé sont exagérés, les réflexes cutanés conservés; le signe des orteils existe à droite.

La sensibilité tactile superficielle est légèrement atténuée à la face palmaire, surtout au niveau du pouce et de l'index; à la face dorsale des doigts, elle est un peu émoussée. On constate, en outre, une diminution modérée de la sensibilité articulaire à l'index et au pouce. Cet homme distingue bien la valeur relative des poids; le même poids lui paraît toutefois plus lourd dans la main droite que dans la main gauche. D'une manière générale, il reconnaît la forme, le relief et la consistance d'un objet, mais il lui arrive de se tromper lorsqu'il s'agit

(1) G. Ballet. Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie. 2e éd. Paris, 1888.

(2) A. Kast. Ueber Störungen des Gesangs und des musikalischen Gehörs bei Aphasischen. (*Aerztl. Intell.-Bl.*, 3 nov. 1885, p. 624.)

(3) H. Oppenheim. Ueber das Verhalten der musikalischen Ausdrucksbewegungen und des musikalischen Verständnisses bei Aphatischen. (*Charité-Annalen*, 1888, XIII, p. 345.)

(4) A. Knoblauch. Ueber Störungen der musikalischen Leistungsfähigkeit infolge von Gehirnlesionen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1888, XLIII, 4-5, p. 331.)

(1) R. Wallaschek. Die Bedeutung der Aphasie für die Musikvorstellung. (*Zeitsch. f. Psychol. u. Physiol. der Sinnesorgane*, 1893, VI, p. 8-32.)

(2) Brazier. Du trouble des facultés musicales dans l'aphasie; étude sur les représentations mentales des sons et des symboles musicaux. (*Rev. philosophique*, oct. 1892, p. 337.)

(3) P. Blocq. L'amusie. (*Gaz. hebd. de méd.*, 25 fév. 1893, p. 86-90.)

(4) Brissaud. Sur l'aphasie d'articulation et l'aphasie d'intonation, à propos d'un cas d'aphasie motrice corticale sans agraphie. (*Semaine Médicale*, 1894, p. 341-343.)

(5) J. G. Edgren. Amusi (musikalisk afasi). (*Hygiea*, 1894, LVI, p. 456 et 521.) — Amusie (musikalische Aphasie). (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, 1894, VI, 1-2.)

(1) J. Donath. Beiträge zur Lehre von der Amusie, nebst einem Falle von instrumentaler Amusie bei beginnender progressiver Paralyse. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 oct. 1901.)

(2) C. H. Würtzen. Einzelne Formen von Amusie, durch Beispiele beleuchtet. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, 1903, XXIV, 5-6, p. 465.)

de menus objets. C'est ainsi que de la main gauche il reconnaît des lettres en carton ou en métal, tandis que de la main droite il ne peut pas bien se rendre compte de la nature de ces objets. Enfin il est incapable de distinguer une surface rugueuse d'une surface lisse.

La parole spontanée et la parole répétée sont bien conservées; le malade répond avec assez de facilité aux différentes questions qu'on lui pose; parfois cependant il ne trouve pas le mot nécessaire, surtout s'il est difficile, et il le déforme quelque peu. Il croit que le timbre de sa voix a changé.

L'écriture spontanée est légèrement altérée. L'écriture musicale spontanée est possible seulement en ce qui concerne les gammes et la valeur des notes : cet homme ne peut pas transcrire de mémoire quelques mesures d'un air qu'il chante bien. L'écriture musicale sous dictée est mieux conservée que l'écriture spontanée : le patient peut, sous dictée, écrire des mesures parfois compliquées. L'écriture copiée est conservée; elle n'est cependant ni aussi facile ni aussi fine qu'au temps normal.

Le malade n'a pas de surdité verbale, pas plus qu'il n'a de surdité musicale. Si l'on joue devant lui sur un instrument (mandoline) des airs de *Guillaume Tell*, du *Trouvère*, de la *Traviata*, de *Carmen*, de *Faust*, il reconnaît les fautes commises intentionnellement, même lorsqu'il s'agit d'un demi-ton. Il ne peut pas chanter spontanément un air qu'il connaît bien; il est nécessaire qu'on lui donne les premières notes pour qu'il se rappelle le reste. De même, pour qu'il chante un air, fût-ce le plus populaire, il faut qu'on lui en dise les premiers mots; il suit toujours celui qui chante à côté de lui : dans ce dernier cas, il chante assez correctement.

Entre les troubles de l'écriture des mots et ceux de l'écriture des notes, il existe chez ce sujet des relations étroites.

En effet, si on l'invite à formuler une idée, il la prononce habituellement d'une façon correcte; mais lorsqu'il essaye de l'écrire, il commet des fautes. L'écriture spontanée est un peu plus altérée que la parole spontanée; l'écriture copiée est plus correcte que l'écriture sous dictée ou spontanée. Dans cette dernière, on constate des erreurs diverses : lettres oubliées, remplacées par d'autres, etc. Il lui arrive quelque chose d'analogue avec les signes graphiques de la musique. Ainsi, il peut chanter correctement l'hymne royal roumain, mais s'il veut le transcrire en notes, il éprouve beaucoup de difficultés, commet des erreurs, répète la même note; enfin, il lui est impossible de le terminer. Du reste, il a également oublié en partie les paroles de cet hymne; il n'en a retenu que les premiers vers.

Il n'y a donc pas de doute que cet homme présente de l'agraphie musicale, incomplète il est vrai, mais qui paraîtra manifeste si l'on veut bien tenir compte qu'il a été longtemps professeur au Conservatoire, et que pendant des années il s'est servi quotidiennement des signes graphiques de la musique. D'autre part, il commet des fautes dans le langage articulé, de même que dans la musique chantée. Il fait des omissions de notes comme des omissions de sons verbaux; il intercale des notes dans la musique chantée comme il intercale des syllabes dans les mots.

Ainsi que nous l'avons dit, cet homme était professeur de basson au Conservatoire. Le basson est un instrument à vent qui peut être rapproché de la flûte; il y a cependant entre les deux instruments cette différence que le volume de la voix est plus grand et son timbre plus grave dans le basson, mais les deux instruments ont une portée égale; on peut, sur l'un comme sur l'autre, jouer des gammes de la main droite et de la main gauche; toutefois, c'est la droite qui a le rôle principal dans l'exécution, car il y a onze clefs pour celle-ci, tandis qu'il n'y en a que huit pour la main gauche.

Invité à faire des gammes devant un spécialiste, notre malade commet des fautes de touche à plusieurs reprises, tant avec la main droite qu'avec la main gauche, plus fréquemment cependant avec la première. Parfois, il ne se rappelle pas le doigt qu'il doit utiliser dans l'exécution de ces gammes. Autrefois, il était très bon musicien et aurait pu jouer ou chanter n'importe quel morceau de musique.

Le patient affirme qu'il éprouve de la difficulté à jouer de son instrument, non seulement avec la main droite mais aussi avec la main gauche. Il ne se rappelle pas toujours les clefs sur lesquelles il doit appuyer ou les trous qu'il doit fermer. Le sens de la mesure, du rythme et de l'harmonie est néanmoins conservé.

En résumé, cet homme présente de l'amusie motrice incomplète ou partielle, intéressant la musique vocale et surtout la musique instrumentale. En ce qui concerne la musique vocale, on doit toujours, ou presque toujours, lui donner les premières notes d'un air pour qu'il puisse continuer cet air, et encore commet-il des fautes d'intonation et d'intervalles, répétant les mêmes passages ou bien confondant ce qu'il chante avec autre chose. L'incapacité musicale est plus grande pour l'instrument dont il jouait bien autrefois, car il est incapable de jouer le moindre air. Il présente, en outre, de l'agraphie musicale, plus accusée pour l'écriture spontanée que pour l'écriture sous dictée ou copiée.

J'ajoute que les troubles extrêmement légers de la motilité et de la sensibilité constatés du côté droit ne permettent nullement d'expliquer cette amusie instrumentale.

Ainsi donc, notre malade a perdu la mémoire des mouvements nécessaires au jeu de son instrument. Cette mémoire spéciale des doigts est bien altérée chez lui, de sorte qu'il est incapable de jouer même des airs très simples, alors qu'il peut exécuter les mouvements les plus délicats. Le contact des doigts avec son instrument ne réveille plus dans son esprit les mouvements si compliqués grâce auxquels il pouvait jouer toute espèce d'airs. Peut-on conclure de là que, par l'exercice incessant d'une fonction spéciale, il s'est développé dans son cerveau, au niveau du pied de la deuxième frontale, un centre particulier pour les mouvements des deux mains, de la bouche et de la poitrine, exigés par le jeu du basson, centre dont la lésion a supprimé la coordination de ces mouvements variés? Il serait bien difficile de répondre d'une manière satisfaisante à cette question.

En tout cas, il ne semble guère probable qu'il y ait des centres spéciaux en rapport avec les mouvements nécessaires pour le jeu des différents instruments de musique, tels que le piano, les instruments à corde, les instruments à vent : s'il en était ainsi, on devrait admettre autant de centres qu'il y a d'instruments, opinion impossible à concevoir. C'est pour cette raison que je pense qu'il n'y a pas de centres particuliers affectés à la coordination des mouvements nécessaires pour le jeu des différents instruments, mais que le même centre qui préside aux divers mouvements des doigts est chargé de présider aussi à ceux, plus complexes, du jeu des instruments. On connaît les relations étroites qui existent entre la fonction et l'organe : le jeu répété des doigts sur l'instrument doit développer certaines fonctions des centres des doigts, créer de nouvelles associations et adapter de cette manière les doigts aux mouvements complexes et délicats nécessaires au jeu des instruments. Toute lésion, au niveau des centres des doigts (chez notre malade, au niveau du pied de la deuxième frontale et de la frontale ascendante), retentira sur les acquisitions nouvelles, sur les mouvements complexes qui président à l'instrumentation. C'est ainsi que je m'explique le cas curieux, publié par Charcot, de ce trombone qui, « toutes ses autres mémoires motrices étant restées intactes, avait perdu le souvenir des mouvements associés de la main et de la bouche, nécessaires au jeu de son instrument ».

L'amusie instrumentale motrice peut donc exister en dehors de tout trouble moteur ou sensitif des doigts. Par contre, l'amusie vocale suppose toujours ou presque toujours une altération du langage articulé. En outre, pour la musique instrumentale en général, nous devons admettre l'intervention d'un double centre, car les deux mains participent à l'exécution d'une façon égale, ou à peu près égale, surtout quand il s'agit du basson sur lequel les quatre premières notes de la gamme s'exécutent de la main droite et les autres de la main gauche.

Il eût été intéressant de rapprocher de notre malade atteint d'amusie motrice un cas d'amusie sensorielle. N'en ayant point dans le service en ce moment, je me contenterai de vous citer quelques observations empruntées à différents auteurs.

La cécité musicale, ou alexie musicale, est caractérisée par la perte de la faculté de lire les notes de musique, alors que la vision en général, et même celle des lettres, est conservée. Charcot (1) a cité dans ses leçons l'histoire d'un malade, musicien distingué, qui s'aperçut un jour, en se mettant au piano, qu'il lui était impossible de déchiffrer les notes. Des exemples analogues ont été publiés par Proust (2) (malade pouvant écrire la musique, mais incapable de la lire), par M. Finkelnburg (3) (musicien jouant très aisément de mémoire et devenu incapable de lire la musique), par M. Bernard (4) (malade capable de chanter de mémoire, mais n'arrivant plus à lire la musique, bien qu'il reconnût le sens des mots imprimés sur la partition et qu'il n'eût par conséquent pas de cécité verbale).

La cécité musicale peut précéder la cécité verbale et se montrer isolément, comme dans le cas de M. Bernard. Outre ce fait, il existe une autre observation de cécité musicale pure et complète. La malade dont il s'agit, observée par M. Brazier (5), chantait et jouait du piano de mémoire (pas d'amusie motrice), appréciait bien la musique entendue (pas de surdité musicale), mais ne pouvait lire les notes, bien que la lecture des caractères ordinaires fût conservée (pas de cécité verbale).

C'est dans le même ordre de faits que rentre l'observation suivante de M. Dejerine (6) : « Le malade parle correctement et comprend tout ce qu'on lui dit; il écrit spontanément et sous dictée, mais il ne peut relire ce qu'il a écrit; il peut copier, mais d'une façon un peu défectueuse, et lire à l'aide du subterfuge qui consiste à parcourir de la main, en très grand, le contour des lettres; ici, la cécité verbale est dégagée de tout élément moteur, auditif, graphique; au point de vue musical, parallélisme absolu des manifestations. Cet homme, qui était excellent musicien, a perdu la faculté de lire la musique; il a de la cécité musicale, mais il joue aisément de mémoire des partitions complètes; il a pu d'ailleurs apprendre, par l'audition, de nouveaux airs assez difficiles. » Cet état dura quatre ans; puis de nouvelles lésions se produisirent, qui amenèrent une aphasie complète, ne respectant que la mimique.

(1) Charcot. Leçons sur les maladies du système nerveux. Paris, 1883.

(2) A. Proust. De l'aphasie. (*Arch. gén. de méd.*, 1872, I, p. 147, 303 et 653.)

(3) Finkelnburg. Aphasie. (*Sitzungsberichte d. niederrhein. Gesellschaft f. Natur- u. Heilhunde zu Bonn*, 1870, p. 67.)

(4) D. Bernard. De l'aphasie et de ses diverses formes. (*Thèse de Paris*, 1885.)

(5) Brazier. (*Loc. cit.*, p. 359.)

(6) Dejerine. Sur la localisation de la cécité verbale avec intégrité de l'écriture spontanée et sous dictée; cécité verbale pure. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 27 fév. 1892, p. 61, et *Semaine Médicale*, 1892, p. 88-89.)

A côté de cette cécité musicale, il existe dans la science plusieurs cas de surdité musicale isolée ou bien associée à la surdité verbale. Je vous citerai notamment un cas de M. Brazier. Il s'agit d'un homme de cinquante ans, sujet depuis trois ans à des accès de migraine ophtalmique accompagnée. A la suite d'une crise de ce genre, le malade fut pris de surdité musicale (il ne reconnaissait plus, en particulier, l'air de la *Marseillaise*, joué par la musique d'un régiment passant sous ses fenêtres, non plus que différents airs joués sur le piano). « Il rapportait fort bien les sons entendus à leur source, à leur cause, aux instruments, mais il était devenu incapable d'apprécier les seuls sons musicaux. » Il connaissait les airs, comme on pouvait s'en assurer en les lui indiquant et en le priant de les fredonner; il n'avait donc pas de surdité verbale.

Il y a, en général, un rapport intime entre l'amusie motrice et l'aphasie motrice, et ce rapport est direct, c'est-à-dire que si l'aphasie motrice est accusée, le malade présente également des troubles prononcés d'amusie motrice; toutefois, ce n'est pas là une règle générale et les exceptions sont nombreuses; on pourrait grouper ces dernières de la manière suivante :

1° Certains malades, atteints d'aphasie à type Broca, ont conservé les images motrices du chant, mais ne peuvent reproduire les paroles mises sur ce chant (tels sont les cas de Behier, de Boniot et de Charcot);

2° D'autres aphasiques moteurs ne recouvrent la parole que pour les mots chantés sur les airs dont ils ont conservé la possession et les images motrices : comme le dit M. Bernard, air et paroles forment un cliché dont les malades ne peuvent rien détacher et qu'ils donnent tout d'une pièce. Les faits de ce genre sont nombreux (Escot, Onimus, Brown-Séquard, Bernard, etc.). Je vous citerai, comme exemples, l'observation de M. Grasset et celles, plus récentes, de M. von Leyden et de M. Touche.

Le malade de M. Grasset (1) est un officier dont le vocabulaire est réduit à *pardi* et à la lettre *b;* il est incapable de prononcer les mots « enfant et patrie », mais chante correctement, avec les paroles, la première strophe de la *Marseillaise*.

Au mois d'avril 1900, M. von Leyden présentait, à la Société de médecine interne de Berlin, un ouvrier qui, en juin précédent, avait eu une attaque d'apoplexie, suivie d'hémiplégie droite et d'aphasie. Tout le langage se réduisait à quelques mots; cet homme se trouvait dans l'impossibilité de lire à haute voix et de répéter ce qu'on prononçait devant lui; par contre, il chantait parfaitement, *avec les paroles*, les chansons qu'il avait apprises autrefois. L'auteur conclut de ce fait qu'il doit y avoir des fibres d'association entre le centre auditif, le centre des mots et le centre musical (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 124).

La malade de M. Touche (2), âgée de soixante-dix ans, était atteinte d'hémiplégie droite et d'aphasie; de la parole spontanée il lui était resté seulement l'articulation de son prénom, Marie, et c'était tout; aux questions qu'on lui posait, elle répondait invariablement *lo*, répété un grand nombre de fois avec des intonations variées. Or, le chant était presque normal; cette femme chantait la *Marseillaise;* l'air en était très juste, les paroles généralement bien articulées, encore qu'elle déformât certains mots. Il existait très probablement un certain degré de surdité verbale, mais la malade avait un affaiblissement de l'ouïe qui empêchait de s'en rendre compte.

(1) J. Grasset. Observation d'aphasie complète suivie de guérison, avec des spécimens de l'écriture du malade aux diverses phases de la maladie. (*Montpellier méd.*, 1873, p. 93.)

(2) Touche. Aphasie; perte totale de la parole spontanée; conservation du chant; autopsie. (*Rev. neurol.*, 15 mars 1900, p. 260.)

A l'autopsie, M. Touche constata sur la face externe de l'hémisphère gauche une plaque de ramollissement occupant la troisième circonvolution frontale, les circonvolutions antérieures de l'insula, les faces supérieure et interne de la première circonvolution temporale dans la partie correspondant à la lésion de l'insula.

Cette dernière observation prouverait au premier abord que le langage musical vocal n'a pas son centre dans la troisième circonvolution frontale et que ces deux phénomènes, à savoir : langage articulé et langage musical vocal, sont distincts au point de vue de leur siège et de leur localisation. Cette opinion serait encore corroborée par les observations de M. Mann et de M. Probst. Le premier de ces auteurs (1) a vu, après un traumatisme suivi de parésie des membres du côté gauche, une perte complète de la faculté de chanter et de siffler, chez un malade auparavant membre d'une société chorale. Cet homme reconnaissait bien les airs; par contre, lorsqu'il voulait chanter, il donnait le rythme exact, mais modifiait complètement l'air, avec une voix éteinte qui n'avait rien de musical. Cette amusie motrice s'améliora un peu, tout en persistant jusqu'à la mort. A l'autopsie, M. Mann trouva, à la partie moyenne de la deuxième frontale droite, une cavité qui se prolongeait en arrière et s'étendait jusqu'au voisinage de la frontale ascendante.

L'observation de M. Probst (2) concerne une femme de cinquante-cinq ans, atteinte au début d'aphasie totale, mais dont l'état s'était un peu amélioré. A toutes les questions qu'on lui adressait, elle répondait : *oh oui*. Elle pouvait cependant chanter une chanson avec une autre malade, elle conservait alors l'air très exactement et prononçait distinctement les paroles qu'elle articulait assez correctement, ce qu'elle ne pouvait faire sans le secours du chant. Si on commençait à chanter un air, elle était ensuite capable de continuer toute seule; la parole pendant le chant était parfaite, alors qu'autrement la malade ne pouvait dire que quelques mots émotifs. Après avoir chanté l'air et les paroles d'une chanson, si on lui demandait les paroles isolément, elle les disait avec l'air. Elle répétait très bien des airs qu'elle ne connaissait pas.

Cette femme mourut six mois après le début de son aphasie; à l'autopsie on trouva un ramollissement de toute la deuxième frontale gauche, du bord supérieur de la troisième frontale, du tiers moyen de la frontale ascendante, du tiers supérieur de la pariétale ascendante, de la partie supérieure avoisinante des pariétales, de la partie postéro-supérieure du *gyrus angularis*, du tiers postérieur de la première temporale, un petit ramollissement de la partie moyenne de la troisième temporale et un autre de la deuxième occipitale. En outre, il existait de petits ramollissements dans le noyau caudé, et un autre dans le *gyrus fornicatus*. Dans l'hémisphère droit, il n'y avait pas de ramollissement, mais de nombreuses dégénérescences secondaires. A l'intérieur de l'hémisphère gauche, on trouva aussi de multiples dégénérescences secondaires.

M. Probst conclut de ce fait que le chant spontané est sans lien avec la parole spontanée, et que ces deux phénomènes ont des sièges différents. La deuxième frontale et son pourtour constituent la localisation motrice de la musique, et là encore il y a des différences individuelles qui font que cette localisation siège tantôt à droite, tantôt à gauche.

Les 2 observations que nous venons de résumer cadrent assez bien avec l'opinion de M. von Monakow, qui admet que, dans les expressions élémentaires du langage (langage émotif, chant, etc., etc.), l'hémisphère droit joue un certain rôle. Malgré l'intérêt qu'offrent ces cas cliniques, ils ne nous paraissent pas de nature à démontrer d'une façon irréfutable l'opinion de M. Probst; il est beaucoup plus probable que le pied de la deuxième frontale n'intervient pas dans le mécanisme du langage musical, et que les lésions décrites par les auteurs sus-cités ont pu retentir d'une manière quelconque sur la zone du langage articulé, comme il semble du reste résulter de l'observation de M. Probst lui-même, dont la malade présentait de l'aphasie motrice.

(1) L. Mann. Casuistische Beiträge zur Hirnchirurgie und Hirnlocalisation. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, nov. 1898, p. 369-378.)

(2) M. Probst. Ueber die Localisation des Tonvermögens. (*Arch. f. Psychiatrie*, 1899, XXXII, 2, p. 387-446.)

Le siège exact des différentes formes d'amusie nous est à peu près complètement inconnu. Nous devons cependant admettre, malgré la dissociation fonctionnelle de l'aphasie et de l'amusie motrices, que, dans certains états pathologiques du langage articulé et du langage musical, le cerveau emploie pour la parole et pour la musique chantée, pour l'écriture des mots et des signes musicaux, les mêmes voies et les mêmes procédés. Il est naturel de penser que les centres respectifs du langage musical sont très proches des centres correspondants du langage articulé.

Dans les cas d'aphasie motrice à peu près complète avec conservation de la parole chantée, on peut supposer que les voies qui unissent les centres de formation des images motrices verbales et des images motrices musicales sont respectées, et que le centre du langage articulé n'est pas complètement détruit. Si les malades ne sont pas capables, dans ces conditions, d'évoquer spontanément les paroles nécessaires à la traduction de leur pensée, cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas la moindre trace des images des mots, dans la zone du langage articulé, mais seulement que les images persistantes sont très faibles et que, pour les réveiller, il faut faire appel à d'autres images associées à la parole, comme le sont les images vocales. Il est possible que dans le cas de M. Touche, que je vous citais tantôt, il n'y eût pas destruction complète des cellules nerveuses où se déposent les images verbales motrices, mais ces cellules, diminuées de nombre d'une façon considérable et mal irriguées, n'étaient plus capables d'agir que sous l'influence d'une association fonctionnelle. Aussi je pense que, dans de pareils faits, il faut toujours pratiquer l'examen histologique de la circonvolution de Broca. J'ai constaté, en effet, sur des coupes microscopiques, dans des cas d'aphasie de type Broca à peu près complète, qu'il persistait encore quelques cellules capables de fonctionner.

S'il en est ainsi, on peut admettre que le centre du langage musical et vocal se trouve dans la zone du langage articulé, au niveau du pied de la troisième circonvolution frontale. Une observation anatomo-clinique que je viens de recueillir permettrait d'affirmer — avec quelque réserve toutefois — que c'est la moitié inférieure du pied de la circonvolution de Broca qui emmagasine les images nécessaires pour l'exécution du chant. En effet, dans cette observation, la moitié supérieure du pied de la circonvolution de Broca était intacte et la parole spontanée ou répétée bien conservée; par contre, la voix était faible, uniforme, sans intonations. Ces troubles de la phonation pourraient dépendre de la lésion du centre du larynx, manifeste dans ce cas, mais il ne faut pas oublier que la plupart des auteurs, en se basant sur les recherches de Sir Felix Semon et de Sir Victor Horsley, soutiennent que, pour produire des troubles de la phonation, il faut non pas une lésion unilatérale, mais bien une lésion bilatérale.

Quoi qu'il en soit, il me semble que, dans l'état actuel de nos connaissances, on peut admettre que le centre de la musique chantée, comme le centre du langage articulé, est un centre d'association qui, ainsi que ce dernier, siège exclusivement, chez les droitiers, dans l'hémisphère gauche, tout près du centre du

langage articulé et peut-être dans la moitié inférieure du pied de la circonvolution de Broca.

Les mêmes considérations s'appliquent à la localisation de l'amusie sensorielle, ainsi qu'il résulte d'une observation de M. Edgren. Cet auteur a eu l'occasion de constater, à l'autopsie d'un sujet atteint de surdité musicale, une lésion de la moitié antérieure de la première et de la deuxième circonvolution temporale.

Depuis bien longtemps déjà, on a remarqué la relation étroite qui existe entre la parole et la musique. J.-J. Rousseau a maintes fois exprimé cette pensée et en a tiré des conséquences hardies. « Le chant mélodieux, dit-il, n'est qu'une imitation paisible et artificielle des accents de la voix parlante. On crie, on se plaint sans chanter, mais on chante en imitant des cris ou des plaintes ». Développant les conséquences de ce principe, le célèbre encyclopédiste en conclut que chaque peuple a la musique de sa langue et que certains peuples ne peuvent pas avoir de musique, parce que leur langue ne contient pas d'éléments musicaux. Lacépède a exposé la même théorie. « La musique, écrit-il, n'a composé son langage que des cris de passion déchirante..., c'est un langage plus énergique que le langage ordinaire. »

Mais le mérite d'avoir donné à ces idées un cachet scientifique, par la grande abondance de preuves qu'il en fournit, revient à l'illustre philosophe anglais Herbert Spencer, qui a étudié les caractères que revêt la voix humaine sous l'influence des diverses émotions. Ecoutez un orateur ou un prédicateur éloquent, écoutez un homme qui parle avec colère ou qui exprime une vive surprise, et vous serez certainement frappés de la vérité de l'observation de Spencer : dans le langage émotionnel, comme dans la musique chantée, la voix se modifie au point de vue de l'intensité, de la hauteur et du timbre; tout sentiment ou toute passion constitue un stimulus d'action musculaire et la voix obéit à cette loi.

Darwin trouve cependant l'explication de Spencer trop générale. Le grand naturaliste admet que l'habitude d'émettre des sons musicaux fut développée d'abord comme moyen de séduction chez les ancêtres primitifs de l'homme, et que la faculté d'articuler les sons se développa plus tard. « Lorsque la voix humaine, dit-il, est mise en jeu par quelque émotion violente, elle tend à revêtir, en vertu du principe de l'association, un caractère musical. »

D'autre part, MM. Stumpf, Reyer, G. Ballet, von Frankl-Hochwart ont démontré que chez certains enfants la faculté musicale se développe plus vite que celle de la parole.

L'époque relative d'acquisition des images auditives musicales et verbales aurait une certaine importance, car, en se fondant sur la loi de régression formulée par M. Ribot à l'occasion des amnésies, et d'après laquelle la désagrégation se fait des impressions les plus récentes aux plus anciennes, M. G. Ballet a pu conclure, avec réserve il est vrai, que, les représentations auditives musicales s'organisant plus tôt que les verbales, celles-là ne sauraient disparaître avant celles-ci. La surdité verbale précéderait alors en tout cas la surdité musicale, qui ainsi ne serait pas susceptible de se montrer isolément. Quelques observations récentes vont à l'encontre de cette opinion.

Il est incontestable, en tout cas, que la musique offre une grande ressemblance avec le langage; l'une et l'autre se servent de symboles représentatifs : la note, symbole musical, peut être mentalement chantée, mentalement entendue, lue, écrite, comme la lettre, symbole phonétique, ou le mot, peuvent être mentalement prononcés, entendus, lus, écrits. Le processus cérébral est absolument le même, d'où similitude absolue dans l'éducation. Comme pour les mots, l'éducation se fait d'abord par l'oreille et par les centres auditifs; comme pour la parole, il faut ensuite une certaine éducation des organes (bouche, voile du palais, larynx, etc.) pour reproduire l'image auditive préalablement fixée.

Avant de terminer, et pour en revenir à notre malade, laissez-moi ajouter un mot sur l'avenir qui l'attend et sur le traitement auquel on doit le soumettre. Comme vous le savez, son hémiparésie droite est arrivée à son stade définitif. Le traitement mercuriel institué après l'ictus a fait ses preuves : la lésion organique de l'hémisphère gauche, située dans la frontale ascendante, au voisinage du pied de la troisième frontale, s'est modifiée d'une manière sensible, et les phénomènes alarmants, tels que l'aphasie et l'hémiplégie à peu près complètes, se sont notablement amendés. La lésion cérébrale est à présent définitive; constituée, telle qu'elle l'est, par du tissu cicatriciel, elle n'est plus justiciable du traitement spécifique. Aussi sommes-nous obligés d'employer d'autres moyens pour venir en aide à notre malade : il convient de rééduquer la mémoire des mouvements nécessaires au jeu de son instrument, car c'est l'amusie instrumentale qui lui cause le plus grand préjudice, l'hémiparésie droite qu'il présente encore, mais qui est très légère, ne l'inquiétant pas beaucoup. La kinésithérapie peut à cet égard lui rendre des services.

Les essais entrepris dernièrement en France par M. Thomas, en Allemagne par MM. Gutzmann, Goldscheider, etc., pour la rééducation des aphasiques, pourront ici trouver leur application. C'est une tentative qui mérite d'être faite.

CHIRURGIE PRATIQUE

Le phlegmon ligneux.

On ne saurait trop s'attacher aux types cliniques nettement caractérisés; même s'ils n'ont aucun droit à la qualification d'entités morbides, ils empruntent à leur aspect symptomatique et à leur évolution une figure dont il convient de marquer et de retenir les traits. Cette réflexion s'applique de tout point au phlegmon ligneux, que M. le professeur Reclus décrivait en 1892. Ce n'est, sans doute, qu'une modalité particulière de l'inflammation phlegmoneuse; les examens bactériologiques n'ont permis de déceler aucun microbe spécial ni dont la présence fût constante, et, dans la sérosité infiltrée, dans le pus des abcès, on a trouvé depuis les divers streptocoques et staphylocoques jusqu'au bacille de Löffler; ce qui, toutefois, se dégage de ces recherches, et, surtout, de celles de M. Kusnetzoff (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 334) et de M. L. Krause (de Varsovie), c'est le fait de la virulence médiocre de ces agents microbiens, et ainsi se trouve confirmée l'opinion que M. Quénu formulait, il y a quelques années, à la Société de chirurgie de Paris, à savoir que la forme ligneuse du phlegmon procède d'une infection atténuée (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 220).

Il n'y a donc pas là de maladie particulière, mais un type si spécial d'évolution morbide, qu'il vaut de garder sa place en clinique courante. Et l'on aurait tort de le confondre avec le cancer, comme on l'a fait tout récemment. M. le docteur A. Schmincke (de Wurtzbourg) publiait, en 1904, un cas de soi-disant phlegmon ligneux (*Holzphlegmon*), des plus nets en clinique, et qui pourtant, à l'examen histologique *post mortem*, se révéla comme un cancer. Pareille mésaventure n'est pas exceptionnelle; nous avons suivi pendant de longs mois un « phlegmon » dur, qui occupait toute la moitié droite du cou, figurant une vaste plaque, épaisse, ferme comme du bois, à contours nets, et qui, indolent, apyrétique, ne se ramollit et ne s'abcéda qu'en deux ou trois points; vers la fin, la cachexie du malade fit douter du diagnostic; à l'autopsie, on reconnut que le pseudo-phlegmon n'était, en réalité, qu'un épithélioma. Que conclure de faits pareils? Que ce sont des erreurs de diagnostic, et voilà tout; l'authenticité clinique du phlegmon ligneux n'en est nullement compromise, et l'on n'ignore pas que ses similitudes avec le cancer représentent le côté le plus intéressant de son histoire.

D'ailleurs, une sélection s'impose parmi les faits que l'on trouve rangés sous ce titre de phlegmon ligneux, et l'induration, fût-elle « en bois », ne tient pas lieu, à elle seule, de caractéristique. Nous savons quelle consistance peuvent acquérir les infiltrations phlegmoneuses chroniques, reliquats de certaines suppurations aiguës, à la paroi abdominale, par exemple, à l'avant-bras, après les inflammations des gaines, à la paroi thoracique, à la suite du phlegmon sous-pectoral; les phlegmons urineux chroniques n'ont-ils pas souvent pareil caractère? et je rappellerai, de plus, pour les éliminer, ces nappes épaisses et lardacées qui se rencontrent parfois, à la nuque, au-dessous et autour des furoncles ou des anthrax « avortés »; dans les fosses iliaques, on trouve encore de ces masses inflammatoires chroniques, compactes, « squirrheuses », et qui, de fait, en imposent pour un néoplasme malin. Dans tous ces cas — et le nombre en est grand — les débuts, l'évolution, la fin sont autres que ceux du phlegmon ligneux proprement dit, et, en effet, c'est *tout autant par son évolution que par sa consistance* que ce dernier acquiert, en clinique, sa personnalité.

Ajoutons tout de suite, que, s'il siège plus volontiers à la région sterno-mastoïdienne, à la région médiane sous-hyoïdienne, à la région sous-mentale, il ne saurait être tenu pour une affection réservée au cou, et, par conséquent, l'architecture régionale compte peu dans sa pathogénie; on l'a observé à la paroi abdominale, à la face postérieure du tronc, aux membres. Un des deux malades de M. Krause, un garçon de dix-huit ans, avait remarqué, depuis deux mois et demi, au bas-ventre, une petite tumeur indolente qui s'étendait progressivement : elle avait fini par se diffuser dans toute la moitié gauche de la paroi abdominale, de l'ombilic à la symphyse et au ligament de Poupart, du bord externe du droit à l'épine iliaque antéro-supérieure; elle était dure comme une planche (*wie ein Brett*), immobile, sans la moindre fluctuation, sans la moindre douleur au palper : il y avait seulement des envies fréquentes d'uriner. Au bout de quelques jours d'observation, un abcès s'ouvrit près de l'ombilic, donnant issue à une très faible quantité de pus, dont les cultures furent négatives. On pratiqua, en pleine tumeur, une petite incision, pour prélever de la sérosité et un fragment de tissu, destinés à l'examen bactériologique : on eût dit que l'on coupait du cartilage : la section était grise, grasse, lisse, exsangue. Les cultures obtenues révélèrent un microbe assez semblable au staphylocoque; les inoculations témoignèrent d'une virulence très réduite. Au bout d'un mois seulement, la tumeur commença à se résoudre, et peu à peu elle disparut. — Aussi à la paroi abdominale, j'ai eu à traiter, il y a plusieurs années, un phlegmon de même aspect et de même processus; il était survenu, chez un homme d'une soixantaine d'années, sans cause connue; il infiltrait et blindait toute la paroi sous-ombilicale; il finit par s'ouvrir en plusieurs points, par où se vidèrent autant de petits abcès, et, à la longue, la gangue se ramollit et la guérison eut lieu.

L'an dernier, j'ai observé, chez un jeune homme de vingt-deux ans, à la face postérieure de la cuisse droite, un de ces phlegmons ligneux, des plus nets. Ici encore, l'origine était obscure; le malade s'était aperçu de « quelque chose de raide » qui se tendait derrière sa cuisse, et peu à peu, la gêne était devenue plus accusée. Toute la face postérieure du membre, depuis le pli fessier jusqu'au creux poplité, était occupée par une large plaque allongée, qui s'étendait

d'un bord à l'autre, plus épaisse toutefois à la partie médiane : à son niveau, la peau était d'un rouge foncé, très peu œdémateuse, par places; la consistance était uniformément dure, et d'une dureté toute particulière : c'était un véritable bloc qui s'enfonçait dans la profondeur, et qui ne se laissait nullement mobiliser. Il n'y avait ni douleur, ni fièvre, et l'état général était excellent. Sous l'influence du repos et des applications humides, la masse s'affaissa et se réduisit; elle demanda six semaines pour se résorber, sans la moindre suppuration.

Nous avions affaire, ici, à un jeune homme de vingt-deux ans; le malade de M. Krause, que nous citions tantôt, en avait dix-huit; un des sujets observés par M. le docteur Marion, chirurgien des hôpitaux de Paris, en avait vingt-trois, la patiente de M. le docteur H. Merkel (d'Erlangen) en avait vingt-six. On n'est donc pas fondé à faire exclusivement du phlegmon ligneux une affection de l'âge avancé; et, bien qu'il ait été plus souvent observé chez l'homme, il ne serait pas plus exact de dire qu'il est propre au sexe masculin.

Quel que soit, d'ailleurs, son habitat, quelles que soient les conditions d'âge et de sexe dans lesquelles il se développe, il se distingue tout autant, comme nous le disions plus haut, par son évolution singulière, que par sa consistance « en bois », ou mieux, l'un et l'autre caractère marchent de pair, se commandent et s'associent. Sans doute, l'infection dont il procède suppose une porte d'entrée, mais cette porte est presque toujours étroite, peu apparente, parfois refermée ou dissimulée, au moment où l'on vient à observer le phlegmon; au cou, c'est naturellement sur la muqueuse pharyngo-laryngée et les amygdales qu'il y a lieu de la rechercher. La plaque phlegmoneuse s'étend très lentement, en nappe, et peu à peu elle finit par occuper toute une vaste zone; dure « comme une planche », de rebords nets, se dessinant en relief parfois, elle englobe les tissus profonds et la peau, puis elle cesse de croître et demeure longtemps — des semaines et même des mois — immobile, indolente, apyrétique. Cette absence de douleur, même à la pression, ce manque de toute réaction fébrile, au moins durable, ces allures de tumeur inerte, sont caractéristiques; la fin ne l'est pas moins. Il arrive que ces tumeurs suppurent, mais toujours par petits foyers, disséminés, successifs, rares, et dont l'évacuation ne contribue que fort peu à la réduction de la masse totale; ailleurs, le pus ne se montre jamais, et le phlegmon se résorbe, tout entier, à froid. Cette résorption est lente, prolongée, suspecte d'abord, mais elle se poursuit et s'achève, *jusqu'au bout*, et la guérison est complète.

Telle est l'évolution typique du phlegmon ligneux de Reclus, affection bénigne, en réalité, et intéressante surtout par les affections malignes dont elle revêt l'allure et qu'elle peut simuler. Je sais bien que l'un des malades de M. Reclus succomba à l'œdème de la glotte; que chez un autre, de M. Marion, le phlegmon, envahissant, ne fut pas enrayé par de grandes incisions, et aboutit à la même complication fatale. Mais ces allures extensives et ces accidents aigus sont exceptionnels; et c'est la forme curable, froide, d'aspect néoplasique et de terminaison bénigne, qui suscite surtout des problèmes au diagnostic.

On peut assister à son début et la suivre dans toute son évolution, mais c'est là une éventualité bien rare, dont M. le docteur R. Mühsam, assistant de M. le professeur Sonnenburg, a pourtant, en 1901, rapporté un exemple. Il s'agissait d'un terrassier de trente-cinq ans, admis à l'hôpital Moabit, de Berlin, dans un service de médecine, pour une broncho-pneumonie; la défervescence était complète et les accidents pulmonaires avaient rétrocédé, lorsque la température remonta à 38°5, en même temps qu'un gonflement se montrait au cou, dans la région thyroïdienne. La fièvre ne fut que passagère, mais la tuméfaction s'étendit à toute la zone comprise entre l'os hyoïde et le sternum et de l'un à l'autre sterno-mastoïdien : il se forma, à ce niveau, une plaque épaisse, dure comme du bois, à peu près indolente, recouverte d'une peau d'un rouge foncé; au bout de deux mois, un petit point se ramollit, en bas et à gauche, et fut incisé : il en sortit un liquide épais, grisâtre, purulent, dans lequel on ne put reconnaître ni cultiver de bactéries. La tumeur n'en resta pas moins aussi étendue et aussi dure : deux mois plus tard, elle commença à se réduire, mais il fallut trois mois encore pour qu'elle disparût.

Dans ces conditions, l'interprétation clinique est simplifiée, lorsqu'on voit, sous ses yeux, naître et croître le phlegmon; mais, en général, il est à la « période d'état », lorsqu'on l'observe, en pratique courante, et c'est alors, devant cette nappe dure, torpide, indolente, que les hypothèses pathogéniques se multiplient. On pense à la tuberculose, à la syphilis; on devra penser aussi, et avec plus de raison, à l'actinomycose. L'examen du pus, ou d'un petit fragment prélevé, est indispensable; il peut conduire, d'ailleurs, à un résultat tout à fait inattendu, comme dans l'observation récente de M. Merkel. Sa malade était une jeune bouchère de vingt-six ans qui, en dépeçant un bœuf, atteint d'actinomycose des mâchoires, avait pris son couteau entre ses dents, suivant la coutume professionnelle. Cela se passait au commencement d'avril; en juin, elle se plaint d'un « mal de gorge » surtout cantonné à l'amygdale droite, puis une tumeur paraît au-dessous de l'angle de la mâchoire, du même côté, et s'étend à toute la région sous-hyoïdienne, tumeur compacte, d'une dureté extraordinaire. En juillet, la respiration et la déglutition étant gênées, on prend le parti d'inciser : au centre d'un tissu infiltré et dur, on trouve une cuillerée à café de pus. Ni ce pus ni un fragment de tissu excisé ne contiennent traces d'éléments actinomycotiques, et l'examen histologique conclut à une néoplasie inflammatoire pure et simple. Fin septembre, le phlegmon ligneux avait fini par se résorber, et la guérison était complète. — Comme le remarque M. Merkel, il avait eu pour point de départ l'infection amygdalienne, provoquée, sans doute, par les agents pyogènes associés au pus actinomycotique.

Mais c'est l'hypothèse de cancer qui se présente le plus souvent. Il ne saurait être question, bien entendu, de ces néoplasmes secondaires du cou, de ces pseudo-phlegmons cancéreux, dont l'origine première et la localisation causale sont avérées, ou, du moins, faciles à déceler, par un examen tant soit peu attentif. Cette recherche de la cause première est souvent beaucoup plus malaisée. Voilà un homme de cinquante ans passés, un peu fatigué et amaigri, qui se présente à nous avec une vaste nappe indurée de toute la région sterno-mastoïdienne droite; la peau fait corps avec la gangue profonde, elle est rougeâtre, violacée, par places; il n'y a ni fluctuation, ni douleur, ni fièvre, pas de bosselures, pas de gros noyaux, partout la même consistance épaisse, coriace, résistante; la masse est, d'ailleurs, assez bien limitée à son pourtour, elle ne tient pas aux organes profonds, ou, du moins, on la mobilise quelque peu, en bloc, d'avant en arrière. Est-ce du cancer? On ne trouve rien à la langue, rien dans le pharynx, rien aux amygdales, ni dans la fossette sous-amygdalienne; mais cela ne suffit pas : il faut un examen laryngoscopique; il est négatif, lui aussi, et indique seulement un peu de rougeur dans la zone sous-glottique. Ce n'est pas tout encore : pour conclure, l'œsophagoscopie serait indispensable, et, alors même qu'elle ne fournirait aucun résultat, on serait autorisé à garder l'arrière-pensée d'une lésion assez minime, assez bien cachée pour avoir échappé à l'exploration, ou encore d'un néoplasme ganglionnaire primitif. Mais, avant de se résoudre à porter un pronostic, dans ces cas obscurs, il faut songer au phlegmon ligneux, il faut savoir attendre, en se bornant à la thérapeutique la plus simple, et ne pas oublier que les formes du plus mauvais aspect ont pu se juger finalement par une résorption complète et définitive. Ajoutons que, si le doute se prolonge, l'excision d'un fragment de tumeur, destiné à l'examen histologique, est tout indiquée. La question du diagnostic constitue, d'ailleurs, le principal intérêt du phlegmon ligneux : une fois la démonstration faite, et s'il est établi que le soi-disant cancer n'est bien qu'un phlegmon dur, le traitement se réduit, en général, à peu de chose : le repos local, les enveloppements humides continus, l'incision des points ramollis et des petits abcès.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Présence d'oxyures vermiculaires dans la paroi intestinale, par M. O. Wagener.

A l'autopsie d'une fillette de cinq ans, ayant succombé à une septicémie scarlatineuse, on trouva, à côté d'une angine nécrotique et d'une infiltration inflammatoire de la région pharyngienne, une forte tuméfaction parenchymateuse des organes internes avec gonflement récent des follicules clos de l'intestin, des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques. Trois plaques de Peyer de la portion inférieure de l'iléon présentaient un aspect tout à fait insolite : on y apercevait une vingtaine de nodules disséminés, saillants sous forme de petits hémisphères, ayant une coloration blanc grisâtre et dont les plus gros avaient le volume d'une tête d'épingle. En les touchant avec une sonde fine, on avait la sensation de grains de sable, et en examinant les plaques de Peyer par transparence, on voyait dans le tissu légèrement tuméfié de la plaque encore d'autres nodules. Sous un jet d'eau à faible pression, quelques-unes des granulations les plus saillantes se détachèrent et furent emportées. Les trois plaques en question ne présentaient, d'ailleurs, aucune autre altération particulière, pas plus que les vaisseaux sanguins et lymphatiques correspondants, que l'on pouvait très bien suivre à travers le mésentère, assez pauvre en tissu adipeux, jusqu'aux ganglions lymphatiques, relativement peu modifiés.

On avait évidemment affaire à des nodules calcaires, mais leur origine n'en paraissait pas moins étrange. Comme les organes internes, et notamment les poumons, étaient exempts de toute lésion tuberculeuse, tant ancienne que récente, on pouvait, à première vue, admettre que l'on se trouvait en présence de reliquats d'une tuberculose primitive de l'intestin, guérie. Cette hypothèse parut, toutefois, peu plausible à M. Wagener, étant donnés les caractères insolites de l'altération : il avait bien vu, une fois, des lésions qui, dans quelques endroits, ressemblaient à celles dont on vient de lire la description, mais — sans compter que, dans ce fait antérieur, il s'agissait d'une tuberculose intestinale secondaire — les nodules calcaires y étaient beaucoup plus gros et les plaques de Peyer atrophiées laissaient nettement reconnaître des cicatrices rayonnées.

L'examen microscopique des tissus donna la clef de l'énigme, en décelant, dans plusieurs nodules calcaires, la présence d'oxyures vermiculaires, logés non pas entre les follicules tuméfiés, mais dans la profondeur même du tissu, fait d'autant plus remarquable que, dans l'intestin, on n'avait trouvé aucun parasite. Plus la calcification des follicules était avancée, plus les oxyures étaient altérés, et dans quelques-uns des nodules ils étaient même devenus complètement méconnaissables.

Reste à savoir si ces parasites se sont trouvés inclus dans les tissus après avoir activement perforé la paroi intestinale — saine ou, peut-

être, exulcérée —, ou bien si leur emprisonnement est dû à leur présence accidentelle sur le fond d'une ulcération folliculaire, où ils seraient restés enfermés après la régénération des tissus. D'après l'auteur, cette dernière hypothèse serait à rejeter, parce qu'il paraît difficile d'admettre qu'un si grand nombre d'helminthes aient pu subir le même sort purement accidentel. D'autre part, ce qui milite, au contraire, en faveur de la première supposition, c'est que, sur quelques coupes microscopiques, on trouva des nodules calcaires non couverts de revêtement épithélial et dont le sommet — souvent creusé en forme de cratère — portait des parasites ayant leur extrémité céphalique dirigée en avant, contre la paroi intestinale. Quant à savoir si les oxyures se sont ainsi frayé un chemin à travers l'épithélium intestinal *normal*, M. Wagener, sans vouloir se prononcer sur ce point d'une manière catégorique, serait cependant plutôt porté à croire que les jeunes parasites, s'étant trouvés au niveau de follicules ou de plaques de Peyer dont la surface avait déjà été détruite, s'y sont enfoncés et ont finalement, lors de la guérison du processus ulcératif, subi l'inclusion calcaire.

Il serait difficile d'affirmer que le développement des nodules calcaires ait été déterminé par la présence des oxyures, et cela d'autant plus que, dans nombre de ces petits dépôts, il fut impossible de trouver des parasites. Il convient, toutefois, de remarquer que ce fait peut tenir tout simplement aux altérations profondes que les oxyures avaient dû subir sous l'influence du processus de calcification.

Ajoutons que l'auteur n'a pas pu trouver dans la littérature médicale une seule observation concernant la présence d'oxyures au sein de la paroi intestinale. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 3-4.) — L. CH.

Les résultats de la photothérapie à l'hôpital de Saint-Göran, à Stockholm, par M. M. Möller.

Depuis deux ans, M. Möller a employé la photothérapie dans 113 cas de lésions cutanées, à savoir : 79 lupus vulgaires, 17 lupus érythémateux, 12 cancers cutanés, 3 alopécies en plaque, 1 nævus vasculaire, 1 acné rosacée.

En ce qui concerne le lupus, la durée de l'affection avant le traitement photothérapique était en moyenne de sept ans. Plusieurs malades avaient été soumis antérieurement, et sans succès, à d'assez multiples moyens thérapeutiques (applications de topiques, interventions chirurgicales). Quelques-uns avaient été traités par les rayons de Röntgen : ceux-ci ont une réelle efficacité sur les grandes plaies ulcéreuses dont ils amènent rapidement la cicatrisation; par contre, sans parler des dermites qu'ils déterminent parfois, ils sont sans action spécifique sur le nodule lupique. Ils constituent donc un bon début de traitement, mais, en dépit de séances très nombreuses — 250 dans un cas —, il est rare qu'ils assurent la guérison.

Tous les sujets atteints de lupus ne sont pas également curables par la lumière. Cette inconstance des résultats tient à la diversité des conditions étiologiques. A cet égard, il faut distinguer entre les lupus *primitifs*, qui sont très rares, les lupus *secondaires* à une lésion tuberculeuse contiguë et les lupus *concomitants*, coexistant avec une tuberculose éloignée, viscérale par exemple : les faits de ce dernier groupe, peu étudiés et souvent méconnus, représentent cependant 58 % du total des cas. De ces trois catégories, ce sont la première et la dernière qui fournissent le plus de guérisons; le lupus secondaire n'en donne que peu ou pas, la plaque lupique étant constamment réinfectée par les bacilles de la lésion contiguë. L'exemple le plus commun de ce groupe est le lupus cutané du nez, secondaire à un lupus de la muqueuse nasale : en pareil cas, pour obtenir la guérison, il faut que la photothérapie marche de pair avec un traitement local de la muqueuse (attouchements iodés, galvanocaustie), sans parler du traitement général.

Les résultats relatés par M. Möller sont les suivants : sur les 79 patients, 32 ont actuellement cessé le traitement; 17 sont guéris, 10 presque guéris, 4 notablement améliorés, 1 seul n'a retiré aucun bénéfice de la photothérapie. Les dimensions des lupus guéris étaient assez variables : l'auteur en déclare 8 « petits », 5 « moyens », 4 « grands ». Il est à noter qu'à ce point de vue l'ensemble des 79 lupus se répartissaient ainsi : 17 petits, 25 moyens, 25 grands, 12 très grands. D'autre part, sur les 17 cas terminés par la guérison, on comptait 9 lupus primitifs, 2 secondaires, 3 concomitants, enfin 1 lupus multiple, ce qui confirme l'observation faite plus haut.

On peut donc admettre que la photothérapie donne plus de 50 % de guérisons locales; mais, pour arriver au but, il faut rarement moins de 40 séances, et souvent plus de 200 sont nécessaires. Par contre, au point de vue esthétique, le résultat, comparé surtout à ceux des cures chirurgicales, est en général des plus favorables, en ce qu'il évite les cicatrices défigurantes.

Pour le lupus érythémateux, il est à remarquer que la forme infiltrée (13 cas) fournit en peu de temps 6 guérisons complètes, alors que la forme superficielle (4 cas) donna des résultats pour ainsi dire négatifs.

En ce qui concerne le cancer cutané, M. Möller essaya la photothérapie seule sur son premier malade, mais, bien qu'elle eût amené la cicatrisation d'un *ulcus rodens*, il persista tout autour une zone de tissus suspects qui devinrent bientôt le point de départ d'une récidive. Aussi, chez les autres patients, l'auteur commença par curetter les ulcérations, pour les soumettre ensuite à la photothérapie. Ce procédé mixte fournit d'assez brillants résultats : la guérison survient en 20 ou 25 séances et, à en juger par l'histoire clinique des malades, elle paraît plus durable que celle que donnent les abrasions chirurgicales seules.

Pour l'alopécie en plaque, l'acné rosacée et un grand nævus vasculaire, les effets de la photothérapie furent assez satisfaisants, bien que — en ce qui concerne ce dernier — la tache vineuse ait simplement pâli sans disparaître. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVII, 3.) — R. DE B.

Vaccination accidentelle de la muqueuse nasale, par M. Lublinski.

Une jeune femme de vingt-six ans, dont l'enfant avait été vacciné avec succès une quinzaine de jours auparavant, se présenta chez M. Lublinski avec une forte tuméfaction du nez et de la lèvre supérieure. Au dire de la malade, l'enfant avait été très inquiet pendant la période de suppuration des papules vaccinales, de sorte qu'elle était obligée de le garder, la nuit, sur ses bras, et, comme les pustules sécrétaient abondamment, elle les avait, par mégarde, asséchées avec un mouchoir de poche qui lui avait ensuite servi à essuyer son nez, qui à cette époque-là saignait fréquemment. A l'examen, l'auteur constata l'existence d'un érythème et d'un gonflement accentués de la pointe et du dos du nez, ainsi que de la lèvre supérieure, surtout du côté droit. A la palpation, ces parties se présentaient comme empâtées et quelque peu douloureuses. Les ganglions sous-maxillaires étaient, à droite, notablement tuméfiés, mais indolores. La rhinoscopie décela, sur la cloison des fosses nasales, la présence de deux pustules superposées, grosses comme des lentilles, et dont l'inférieure empiétait sur le plancher des fosses nasales. Ces pustules étaient entourées d'une zone inflammatoire qui s'étendait uniformément dans tous les sens, et offraient, en leur milieu, une dépression jaunâtre, ayant la dimension d'une tête d'épingle et bordée par une croûtelle gris rougeâtre. En tamponnant les pustules avec de la ouate, on obtenait une sécrétion jaunâtre, légèrement purulente.

Il s'agissait ici évidemment d'un transport accidentel de la lymphe vaccinale sur une partie érodée de la cloison des fosses nasales, laquelle est, comme on le sait, très souvent le siège de l'épistaxis. La malade en question avait déjà depuis plusieurs semaines présenté des hémorrhagies nasales fréquentes, encore que peu intenses; or, il est de règle, en pareille occurrence, de trouver des ulcérations au niveau de la portion antérieure de la cloison. En essayant d'arrêter une de ces hémorrhagies, la patiente avait dû toucher les parties ulcérées avec le mouchoir imbibé de lymphe vaccinale, et c'est ainsi que l'infection s'était trouvée réalisée. L'évolution ultérieure des accidents fut, d'ailleurs, bénigne : les pustules ne tardèrent pas à se dessécher et, au bout d'une quinzaine de jours, on ne remarquait plus, au niveau des parties malades, que quelques croûtes d'un jaune brunâtre et qu'une petite cicatrice.

En se basant sur ce fait, ainsi que sur un certain nombre de cas plus ou moins analogues qu'il a trouvés dans la littérature médicale, M. Lublinski insiste sur la nécessité qu'il y a, pour l'entourage des enfants récemment vaccinés, de prendre les plus grandes précautions de propreté. Cette recommandation s'applique notamment aux personnes qui sont appelées à soigner en même temps d'autres enfants, surtout lorsque ceux-ci sont atteints d'eczéma ou de prurigo et se trouvent ainsi particulièrement prédisposés à la vaccine généralisée. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 décembre 1904.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le traitement du noma par la lumière rouge.

Il y a cinq ans, M. le docteur D. A. Sokolov, professeur de clinique des maladies des enfants à l'Institut de médecine pour les femmes de Saint-Pétersbourg, a obtenu, chez une petite fille de quatre ans qui était atteinte d'un noma survenu un mois après une rougeole, un excellent résultat au moyen de la lumière rouge, et cela dans un laps de temps relativement court.

Tout récemment, ce mode de traitement a été appliqué à nouveau dans le service de M. Sokolov par son assistant, M. le docteur V. O. Motchane, chez un jeune garçon de neuf ans qui avait eu successivement une scarlatine, une varicelle, une rougeole, une pneumonie bilatérale, une entérite aiguë et une otite moyenne suppurée. Le quatre-vingt-septième jour de la maladie, on vit débuter un noma qui, se développant rapidement, aboutit en vingt jours à une double perforation de la lèvre et de la joue.

Cette lésion fut traitée au moyen d'une lampe à arc voltaïque d'une intensité de seize bougies, munie d'un verre rouge. Grâce à un réflecteur conique, on pouvait limiter l'action des radiations à la partie gangrenée et éviter que la lumière n'impressionnât les yeux du petit malade. La source lumineuse était maintenue à 25 centimètres de la plaie, nuit et jour sans interruption. Dès le troisième jour, les douleurs cessèrent, mais elles reparaissaient lorsqu'on éloignait la lampe pendant quelque temps. Simultanément, on constata une diminution notable de l'odeur nauséabonde qui se dégageait de la plaie; dès le dixième jour du traitement, celle-ci était, dans la plus grande partie de son étendue, transformée en une surface bourgeonnante. Quinze jours plus tard, la cicatrisation était complète et le petit malade pouvait être considéré comme guéri.

Etant donné que, dans le présent cas, on s'était abstenu de toute application médicamenteuse locale, il semble légitime d'attribuer ce succès thérapeutique à l'emploi de la lumière rouge.

L'injection intraveineuse d'oxygène comme traitement du collapsus.

On se rappelle qu'il y a trois ans environ, M. F. Mariani (de Gênes) a appliqué pour la première fois à l'homme — chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire et soigné dans le service de M. Maragliano — la méthode d'injection intraveineuse d'oxygène dont M. Gärtner (de Vienne) avait précédemment fait l'étude expérimentale (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 184 et 243).

Tout dernièrement, M. le docteur A. Neudörfer a eu recours au même procédé, dans le service de M. le docteur R. Gersuny, chirurgien du « Rudolfiner-Haus » de Vienne, chez un malade de cinquante-six ans, menacé d'asphyxie

par suite d'une compression de la trachée due à un goitre plongeant.

Pour lieu de la ponction, on choisit la veine médiane du bras droit. Au bout de quatre minutes, le pouls et la respiration devinrent plus réguliers et la cyanose générale diminua sensiblement. A l'auscultation du cœur, on nota des souffles au niveau de tous les orifices, mais il ne se produisit aucun incident de nature à faire redouter une embolie gazeuse. La durée totale de l'injection fut de huit minutes.

Peu d'instants après la fin de l'injection, le malade, qui auparavant paraissait à l'agonie, reprit connaissance et réclama à manger. Toutefois cette amélioration ne fut que temporaire : au bout de quatre heures, des phénomènes inquiétants nécessitèrent une deuxième injection, qui fut couronnée du même succès que la première. Malgré l'effet favorable ainsi obtenu à deux reprises, le patient déclina rapidement, et, quelques jours plus tard, il succombait à des accidents d'asystolie compliqués d'œdème pulmonaire.

Traitement de la névrite optique des tabétiques par des instillations d'une solution aqueuse d'iodure de rubidium.

Chez un tabétique atteint de névrite optique avec rétrécissement du champ visuel et diminution progressive de l'acuité visuelle, M. le docteur P. Bartholow (de New-York) a obtenu une amélioration sensible de l'état local par des instillations d'une solution aqueuse d'iodure de rubidium au vingtième, alors que les moyens habituellement mis en œuvre en pareille occurrence avaient entièrement échoué. Les premiers signes d'une amélioration apparurent après que les instillations eurent été continuées méthodiquement pendant trois semaines; quinze jours plus tard, le malade déclara « mieux voir », et l'on put, en outre, constater un élargissement manifeste du champ visuel.

Bien que, dans ce cas, la possibilité d'une coïncidence purement fortuite entre l'amélioration et les instillations d'iodure de rubidium ne puisse être formellement rejetée, M. Bartholow estime que la médication a réellement exercé une action bienfaisante sur l'évolution de la maladie.

L'administration de savon contre le pyrosis.

Ayant constaté que, dans le cas de pyrosis, les matières fécales renferment toujours une proportion de graisse beaucoup plus considérable que celle qui s'y trouve normalement — ce qui tend à faire attribuer le pyrosis à la digestion imparfaite des graisses —, M. le docteur F. von Oefele (de Neuenahr) fait prendre, aux sujets atteints d'éructations acides, du savon officinal, à la dose de 0 gr. 20 centigr., quarante minutes après chacun des principaux repas.

Dans les 5 cas où notre confrère a eu recours à ce mode de traitement, il a vu le pyrosis cesser d'une façon immédiate.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 23 et 30 janvier 1905.

Existence du rachitisme intra-utérin.

MM. Charrin et **Le Play.** — L'existence du rachitisme intra-utérin est de plus en plus contestée; on rattache à l'achondroplasie les modifications qu'on pourrait lui attribuer. Or, les photographies, radiographies, examens macroscopiques, microscopiques ou chimiques, le squelette que nous présentons établissent la réalité de ce rachitisme fœtal.

Ces pièces proviennent d'un nourrisson qui, né à huit mois, n'a vécu que deux jours et dès sa naissance a offert des déformations caractéristiques : chapelet costal, craniomalacie, élargissement apparent des épiphyses, réduction du poids (1,160 grammes). Les modifications portent de préférence sur la tête et le thorax; à peine raccourcis de un demi-centimètre, les os longs, sauf une légère torsion des extrémités inférieures du radius et du cubitus gauches, sont réguliers. Toutefois, au point de vue microscopique, au lieu d'observer les bandes ordonnées des travées directrices, on constate que les cellules des cartilages sont réparties sans ordre; en outre, au voisinage de faisceaux de fibrilles conjonctives, les ostéoblastes sont peu nombreux, mal différenciés; la calcification est restreinte et, dans les urines, les phosphates sont abondants. Le sang contenait beaucoup de globules rouges à noyau et le corps thyroïde sclérosé était pauvre en matière colloïde.

Attribuable aux poisons des gastro-entérites, pour nombre d'auteurs le rachitisme ne saurait se développer avant la naissance. Or, en imprégnant des mâles et des femelles de toxines variées, expérimentalement on obtient parfois des rejetons qui, à moins de ne pas compter avec les définitions, sont des rachitiques (petite taille, abdomen volumineux, nodosités costales, diaphyses incurvées, métatarsiens épaissis, bassin irrégulier, ostéoblastes rares, etc.). De plus, femme d'un manœuvre, âgée de quarante-neuf ans, paraissant en avoir cinquante-cinq à soixante, épuisée par 11 grossesses, la mère de notre nouveau-né a subi des influences (surmenage, inanition, privations, émotions déprimantes, misère physiologique, etc.) connues comme génératrices de la dyscrasie acide qui, en solubilisant les phosphates, provoque des tares du squelette. En franchissant le placenta, les principes acides vont attaquer les os du fœtus : la pathologie peut commencer le jour de la conception.

Ainsi l'expérimentation établit la réalité du rachitisme intra-utérin. En outre, l'achondroplasie se caractérise par une indiscutable micromyélie et, en tant que processus cartilagineux, ne saurait atteindre des os à développement fibreux; par suite, dans notre cas, les notables localisations costales ou crâniennes, l'intégrité macroscopique relative des membres prouvent qu'il s'agit bien de rachitisme. Sans doute, on décèle quelques lésions du cartilage de conjugaison; mais le rachitisme n'en est pas exempt et dans l'achondroplasie ces tares sont prédominantes et non accessoires. D'ailleurs, en dehors des cellules spécifiques telles que la bactéridie charbonneuse, habituellement un seul élément, anatomo-pathologique ou autre, ne suffit pas à caractériser une entité pathologique; il faut un ensemble qui dans notre cas est en faveur du rachitisme (étiologie, aspect, siège des déformations; modifications humorales, urinaires, etc.). Notre sujet, qui avant tout est rachitique, par quelques détails peut se rapprocher des achondroplasiques; on enregistre des associations, des transitions.

Du reste, on ne doit pas oublier que, pour un même organe et un même agent morbifique, les manifestations anatomiques ou fonctionnelles varient avec l'état réciproque de ces deux éléments; de plus, le squelette passe par des phases muqueuse, cartilagineuse, fibreuse, calcaire. Impressionné par une cause déterminée, il est clair que, suivant ces phases et les zones intéressées, ce squelette réagira différemment; les conséquences seront variables. Si, dès le début de l'évolution fœtale, la dyscrasie acide détériore le cartilage, sorte de matrice de l'os, les déformations seront plus graves, plus difficiles à enrayer, que si plus tard cette dyscrasie touche à quelques points d'une diaphyse déjà calcaire.

Dans ces données se trouve, en partie, l'origine des désaccords, des dissemblances constatées dans ce domaine du rachitisme et de l'achondroplasie; ces dissemblances constituent des types distincts d'un unique processus plutôt que des entités pathologiques séparées : l'achondroplasie n'est peut-être que du rachitisme intra-utérin.

Sur la biologie des cestodes.

MM. L. Jammes et **H. Mandoul** adressent une note dans laquelle ils s'efforcent d'élucider les causes du pouvoir bactéricide des extraits de tænia, naguère signalé par eux (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 246). Ayant pu constater que l'intensité de ce pouvoir varie avec les divers microbes — par ordre de sensibilité décroissante se rangent le vibrion cholérique et le bacille typhique, puis le colibacille, enfin les microbes sporulés (*B. subtilis, B. mesentericus*) —, les auteurs font remarquer qu'il existe à ce point de vue un parallélisme absolu entre les fonctions du cestode et celles de la paroi intestinale de l'hôte. Ce parallélisme peut être poursuivi si l'on considère que parasite et intestin se défendent de la même façon à l'égard des sucs digestifs, à savoir par la sécrétion de kinase. Dès lors les propriétés bactéricides que possèdent les tænias représentent simplement un moyen de protection analogue à celui de la muqueuse digestive, à laquelle le parasite est comparable encore à d'autres points de vue puisque, comme elle, il absorbe par sa surface entière les produits élaborés de la nutrition.

En tout cas, ces observations permettent de comprendre l'influence bienfaisante que le tænia peut exercer sur l'individu qui l'héberge : il apporte des moyens de défense propres qui, s'ajoutant à ceux de l'hôte, sont susceptibles de rendre service à ce dernier.

M. F. Dienert envoie une note relative à des expériences sur l'action microbicide de la magnésie en présence d'hydrogène.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 18 et 25 janvier 1905.

Des chorio-épithéliomes.

M. Picqué. — J'ai observé, il y a six ans, un cas de déciduome malin dont j'ai pu faire avec M. Durante une étude complète. Nos recherches nous ont permis de constater que la tumeur, dans les faits de ce genre, a pour point de départ une greffe placentaire, et non la caduque; aussi proposons-nous de la désigner sous le nom d'*épithélioma ectoplacentaire*, et non sous celui — tout à fait impropre — de déciduome.

Cette variété d'épithélioma succède ordinairement à la môle hydatiforme (1), mais elle peut aussi être primitive, c'est-à-dire avoir comme origine un fragment de placenta laissé dans l'utérus, où il se greffe, après l'accouchement ou l'avortement; cette dernière circonstance explique que cette espèce de tumeur soit devenue plus fréquente depuis l'ère antiseptique : autrefois, en effet, l'infection si commune de la cavité utérine s'opposait à toute greffe de ce genre.

J'ajouterai encore que le néoplasme se constitue au dépens du syncytium, et présente une affinité toute particulière pour le tissu vasculaire, à l'exclusion du tissu lymphatique : c'est presque exclusivement par voie sanguine que se font les métastases.

M. Lejars. — J'ai opéré au mois de juin dernier une femme de trente-deux ans, atteinte d'un déciduome malin. Des hémorrhagies s'étaient produites presque sans interruption depuis quatre mois environ, et, au commencement de mai, elle avait expulsé un gros caillot, dans lequel la sage-femme aurait constaté des vésicules hydatiformes. Lorsque la malade entra dans mon service, elle était dans un état d'anémie très prononcée, avec utérus volumineux et pertes fétides. Je pratiquai l'hystérectomie vaginale sans morcellement — après avoir fermé le col par trois points de gros catgut, pour éviter toute effusion du contenu de l'utérus — et la guérison fut obtenue sans incident.

L'utérus renfermait une masse néoplasique constituée en partie par des vésicules hydatiformes. L'examen histologique a montré que le reste de la tumeur était du déciduome.

M. Legueu. — J'ai observé 2 cas de chorio-épithéliome utérin, qui m'ont l'un et l'autre prouvé les relations de ce genre de tumeur avec la môle hydatiforme. Dans le premier, concernant une femme qui avait eu sept ans auparavant une fausse couche de cinq mois, suivie de l'expulsion d'une môle, j'ai pratiqué une hystérectomie abdominale pour mettre fin à des hémorrhagies continuelles qui avaient résisté au curettage; j'ai trouvé au fond de l'utérus une petite tumeur dont l'examen histologique a établi la nature chorio-épithéliomateuse. Chez

(1) Dans la séance du 21 janvier 1905 de la Société de biologie de Paris, MM. L. Nattan-Larrier et A. Brindeau ont fait une communication sur la *nature de la môle hydatiforme*, dans laquelle ils insistent également sur les rapports existant entre cette affection, qui pour eux constitue un néoplasme infectant, et le déciduome malin; aussi proposent-ils de désigner la première sous le nom de *plasmodiome à type molaire*, la désignation de *plasmodiome malin* ayant été attribuée par certains auteurs au déciduome.

ma seconde malade, j'ai vu l'évolution maligne succéder presque immédiatement à l'expulsion d'une môle hydatiforme; là encore j'ai fait une hystérectomie abdominale, et l'examen microscopique a permis de constater qu'il s'agissait d'un déciduome malin.

M. Monod. — Je puis vous citer le cas d'une malade que j'ai autrefois opérée, alors que la tumeur était de date toute récente. Il s'agissait d'une femme qui avait des hémorrhagies; le curettage fut pratiqué et l'examen des débris fit reconnaître la présence de cellules caractéristiques du déciduome. On procéda alors sans tarder à l'hystérectomie vaginale qui fut suivie de guérison; cette malade a été observée pendant quelques années, durant lesquelles il n'y a pas eu de récidive.

Tumeur épithéliale embryonnaire de la région inguinale.

M. A. Reverdin (de Genève). — Le sujet de cette observation est un homme de trente et un ans, grand, myope, d'intelligence bornée et chez lequel on notait un arrêt des organes génitaux. En effet, le pénis était représenté par un mince cordon terminé par un tout petit prépuce; dans le scrotum, il n'y avait pas trace de testicules; l'orifice inguinal externe, du côté gauche, était effacé; à droite, sur le trajet du canal inguinal, on constatait une tuméfaction en partie dure, en partie molle. Les fonctions urinaires s'exécutaient normalement; quant aux fonctions génitales, elles étaient nulles.

J'ai fait une incision au niveau de la masse inguinale et j'ai libéré une tumeur composée d'une partie mollasse, d'un segment d'épiploon et d'une anse intestinale; cette dernière a été réduite et le reste a été réséqué. La guérison a eu lieu par première intention. Deux de mes confrères ont fait séparément l'examen histologique du néoplasme: l'un a conclu à un lymphome, l'autre à un lymphosarcome. Toutefois, d'après l'aspect des éléments cellulaires, un troisième histologiste a pensé qu'il s'agissait d'une tumeur épithéliale embryonnaire.

Dix cas de corps étrangers de la vessie.

M. Bazy. — M. Chevalier nous a adressé un mémoire portant sur 10 cas de corps étrangers de la vessie, qu'il a observés. 5 d'entre eux ayant déjà été publiés, je ne m'occuperai que des 5 autres, consistant en une canule à lavement et en segments de sondes ou de bougies conductrices de l'uréthrotome ou de Béniqué. Dans ces cas, notre confrère a pu faire l'extraction soit avec une pince, soit avec un lithotriteur. Après avoir discuté la conduite à tenir en présence d'un corps étranger de la vessie, M. Chevalier estime que les corps étrangers souples doivent être extraits par les voies naturelles, tandis que, pour les corps rigides, il sera plutôt indiqué de recourir à la cystotomie.

Lésion traumatique de la rate et du pancréas, opérée avec succès.

M. le Secrétaire général donne lecture d'une observation envoyée par M. Fontoynont (de Tananarive), relative à une rupture traumatique de la rate avec écrasement de la queue du pancréas, chez une femme malgache de vingt-huit ans, paludéenne et syphilitique. L'intervention, pratiquée deux heures après l'accident, consista en une splénectomie et en la résection de la partie écrasée du pancréas. Malgré divers incidents, la guérison fut obtenue.

L'auteur signale particulièrement le grand nombre d'hématies nucléées que présenta le sang de cette femme une quinzaine de jours après l'opération, et qui coïncidait avec une leucocytose notable. Il insiste, en outre, sur la nécessité, en pays palustre, de faire, à la suite de toute intervention chirurgicale, une injection de 0 gr. 50 centigr. à 1 gramme d'un sel de quinine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 20 et 27 janvier 1905.

Chloruration avec poussées albuminuriques consécutives sans modification du poids du corps.

M. Sicard. — Je viens d'observer un jeune homme atteint depuis six ans d'une néphrite scarlatineuse bien compensée, chez lequel la chloruration momentanée, tentée à deux reprises différentes, a provoqué chaque fois une augmentation du taux de l'albumine urinaire (de 2 à 10 grammes environ), sans modification du poids du corps.

La possibilité de cette action dissociante du chlorure de sodium, au moins pendant un certain temps de l'évolution brightique, méritait d'être signalée, puisque le plus souvent on voit les décharges albumineuses consécutives au régime hyperchloruré coïncider avec l'hydratation des tissus, c'est-à-dire avec une augmentation des œdèmes.

M. Dufour. — Ce fait vient à l'appui de l'hypothèse que j'ai émise au sujet de l'action nocive du chlorure de sodium sur l'épithélium du rein (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 210), et qui a été confirmée expérimentalement par MM. Castaigne et Rathery (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 309-312). Mais à côté des cas de débilité rénale, réagissant au régime chloruré, il en est d'autres qui ne paraissent pas en être influencés. J'ai même vu l'albumine disparaître chez un brightique, alors que le régime redevenait fortement chloruré. J'ai constaté également, à diverses reprises, l'impuissance de l'hyperchloruration à faire réapparaître l'albuminurie chez des scarlatineux atteints de néphrite. En somme, je crois que la susceptibilité du rein au chlorure de sodium est très variable suivant les individus.

Oblitération congénitale de l'orifice tricuspide avec malformations multiples du cœur.

M. Saillant montre, au nom de M. Sevestre et au sien, le cœur d'un enfant de seize mois, qui a succombé à une bronchopneumonie post-morbilleuse. Les malformations dont ce cœur est le siège sont: une atrésie du ventricule droit avec inexistence de l'orifice auriculo-ventriculaire droit et de la valvule tricuspide, la persistance du trou de Botal, une perforation de la cloison interventriculaire et une endocardite végétante de l'orifice de l'artère pulmonaire. Pendant la vie, la région cardiaque était le siège d'un frémissement cataire très intense, qui avait fait admettre l'existence de la persistance du trou de Botal, ainsi que d'un souffle systolique dont les lésions pulmonaires concomitantes ne permettaient pas de préciser les caractères.

M. Apert dit avoir pu rassembler dans la littérature médicale 20 cas d'absence de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, coexistant toujours avec d'autres malformations cardiaques; 13 fois les lésions étaient les mêmes que dans l'observation de MM. Sevestre et Saillant. La plupart des sujets en question sont morts dans les deux ou trois premières années de la vie; certains cependant ont pu vivre cinq, dix et jusqu'à vingt-sept ans (Burdach). Au point de vue clinique, on constate, dans les faits de ce genre, une cyanose intense et permanente, une augmentation de volume du cœur gauche, et un souffle systolique à la base, s'étendant sur toute l'aire cardiaque. Ces signes permettent bien de faire le diagnostic de malformation cardiaque, mais non de reconnaître l'absence de l'orifice tricuspide.

Leucémie lymphoïde à forme hémorrhagique.

M. Labbé communique l'observation d'un malade de cinquante-quatre ans, qui fut atteint pour la première fois, au mois d'avril 1903, d'une épistaxis extrêmement abondante, bientôt suivie de plusieurs autres et aussi d'un écoulement sanguin par l'oreille droite et les gencives. Quelque temps après, le patient voyait apparaître sur les membres supérieurs, puis au tronc et enfin sur les membres inférieurs, de larges placards ecchymotiques, qui disparaissaient au bout d'une dizaine de jours. Au mois d'août 1904, on nota la présence, au niveau du cou, de quelques ganglions hypertrophiés. L'examen du sang pratiqué à la même époque montra une forte diminution du nombre des hématies et une augmentation considérable des globules blancs, surtout des lymphocytes.

Les différentes médications successivement mises en œuvre restèrent sans résultat. Les adénopathies augmentèrent de volume et envahirent les régions axillaire et inguinale jusque-là indemnes. En présence de cette aggravation, on eut recours aux rayons de Röntgen, et, bien que ce traitement vienne à peine d'être commencé, il semble avoir déjà amené une légère rétrocession des ganglions hypertrophiés.

Deux cas d'atrophie infantile.

M. Variot montre les radiographies des mains et des pieds de 3 enfants, dont la taille et le poids sont notablement inférieurs au poids et à la taille des sujets normaux du même âge.

Les radiographies permettent de constater une raréfaction du tissu des diaphyses, des métacarpiens et des métatarsiens, en même temps qu'un retard dans l'ossification des épiphyses: ces lésions, d'après l'orateur, seraient analogues à celles qui ont été obtenues par M. Charrin chez de jeunes animaux soumis à des intoxications intestinales (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 377).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 janvier 1905.

Le bacille tuberculeux dans le sang après un repas infectant.

MM. Ch. Bisanti et **L. Panisset.** — A 6 chiens, laissés à la diète hydrique pendant vingt-quatre heures, nous faisons ingérer une soupe à laquelle on ajoute une grande quantité de bacilles de Koch (1/2 culture sur pomme de terre). Les animaux sont sacrifiés de quatre à cinq heures après le repas; le sang du cœur est aussitôt recueilli aseptiquement, rendu incoagulable par addition de fluorure de sodium, enfin centrifugé. La couche de séparation entre le plasma et les hématies, constituée surtout par des leucocytes, est alors prélevée, puis étendue de sérum physiologique jusqu'à reproduction du volume de sang employé. Ce liquide, injecté à des cobayes, a, pour 4 des 6 chiens en expérience, donné des lésions tuberculeuses. L'autopsie des chiens a prouvé qu'ils étaient indemnes de toute tuberculose et notamment que leur intestin était normal.

Ces expériences prouvent donc la possibilité, pour le bacille de Koch, de traverser une muqueuse digestive parfaitement saine.

Action comparée des rayons de Röntgen sur le sang dans les leucémies myélogène et lymphatique.

MM. Aubertin et **Beaujard.** — Nous avons traité comparativement, par des séances identiques de rayons de Röntgen appliqués sur la rate, 2 malades atteints l'un de leucémie myéloïde, l'autre de leucémie lymphatique avec splénomégalie.

Chez le premier, nous avons constaté, après les séances, de fortes oscillations des leucocytes. Aux augmentations du nombre total de ces éléments correspondent des augmentations manifestes des polynucléaires. L'abaissement définitif du chiffre des leucocytes n'a commencé que vers le dix-huitième jour: après être passé de 308,400 à 462,600, il est redescendu à la fin à 244,000.

Chez le patient atteint de leucémie lymphatique, la diminution du nombre des leucocytes s'est établie d'emblée; les oscillations ont été faibles, la courbe uniformément descendante, et il n'y a pas eu de modification du pourcentage.

Bacilles de Koch et hémoptysies.

MM. Piéry, Mandoul et **Ortal** (de Lyon). — L'hémoptysie du début de la tuberculose (avant l'apparition des premiers craquements) ne contient généralement pas de bacilles de Koch; ces derniers apparaissent d'ordinaire après la fin de l'hémoptysie et sont alors constitués par de rares moniliformes longs. Aux diverses phases de la phtisie commune, l'hémoptysie n'agit guère sur la formule bactériologique. Dans l'hémoptysie des tuberculoses fibreuses secondaires, les bacilles, très rares, correspondent au type homogène court. Au cours des hémoptysies de la phtisie galopante, les îlots purulents de l'expectoration renferment de très nombreux bacilles homogènes.

Au total, la formule bactériologique de l'hémoptysie, sans fournir aucun renseignement pronostique, permet du moins de poser le diagnostic de la forme clinique de la tuberculose.

Décollement épiphysaire chez un castrat naturel adulte.

MM. Fr. Gross et **L. Sencert** (de Nancy) adressent une note relative à un cas de fracture de l'épiphyse supérieure de l'humérus, survenu à la suite d'un traumatisme léger chez un homme de quarante-huit ans. Huit années plus tard, une radiographie permit de constater que la lésion offrait tous les caractères (décollement partiel du cartilage conjugal et fracture des trabécules du tissu spongieux) que l'on rencontre habituellement dans les décollements épiphysaires de l'enfance. Cette particularité s'expliquait par l'atrophie des organes génitaux de cet homme qui, cryptorchide double, avait, malgré son âge, un aspect infantile bien marqué.

Sur la non-toxicité du tænia inerme.

M. A. Le Dantec (de Bordeaux) envoie une note relative à des expériences qui démontrent la non-toxicité du tænia inerme. C'est ainsi que le sang de l'auteur — lequel avait été infesté par ce parasite — n'était doué d'aucune propriété toxique à l'égard des anneaux de tænia inerme vivant dans du bouillon, et que son sérum ne renfermait aucune précipitine agissant sur l'extrait de tænia. Enfin, cet extrait, injecté sous la peau d'un lapin, ne détermina aucun malaise chez cet animal, dont le sérum ne renfermait pas non plus de précipitine à la suite de ces injections.

Sur le sérum sanguin de deux femmes éclamptiques.

M. J. Livon (de Marseille) communique le résultat de recherches qu'il a pu faire sur le sérum sanguin de 2 femmes atteintes d'éclampsie puerpérale, recherches qui lui ont permis d'isoler un bacille court, épais, peu filamenteux, faiblement mobile et prenant le Gram, dont l'injection à des animaux — surtout gravides — entraîne la mort au milieu de phénomènes convulsifs.

MM. Haushalter et **Collin** (de Nancy) relatent l'observation d'un idiot de six ans, dont l'autopsie a révélé de nombreuses malformations des circonvolutions du cerveau (micro et polygyrie) et une agénésie totale du corps calleux et du faisceau pyramidal.

ETRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 23 janvier 1905.

Les manifestations psychiques de la syphilis cérébrale.

M. Ziehen fait une communication dans laquelle, après avoir rappelé que la syphilis cérébrale peut affecter quatre modalités différentes, à savoir celle de noyaux gommeux isolés, de paralysie générale, de méningite gommeuse, de lésions vasculaires (endartérite des fines artérioles avec foyers microscopiques de ramollissement), il s'occupe des troubles psychiques susceptibles d'accompagner ces deux dernières formes, les deux premières n'entrant pas ici en considération.

Dans un bon nombre de cas, les syphilis cérébrales réalisent le tableau clinique connu sous le nom de *démence syphilitique*, affection mentale qui rappelle de près la paralysie générale. Elle s'en distingue cependant à certains égards; c'est ainsi que les malades qui en sont atteints présentent moins une altération totale du caractère, telle qu'on l'observe chez les paralytiques généraux, qu'un rétrécissement concentrique de la personnalité; si l'on constate parfois chez eux des manifestations paralytiques, par contre les troubles caractéristiques de la parole font toujours défaut. Les périodes de somnolence, d'état subcomateux, ne sont pas rares; elles ont même une durée souvent plus longue que dans la paralysie générale, au point que, pour M. Ziehen, quand elles se prolongent plus de huit jours, c'est qu'il s'agit de syphilis cérébrale et non de méningo-encéphalite diffuse.

En dehors de cette forme démentielle, la syphilis du cerveau peut se traduire par les manifestations psychopathiques les plus variées. L'orateur a, par exemple, observé une série de cas de folie circulaire qui reconnaissaient une telle origine. Plus fréquents encore sont les états crépusculaires, guérissant d'ordinaire en une ou deux semaines, parfois accompagnés de crises épileptiformes, et qui, dans leurs formes graves, aboutissent à la psychose hallucinatoire aiguë avec prédominance des hallucinations auditives. M. Ziehen signale encore l'amnésie aiguë, à début subit et qui porte seulement sur les événements tout récents, datant de quelques heures à peine; des paranoïas chroniques, à base d'idées de persécution; enfin des symptômes de neurasthénie ou mieux de psychasthénie.

Toutes ces formes sont très importantes à connaître, car elles ont, dans la majorité des cas, un pronostic éminemment favorable; il faut toutefois savoir que, ainsi que M. Fournier l'a montré, les états neurasthéniques d'origine syphilitique sont aggravés par le traitement mercuriel et relèvent exclusivement de la psychothérapie.

Rétrécissement post-scarlatineux de l'œsophage.

M. Boas relate l'observation d'une jeune fille qui, quelques mois après une scarlatine grave, avec dépôts pseudo-membraneux de la gorge, otite moyenne gauche, abcès multiples et foyers de gangrène cutanée, commença à présenter des symptômes de sténose œsophagienne qui s'aggravèrent progressivement, si bien que les liquides même étaient régurgités et que le poids du corps, en six mois environ, tomba de 50 à 35 kilos.

A l'examen, on constata que l'obstacle, qui n'admettait que les plus fines sondes, siégeait à 34 centimètres environ de l'arcade dentaire; l'explorateur ramenait un peu de sang, preuve que le rétrécissement était de nature ulcéreuse. Sous l'influence du cathétérisme, une amélioration appréciable ne tarda pas à se produire, et la guérison complète fut obtenue.

Le pronostic de ce genre de rétrécissement, à en juger par le très petit nombre d'exemples connus — on sait combien les sténoses de l'œsophage sont rares en dehors des brûlures par ingestion de caustique et de la compression par tumeur œsophagienne ou péri-œsophagienne —, paraît favorable : la dilatation progressive suffit à obtenir la guérison, sans qu'il soit besoin de recourir à une intervention chirurgicale.

Dr Villaret.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 28 janvier 1905.

Sur le mode d'infestation de l'organisme animal par les larves d'ankylostome.

M. Firket. — M. Lambinet (de Liège) a soumis à notre examen un travail relatif à cette question et sur lequel vous m'avez chargé de vous présenter un rapport.

L'auteur a étudié l'ankylostomiase du chien pour vérifier les résultats des expériences de Looss, sur la pénétration des larves d'ankylostome par la peau : on sait que l'application de ces larves sur la peau d'un chien indemne d'ankylostomiase a été suivie de l'apparition des nématodes dans l'intestin. On a toutefois objecté que, dans ces expériences, les animaux pouvaient s'être infestés en grattant et léchant la surface cutanée intentionnellement souillée et en introduisant ainsi les parasites dans leur tube digestif.

Pour éviter cette cause d'erreur, M. Lambinet injecte sous la peau les larves obtenues par culture, puis il cautérise au fer rouge le point inoculé. Dans ces conditions, il observe encore l'infestation rapide de l'intestin.

A ce propos, on peut établir un parallèle entre ce qui se produit dans ces conditions pour l'ankylostomiase et ce qui s'observe dans la trichinose. De part et d'autre, les embryons sont amenés par la circulation jusqu'au poumon, mais, dans la trichinose, leur faible calibre leur permet de franchir le réseau capillaire, tandis que dans l'ankylostomiase les larves, plus grosses, sortent par effraction des capillaires et sont déversées dans les cavités des alvéoles; de là elles remontent en rampant à la surface de la muqueuse respiratoire jusque dans la bouche, d'où elles peuvent infester le tube digestif. Les lésions de l'ankylostomiase née de la sorte sont donc bien plus complexes qu'on ne le croit généralement : il doit y avoir, tout au début, des lésions cutanées et des lésions pulmonaires, dont les rapports avec l'infestation vermineuse ont été méconnus jusqu'ici.

Je puis ajouter que M. Herman (de Mons) a reproduit tout récemment *sur lui-même* l'infestation de la peau par les larves de l'ankylostome duodénal.

La démonstration, désormais complète, d'une double voie de pénétration de l'ankylostome dans l'intestin impose à la prophylaxie de nouvelles précautions. On pourrait, par exemple, enduire la peau des parties exposées, pendant le travail des mines, avec un corps gras auquel on ajouterait une substance empyreumatique ou quelque essence. Sans doute, on ne parviendrait ainsi ni à arrêter mécaniquement ni à tuer les larves, dont on connaît la résistance. Mais il est permis de supposer que ces substances, différentes du sebum normal, exerceraient sur les larves une sorte d'action chimiotactique répulsive.

Dr Keiffer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Askanazy (M.). Der Ursprung und die Schicksale der farblosen Blutzellen. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er et 8 nov.) — L'origine et le sort des leucocytes.

Böhm (A.) et **Oppel** (A.). Taschenbuch der mikroskopischen Technik; kurze Anleitung zur mikroskopischen Untersuchung der Gewebe und Organe der Wirbeltiere und des Menschen, unter Berücksichtigung der embryologischen Technik; mit einem Beitrag (Rekonstruktionsmethoden) von G. Born. 5e éd. In-8°, 271 p. Munich.

Brösike (G.). Anatomischer Atlas des gesamten menschlichen Körpers mit besonderer Berücksichtigung der Topographie. T. II, 2e partie. In-8°, p. 355 à 406, avec fig. Berlin.

Duckworth (W. L. H.). Morphology and anthropology. In-8°, 592 p. Londres.

Flint (J. M.). Notes on form of the cavity of the knee-joint. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, oct.) — Sur la forme de la cavité articulaire du genou.

Keith (A.). Human embryology and morphology. 2e éd. In-8°, 414 p. avec fig. Londres.

Rawling (L. B.). Landmarks and surface markings of the human body. In-8°, 84 p. avec fig. Londres. — Les repères du corps humain.

Schwalbe (G.). Jahresberichte über die Fortschritte der Anatomie und Entwicklungsgeschichte. Band IX (Literatur 1903). In-8°, 704 p. Iéna. — Revue annuelle des progrès de l'anatomie et de l'embryologie.

PHYSIOLOGIE

Asher (L.) et **Spiro** (K.). Ergebnisse der Physiologie (3. Jahrgang). 2 vol. In-8°, 1157 p. avec fig. Wiesbaden.

Bard (L.). De l'existence et du mécanisme d'une accommodation auditive à la distance. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Barth (A.). Ueber die Bildung der menschlichen Stimme und ihres Klanges beim Singen und Sprechen, vom physiologisch-physikalischen Standpunkte betrachtet. In-8°, 71 p. avec fig. Leipzig. — La production de la voix et son timbre dans le chant et dans le parler, au point de vue physico-physiologique.

Bogdan (S.). La cryoscopie de la sueur de l'homme. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Bonnier (P.). Schéma bulbaire. (*Rev. neurol.*, 15 oct.)

Bullot (G.). Sur la physiologie de l'épithélium cornéen; perméabilité complète à l'oxygène. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Lamy (H.) et **Mayer** (A.). Etude sur le mécanisme de l'action diurétique des sucres : conditions mécaniques circulatoires de diurèse. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Marrassini (A.). Sopra alcune particolarità di struttura del pancreas, considerate specialmente in rapporto al fenomeno della secrezione esocrina. (*Clinica moderna*, 26 oct.)

Weinhold. Ueber Entfernungsvorstellungen bei binokularer Verschmelzung von Halbbildern. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 3.) — Sur l'appréciation des distances dans la fusion binoculaire des demi-images.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Abrikossov (A. I.). Ueber die ersten anatomischen Veränderungen bei Lungenphthise. (*Virchows Arch.*, CLXXVIII, 2.) — Les lésions dans la tuberculose pulmonaire au début.

Baumgarten (P. von). Arbeiten auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie und Bakteriologie aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Tübingen. T. V, 1er fasc. In-8°, 153 p. avec planches. Leipzig.

Catola (G.). Note sur les concrétions calcaires dans le cerveau. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, sept.-oct.)

Cestan (R.) et **Lejonne** (P.). Un cas de myopathie avec rétractions; examen anatomique. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, sept.-oct.)

Ferguson (A. R.). The histology of the skin in variola. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, nov.) — Anatomie microscopique de la peau dans la variole.

Franke (E.) et **Delbanco** (E.). Zur Kenntnis der Geschwülste des Nervus opticus und seiner Scheiden. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 3.) — Sur les tumeurs du nerf optique et de ses gaines.

Hedinger (E.). Primäre angeborene Herzhypertrophie. (*Virchows Arch.*, CLXXVIII, 2.) — L'hypertrophie congénitale primitive du cœur.

Thomas (A.) et **Hauser** (G.). Les altérations du ganglion rachidien chez les tabétiques. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mai-juin.)

Vanzetti (F.). Contributo allo studio dell'encefalite acuta emorragica. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 3.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Arneth (J.). Experimentelle Untersuchungen zum Verhalten der weissen (und roten) Blutkörperchen bei Infektions- und Intoxikationsversuchen, sowie nach Einverleibung von Eiweisskörpern und Heilseris; ein hämatologisch untersuchter Fall von Katheterfieber beim Menschen. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 nov.) — L'état des leucocytes (et des hématies) au cours des infections et des intoxications expérimentales, ou après introduction d'albuminoïdes et de sérums curatifs, à propos d'un cas de fièvre uréthrale chez l'homme.

Bach (L.) et **Meyer** (H.). Ueber das Verhalten der Pupillen nach Entfernung der Grosshirnhemisphären, des Kleinhirns, bei Reizung der lateralen Partien der Medulla oblongata und des Trigeminus auf Grund experimenteller Untersuchungen bei der Katze und dem Kaninchen. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 2.) — Recherches expérimentales sur les réactions pupillaires que détermine, après ablation des hémisphères cérébraux et du cervelet, l'excitation des parties latérales du bulbe rachidien et du trijumeau.

Baumgarten (P. von). Ueber Immunisirungsversuche gegen Tuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 oct.) — Sur les essais d'immunisation contre la tuberculose.

Bielonovsky (G. D.). La valeur diagnostique des précipités de Kraus dans l'infection pesteuse. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, X, 4.)

Calò (V.). Ricerche sperimentali sugli effetti della recisione dei tronchi nervosi. (*Clinica moderna*, 23 nov.)

Lamb (G.) et **Hunter** (W. K.). On the action of venoms of different species of poisonous snakes on the nervous system; third communication : venom of Bungarus fasciatus (banded krait). (*Lancet*, 22 oct.) — Action du venin de différentes espèces de serpents venimeux sur le système nerveux.

Varaldo (F.). Sulle vie di diffusione delle infezioni genitali. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 3.)

Wilbur (R. L.). Acidosis; experimental evidence that its nervous symptoms are not wholly due to lack of alkali. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 oct.)

Zimmern (A.) et **Dimier** (G.). De l'épilepsie expérimentale. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 oct.)

MÉDECINE

Abram (J. H.). Inflammation of the muscles, with special reference to two cases of infective myositis. (*Lancet*, 12 nov.)

Abrams (A.). The vasomotor factor in the clinical measurement of the blood pressure. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.) — Le facteur vasomoteur dans la mensuration clinique de la pression sanguine.

Adams (J. F. A.). A case of malignant endocarditis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 13 oct.)

Arneill (J. R.). Hyperchlorhydria, with observations on diet and gastric analysis. (*Amer. Medicine*, 12 nov.)

Bannatyne (G. A.). Rheumatoid arthritis : its pathology, morbid anatomy, and treatment. 3e éd. In-8°, 196 p. avec fig. Londres.

Belsky (A.). Die Analyse des Phlebogrammes eines Falles von Herzallorhythmie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 5-6.)

Bosquier (R.). Hyperchlorhydrie « tardive » et dilatation gastrique; relations entre elles. (*Journ. des scienc. méd. de Lille*, 24 déc.)

Brun (H. de). Sur le diagnostic des abcès du foie. (*Rev. de méd.*, nov.)

Cabibbe (G.). Sull'ematemesi nei morbi splenici. (*Gazz. degli Osped.*, 6 nov.)

Cantieri (A.). Un caso di cancro-cirrosi del fegato. (*Gazz. degli Osped.*, 6 nov.)

Ceconi (A.). La chimica-fisica nei suoi rapporti con la medicina clinica. (*Clinica moderna*, 9 et 16 nov.)

Cipollino (O.). Raro luogo d'uscita di un ago ingerito. (*Policlinico*, 15 oct.) — Issue, par la région latérale du cou, d'une aiguille introduite dans les voies digestives.

Dreschfeld (J.) et **Moore** (F. C.). A malignant tumour of the suprarenal gland. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, nov.)

Dunin (Th.). Der Blutdruck im Verlaufe der Arteriosklerose. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 5-6.) — La pression sanguine au cours de l'artériosclérose.

Einhorn (M.). On two cases of Weil's disease complicated by the temporary appearance of small tumors in the liver. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.) — 2 cas de maladie de Weil compliqués par l'apparition temporaire de petites tumeurs du foie.

Escalier (J. M.). Dificultades de diagnóstico en las infecciones biliares. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, sept.-oct.)

Förster (F.). Zur Symptomatologie der Venenthrombose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 nov.)

Fraser (Sir Thomas R.). Case of complete transposition of the viscera, with cerebral tumour and other pathological conditions. (*Edinburgh Med. Journ.*, oct.)

MALADIES INFECTIEUSES

Andrjéievsky (I.). L'hémophilie malarique comme manifestation des lésions paludéennes des vaisseaux sanguins (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, sept., oct. et nov.)

Bellantoni (R.). Sopra un caso di carbonchio a forma erisipelacea, contratta a mezzo del tafano, e curato col sublimato. (*Gazz. degli Osped.*, 13 nov.) — Charbon à forme érysipélateuse, contracté par l'intermédiaire d'un taon et guéri par le sublimé.

Brown (L.). The early physical signs of pulmonary tuberculosis. (*Med. News*, 15 oct.) — Les signes physiques précoces de la tuberculose pulmonaire.

Carter (H. R.). The conveyance of yellow fever. (*Med. News*, 5 nov.) — La transmission de la fièvre jaune.

Cozzolino (O.). Osservazioni sulla durata dell'incubazione, sull' andamento della temperatura e sul valore diagnostico delle macchie di Koplik nel morbillo. (*Pediatria*, nov.)

Devaux (E.). Contribution à l'étude des accès pernicieux palustres. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Dünges. Asthma und infektiöse Lungenleiden (Tuberculose, Pneumonie). (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 nov.)

Eshner (A. A.). Some random considerations on tuberculosis. (*Med. Record*, 29 oct.)

Evans (T. H.). On variant infections. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 13 oct.)

Holst (A.). Om beri-beri : sygdommens symptomer; de foreliggende erfaringer om dens ætiologi. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, oct.)

Jürgens. Die ätiologische Begründung der Pockendiagnose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 nov.) — Le diagnostic de variole basé sur l'étiologie.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Anton (G.). Ueber Nerven- und Geisteserkrankungen in der Zeit der Geschlechtsreife. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 nov.) — Maladies nerveuses et mentales à l'époque de la puberté.

Apert (E.). Myxœdème fruste; croissance tardive; diabète. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mai-juin.)

Ausset (E.). Absence du caractère familial dans un cas de maladie de Friedreich. (*Echo méd. du Nord*, 13 nov.)

Beevor (C. E.). On the muscular movements and their representation in the central nervous system. In-8°, 112 p. Londres.

Benaky. Contribution à l'étude des fonctions de la couche optique. (*Arch. de neurol.*, nov.)

Berger (A.). Ein Fall von Tumor der Hypophysengegend mit Obductionsbefund. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 5-6.) — Tumeur de la région hypophysaire, avec autopsie.

Bernhart (J.). Die neuropathische Prädisposition. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 nov.)

Blumenau (L.) et **Nilsen** (E.). Des centres moteurs du renflement cervical chez l'homme (à propos d'un cas d'amputation) (en russe). (*Roussk. Vratch*, 13 nov.)

Boigey (M.). La neurasthénie dans l'armée. (*Rev. neurol.*, 15 oct.)

Bouchaud. Hémiplégie cérébrale infantile et hémiataxie. (*Rev. neurol.*, 15 oct.)

Bruns (L.). Zur Symptomatologie der Paralysis agitans. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er nov.)

Sépet (P.). Monophobie spéciale : électrophobie. (*Marseille méd.*, 15 oct.)

Sollier (P.) et **Boissier** (F.). Médiumnité délirante. (*Arch. de neurol.*, juillet-août.)

Sterling (W.). Badania nad czuciem wibracyjnem i jego znaczeniem klinicznem. (*Gaz. lekarska*, 27 août, 10, 17 et 24 sept., 22 et 29 oct. et 5 nov.) — Recherches sur la sensibilité vibratoire et sur sa valeur clinique.

Tcherno-Schwartz (B.) et **Lountz** (R. O.). Zur Aetiologie und Pathogenese der Chorea minor. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 5.)

Trepsat (L.). Un cas de démence précoce catatonique avec pseudo-œdème compliqué de purpura. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mai-juin.)

Türkel (S.). Die kriminellen Geisteskranken. (*Wien. med. Wochensch.*, 27 août, 3, 10, 17 et 24 sept., 1er, 8 et 15 oct.) — Les aliénés criminels.

Valobra (J.). Sulla nosografia e sulla patogenesi delle atrofie muscolari progressive. (*Riv. sperim. di freniatria e di med leg.*, XXX, 2-3.)

Vigouroux (A.). Aphasie sensorielle. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juillet.)

Voorhees (I. W.). Some notes on a case of erythromelalgia, with treatment. (*Med. News*, 15 oct.)

Wernicke (C.). Ein Fall von Crampus-Neurose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 oct.)

Yavein (V.). Un cas de syphilis précoce du cervelet (en russe). (*Roussk. Vratch*, 18 sept.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Abt (I. A.). Erythema nodosum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 nov.)

Adamson (H. G.). Multiple lupus vulgaris consecutive to measles. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, oct.) — Tuberculose multiple de la peau consécutive à la rougeole.

Bourguignon. Péricardite, endocardite, myocardite à la période secondaire d'une syphilis grave; guérison au cours du traitement spécifique. (*Limousin méd.*, oct.)

Costanzo (M.). Considerazioni antropologiche su un caso di cheratoma plantare e bilaterale ereditario. (*Gazz. degli Osped.*, 13 nov.)

Grön (K.). Lepratilfælde i Kristiania i 1903. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, nov.) — Les cas de lèpre observés à Christiania en 1903.

Hall-Edwards (J.). On chronic X-ray dermatitis. (*Brit. Med. Journ.*, 15 oct.)

Schein (M.). Der Zusammenhang des Erythema exsudativum multiforme und nodosum mit Episcleritis. (*Pest. med.-chir. Presse*, 9 et 16 oct.)

Terra (F.). Favus atypico. (*Brazil-medico*, 1er et 8 oct.)

Veillard. Gommes de la région intermaxillaire. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 30 juillet.)

Volk (R.). Ueber Kerndegenerationen bei kutanen Entzündungsprozessen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXII, 2.) — Sur les dégénérescences nucléaires au cours des inflammations cutanées.

Walker (N.). An introduction to dermatology. 3e éd. In-8°, 300 p. avec fig. Londres.

PARASITOLOGIE

Gaide. La lombricose; son rôle en pathologie exotique; ses relations avec l'appendicite. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Ghedini (G.). Migrazione di ascaridi lombricoidi dall'intestino nei dotti pancreatici; pancreatite interstiziale consecutiva. (*Gazz. degli Osped.*, 13 nov.)

Justo (J. B.). Un caso de actinomicosis abdominal. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, sept.-oct.)

Moscato (P.). A proposito di cinque larve vive emesse dalla vescica da un individuo affetto da carcinoma villoso primitivo del trigono di Lieutaud. (*Rassegna internazion. della med. moderna*, V, 17.)

O'Neil (R. F.). Hematuria due to the Bilharzia hematobia. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 27 oct.)

Sawers (F. H.). Parasitical associations. (*New York Med. Journ.*, 29 oct.)

Stokes (W. R.). A study of the group actinomyces, with the report of a pathogenic species for man. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

CHIRURGIE

Atherton (A. B.). Operative treatment of perforating gastric ulcer; report of a third consecutive successful case of suture. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Barker (A. E.). A remarkable sequel to a case of gastro-enterostomy. (*Lancet*, 5 nov.)

Birstein (A.). Contribution à l'étude de la chirurgie de l'estomac (en russe). (*Prakt. Vratch*, 6 et 13 nov.)

Bouchet (P.). Kyste sublingual. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, oct.)

Bradford (E. H.). Treatment of lateral curvature. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 3 nov.)

Brill (N. E.). Primary carcinoma of the duodenum. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Burmeister (R.). Ueber Saugpumpendrainage bei Pankreascyste. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 1.) — Drainage d'un kyste pancréatique à l'aide d'une pompe aspirante.

Carbone (A.). Sull'importanza dell'esame oftalmoscopico nei traumi della scatola cranica. (*Gazz. degli Osped.*, 6 nov.) — L'examen ophtalmoscopique dans les traumatismes du crâne.

Castro (M.). Hernia diafragmática congénita (variedad embrionaria incompleta). (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, sept.-oct.)

Cavatorti (P.). I piedi torti; studio anatomico e considerazioni cliniche. (*Arch. internation. de chir.*, I, 5 et II, 1.) — Considérations anatomo-cliniques sur le pied bot.

Chevassu (M.). Chorio-épithéliome intra-testiculaire; embryomes et kystes dermoïdes. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, oct.)

Claudot et **Niclot.** Recherches sur le flambage; son action microbicide et son utilisation en chirurgie et en hygiène. (*Ann. d'hyg. publ.*, nov.)

Connell (F. G.). The etiology of gastric hemorrhage. (*Med. News*, 29 oct.)

Coolidge (A.). The extraction of foreign bodies from the bronchi. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 13 oct.). — L'extraction des corps étrangers des bronches.

Cova (A.). Cisti ematica del mesenterio guarita colla marsupializzazione. (*Policlinico*, 12 nov.)

Cullingworth (Ch. J.) et **Corner** (E. M.). A case of carcinoma of the appendix. (*Lancet*, 12 nov.)

Delore (X.) et **Jacod** (M.). Rétrécissement intrinsèque de l'intestin grêle consécutif à un étranglement herniaire. (*Lyon méd.*, 6 nov.)

Dobrovolsky (L.). Des hernies inguinales dans la pratique des hôpitaux militaires (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, nov.)

Eastman (J. R.) et **Keene** (Th. V.). Bacillus pyocyaneus septicæmia associated with blastomycetic growth in primary wound. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Eliot (E.). Hepatoptosis complicated by gastroptosis; a suggestion as to treatment. (*Med. News*, 12 nov.)

Estor (E.). Guide pratique de chirurgie infantile. In-8°, 479 p. avec fig.

Freeman (L.). Operations for primary carcinoma of the liver; report of a case with freedom from recurrence at end of sixteen months. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — Intervention chirurgicale pour cancer primitif du foie; absence de récidive au bout de seize mois.

Gant (S. G.). Sterile water anæsthesia in the operative treatment of anorectal disease, with a summary of 320 cases. (*Med. Record*, 29 oct.)

Gerster (A. G.). Surgical reflections on the diagnosis of cancer of the stomach. (*Med. Record*, 29 oct.)

Gibney (V. P.). Treatment of cold abscesses and sinuses in tuberculous bone lesions. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 oct.)

Glauner. Ein Fall von Naht der Arteria brachialis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 nov.) — Suture de l'artère humérale.

Göbel (C.). Ueber die Lipomatosis des Hypopharynx (Cavum pharyngo-laryngeum), ihre Beziehung zu den sogenannten Oesophaguspolypen und den tiefgelegenen Halslipomen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 2-4.)

Gorokhov (D.). De l'ostéomyélite (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 30 oct. et 13 nov.)

Grandinetti. Sull'etiologia dell'alluce valgo. (*Policlinico*, 5 nov.)

Guimarães (A.). Da ignipunctura nas arthrites tuberculosas. (*Brazil-medico*, 22 oct.)

Läwen (A.). Ueber die Beziehungen der Enchondrome zu den multiplen cartilaginären Exostosen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 1.)

Schwarzschild (M.). Indirekte Fraktur an den Köpfchen der Metatarsalknochen. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 oct.)

Tverdovsky (S.). De l'intervention chirurgicale dans les lésions traumatiques du foie (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 2 oct.)

Tyson (J.), **Martin** (E.) et **Evans** (J. S.). Diffuse dilatation of the œsophagus due to cardiospasm. (*New York Med. Journ.*, 15 oct.)

Vassiliev (S.). Un cas de fistule vésico-ombilicale congénitale (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 16.)

Vatter (G.). Ein Fall von subkutaner Ruptur der Arteria gastro-epiploica dextra. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 29 oct.)

Veber (F.). Gangrène du cæcum dans les cas d'occlusion de la portion inférieure du gros intestin (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 3-4.)

Villar (F.). Des kystes glandulaires du pancréas, à propos d'une observation personnelle. (*Arch. provinc. de chir.*, juillet et août.)

Vodolaguine (A.). Sur les blessures de l'estomac (en russe). (*Prakt. Vratch*, 21 août.)

Vrédène (R.). Traitement opératoire de l'appendicite à froid (en russe). (*Roussk. Vratch*, 23 oct.)

Wienecke (H.). Ueber Stauungsblutungen nach Rumpfkompression. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 1.) — Les hémorrhagies par stase consécutives à la compression du tronc.

Willard (De F.) et **Andrus** (W. H.). Ostitis deformans. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, oct.)

Wilson (A. G.). A case of ulcerative colitis with multiple perforations. (*Lancet*, 29 oct.)

Wollenberg (G. A.). Abrissfraktur der Tuberositas tibiæ. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 oct.) — Fracture par arrachement de la tubérosité antérieure du tibia.

UROLOGIE

Ballenger (E. G.). Chronic prostatitis. (*Amer. Medicine*, 12 nov.)

Bogdanik (J.). Intraperitonealer Schnitt und Schnürnaht bei Operationen an der Harnblase. (*Wien. med. Presse*, 6 nov.) — Laparotomie et suture en bourse dans les interventions sur la vessie.

Campiche (P.). Die Freyer'sche Operation. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 nov.)

Fuller (E.). Prostatectomy; is it wise to try to make any one operative method apply to all cases? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 nov.)

Goffe (J. R.). The etiology and pathology of cystocele and a new operation for its relief. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 nov.)

Goodfellow (G.). Prostatectomy in general, especially by the perineal route. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 nov.)

Kövesi (G.) et **Róth-Schulz** (W.). Pathologie und Therapie der Niereninsuffizienz bei Nephritiden; auf Grund eigener Untersuchungen. In-8°, 284 p. Leipzig. — Pathologie et traitement de l'insuffisance rénale des néphritiques.

Kreps (M.). De la cystoscopie (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 30 oct. et 6 nov.)

Lavenant (A.). Epithélioma primitif de l'urèthre chez l'homme. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, oct.)

OPHTALMOLOGIE

Baslini (C.). Recherches ophtalmométriques. (*Arch. d'ophtalmol.*, sept.)

Becker (F.). Untersuchungen über den Farbensinn bei künstlicher Beleuchtung. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 3.) — Sur la perception des couleurs à la lumière artificielle.

Beltman (J.). Ueber angeborene Teleangiektasien des Auges als Ursache von Glaucoma simplex. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 3.) — Les télangiectasies congénitales de l'œil en tant que cause du glaucome simple.

Berry (G. A.). Remarks on the diagnosis and treatment of glaucoma. (*Brit. Med. Journ.*, 12 nov.)

Borland (H. H.). A case of exophthalmos in the newly born. (*Lancet*, 12 nov.) — Exophtalmos du nouveau-né.

Cange (A.) et **Delogé** (Ch.). Hygiène à suivre pour combattre les maladies des yeux en Algérie. (*Arch. d'ophtalmol.*, oct.)

Demicheri (L.). Quiste episcleral en un ojo atrófico por herida. (*Rev. méd. del Uruguay*, oct.)

Frenkel (H.). La mydriase à bascule ou l'inégalité pupillaire à bascule. (*Arch. d'ophtalmol.*, sept. et oct.)

Frost (W. A.). The operative treatment of high myopia. (*Brit. Med. Journ.*, 12 nov.)

Harman (N. B.). The lymph follicles in (apparently) healthy conjunctivæ. (*Brit. Med. Journ.*, 12 nov.)

MacCallum (W. G.) et **Cornell** (W. B.). On the mechanism of exophthalmos. (*Med. News*, 15 oct.)

Moissonnier. Irido-cyclite tuberculeuse. (*Arch. d'ophtalmol.*, juillet.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Amberger. Zur Operation eitriger Adnexerkrankungen durch ventrale Laparotomie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 1.) — De la voie abdominale dans les interventions pour annexite suppurée.

Anoufriev (A.). Contribution à l'étude de la rétention de l'œuf dans la cavité utérine (en russe). (*Roussk. Vratch*, 30 oct.)

Batigne (P.). Evolution des collections sanguines résultant de l'imperforation vaginale. (*Gynécologie*, oct.)

Benedit (P.). Grossesse ectopique ouverte dans la vessie. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, sept.-oct.)

Bland-Sutton (J.). On abdominal pregnancy in women, cats, dogs, and rabbits. (*Lancet*, 10 déc.) — La grossesse abdominale chez la femme, la chatte, la chienne et la lapine.

Blondel (R.). Abcès sous-vésical et phlegmon du ligament large. (*Gynécologie*, août.)

Boyd (G. M.). Pelvic deformity. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 nov.)

Bumm (E.), **Veit** (J.) et **Frommel**. Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie (17. Jahrgang, 1903). In-8°, 1323 p. Wiesbaden. — Compte rendu des progrès réalisés en obstétrique et en gynécologie pendant l'année 1903.

Craig (D. H.). Clinical experiences with the appendiculo-ovarian ligament. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 nov.)

Cramer (H.). Embolie der Arteria mesenterica superior im Puerperium. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 nov.)

Croft (E. O.). A case of acute inversion of the uterus; reduction by taxis on the 7th day after labour. (*Lancet*, 5 nov.)

Curti (E.). Del parto forzato nell'eclampsia. (*Gazz. degli Osped.*, 6 nov.)

Czerwenka (K.). Uterus duplex separatus cum Vagina duplex separata (Uterus didelphys) mit Carcinom der linken Portio; ein Beitrag zur Kasuistik und Genese der Uterusmissbildungen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.)

Demelin (L.). Le petit bassin. (*Obstétrique*, nov.)

Desguin (L.). Dysménorrhée due à l'imperforation d'une des cornes d'un utérus bicorne (uterus bicornis unicollis); ablation de cette corne et de ses annexes; guérison. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, sept.-oct.)

Doléris (J.-A.). De l'hystéropexie physiologique ou ligamentaire. (*Gynécologie*, août.)

Stratz (C. H.). Die rechtzeitige Erkennung des Uteruskrebses. In-8°, 54 p. avec fig. Stuttgart. — Le diagnostic précoce du cancer de l'utérus.

Thoyer-Rozat (J.). Sur la pathogénie des paralysies obstétricales. (*Obstétrique*, sept.)

Winckel (F. von). Handbuch der Geburtshilfe. T. II, 2e partie. In-8°, p. 655 à 1452, avec fig. Wiesbaden. — Traité d'obstétrique.

Wolff (B.). Ueber die prophylaktische Wendung. (*Berlin. Klinik*, oct.) — De la version prophylactique.

PÉDIATRIE

Aigre (D.). La « Goutte de lait » et les « Consultations de nourrissons » de Boulogne-sur-Mer. (*Ann. d'hyg. publ.*, nov.)

Apert (E.) et **Delille**. Dilatation de bronches chez une enfant de quatorze ans; abcès pulmonaire; abcès cérébraux multiples à pneumocoques. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, oct.)

Biehler (Matylda). Przyczynek do dzialania zastrzykiwan podskórnych arszeniku u dzieci. (*Kronika lekarska*, 15 oct. et 1er nov.) — Des injections sous-cutanées d'arsenic chez les enfants.

Chore (G.). Contribution à l'étude de la tuberculose chez les enfants (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 23 et 30 oct., 6 et 13 nov.)

Cutler (E. G.). Gastric ulcer in children. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 6 et 13 oct.)

Fanoli (G.). La sfigmomanometria nei bambini. (*Pediatria*, nov.)

Fischer (L.). Prophylaxis of tuberculosis in children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 nov.)

Hamill (S. McC.) et **Posey** (W. C.). Associated movements of the head and eyes in infants. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.) — Mouvements associés des yeux et de la tête chez des enfants en bas âge.

Lapinski (W.). Leczenie przepuklin pepkowych u dzieci zapomoca wstrzykiwan alkoholu. (*Gaz. lekarska*, 5 nov.) — Traitement des hernies ombilicales chez les enfants par des injections d'alcool.

Leschziner (L.). Ueber die Buttermilch als Säuglingsnahrung; klinische und chemische Untersuchungen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 1-3.) — Recherches cliniques et chimiques sur l'alimentation du nourrisson par le babeurre.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bonain (A.). Deux observations intéressantes de complications endocrâniennes d'otite moyenne suppurée. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 18 juin.)

Boulai. Note sur le traitement des végétations adénoïdes durant les premières années de l'enfance. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 13 août.)

Brunschvig. Mastoïdite de Bezold; abcès rétro-pharyngien. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 20 août.)

Herhold. Ueber einen Fall von Kehlsackbildung am Halse (Laryngocele Virchows). (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 oct.)

Laurens (G.). Lipome de l'épiglotte; pharyngotomie transhyoïdienne; guérison. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 16 juillet.)

Lindenborn (K.). Ueber die Behandlung des Carcinoms des Pharynx und der Tonsillen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 3.)

Moure (E.-J.). Considérations cliniques sur la sinusite frontale. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 30 juillet.)

Neumann (H.). Ueber eingreifende Ohroperationen in Lokalanästhesie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 oct.) — L'anesthésie locale dans les interventions importantes de la pratique otologique.

Richardson (J. J.). Aural reflex phenomena. (*Med. Record*, 22 oct.)

Sedziak (J.). Rozpoznawanie i leczenie raków krtani. (*Kronika lekarska*, 15 juillet, 1er et 15 août, 1er et 15 sept.) — Diagnostic et traitement du cancer du larynx.

Somers (L. S.). Spontaneous tonsillar hemorrhage. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 oct.)

Spengler (A.). Traitement des otites moyennes aiguës suppurées (en russe). (*Roussk. Vratch*, 2 oct.)

Tapia (A. G.). Deux cas intéressants de trachéotomie. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 23 juillet.

Taptas. De la mastoïdite aiguë suppurée latente comme complication de l'otite moyenne aiguë catarrhale. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

Texier (V.). Sur un cas de corps étranger des fosses nasales par explosion d'une arme à feu. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 30 juillet.)

Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen (1904). In-8°, 81 p. Wurtzbourg. — Comptes rendus de la Société des laryngologistes de l'Allemagne du sud.

HYGIÈNE

Auscher (E.-S.). Moyens de rechercher l'origine de la contamination des eaux. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.)

Barras (W. G.). Outbreak of enteric fever the result of infected ice-cream. (*Lancet*, 5 nov.) — Epidémie de fièvre typhoïde due à des crèmes glacées infectées.

Broers (C. W.). Typhusbacillen in boter en karnemelk. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 12 nov.) — Bacilles d'Eberth dans le beurre et le babeurre.

Dodd (F. L.). Problem of milk-supply. In-8°, 84 p. Londres. — La question de l'approvisionnement en lait.

Foveau de Courmelles. Hygiène de l'arthritisme; soins aux goutteux et rhumatisants. In-16, 203 p.

Garot (E.). Les grands travaux d'assainissement en France au XIXe siècle. In-8°, 16 p.

Mosny (E.). La nocivité des huîtres et l'insalubrité des établissements ostréicoles. (*Ann. d'hyg. publ.*, nov.)

Newton (R. C.). The initial contamination of milk. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 nov.) — La contamination initiale du lait.

Reynaud (G.). Les îles de Maurice et de la Réunion; salubrité comparée. (*Ann. d'hyg. publ.*, nov.)

Teleky (L.). Ueber neuere Vorkehrungen zur Bekämpfung der Tuberkulose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 nov.) — Prophylaxie de la tuberculose.

Westenhöffer (M.). Das Reichs-Fleischbeschaugesetz in Bezug auf die Tuberculose, nebst einigen Bemerkungen über die Ausführung der Fleischbeschau. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 et 14 nov.) — La législation allemande sur l'inspection de la viande au point de vue de la tuberculose.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Dubrandy. Viol d'une petite fille de six ans avec arrachement des organes génitaux internes et du gros intestin. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.)

Ferrai (C.). Sulla diagnosi specifica del sangue col metodo biologico in medicina legale; azione della putrefazione sulla reazione col metodo biologico. (*Boll. dell'Accad. med. di Genova*, XIX, 3.)

Hervé (P.). Médecine légale et médecins légistes. (*Arch. d'anthropol. crim.*, nov.)

Icard. De la constatation des décès en temps d'épidémie pour établir la preuve certaine et précoce de la réalité de la mort. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.)

Morelli (G.). Dreifacher Fall von Wurstvergiftung (Botulismus). (*Wien. med. Wochensch.*, 12 nov.)

NOUVELLES

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

— Conformément aux lois fédérales régissant la matière, les immigrants sont, à leur débarquement à New-York, transférés dans l'île d'Ellis, spécialement affectée à ce service, afin d'y être tenus en observation pendant un certain laps de temps. Mais l'expérience ayant démontré qu'il n'est pas sans inconvénient de laisser dans une pareille agglomération, même lorsqu'il y a des locaux pour l'isolement, les cas de maladies infectieuses qui peuvent y survenir, le gouvernement des Etats-Unis a décidé la création, au voisinage de l'île d'Ellis, d'une île artificielle sur laquelle on érigera un hôpital exclusivement consacré au traitement des affections contagieuses constatées parmi les immigrants.

GRAND-DUCHÉ DE BADE

— Vu l'extension toujours croissante du cancer dans certaines régions du grand-duché, il vient d'être décidé, à la suite d'une réunion de médecins et chirurgiens éminents tenue le **21 janvier**, sous la présidence du ministre de l'intérieur, qu'il sera fait une enquête pour élucider les divers points qui touchent à cette question. M. le professeur Czerny a été nommé président de la commission d'enquête.

ROUMANIE

— On sait le rôle que joue la chèvre dans la production du lait, mais le liquide ayant cette provenance possède le plus souvent un goût et une odeur qui rebutent beaucoup de personnes. Il a été reconnu depuis longtemps que l'odeur hircine est plus ou moins développée selon la race de l'animal; aussi a-t-on en généralement recours à la sélection pour éviter cet inconvénient. MM. P. Oceanu et A. Babes ont cherché à obtenir le même résultat en ovariotomisant la chèvre, et ils sont parvenus, par ce moyen simple, moins coûteux et plus rapide que la sélection, à faire disparaître le mauvais goût et l'odeur hircine du lait. Ils auraient même constaté qu'en procédant de la sorte, on active le rendement et prolonge la durée de la sécrétion lactée.

SUISSE

— Sur l'invitation du Conseil fédéral, il se tiendra à Berne, le 8 mai prochain, une Conférence internationale pour la protection des ouvriers, à laquelle prendront part la plupart des Etats européens.

Deux questions seulement sont à l'ordre du jour, dont la première intéresse plus particulièrement l'hygiène : 1° défense de l'emploi du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes ; 2° défense du travail industriel des femmes pendant la nuit.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les interventions chirurgicales en face des nouvelles données de la physiologie et de la pathologie générale.

I

Nous vivons à une époque où la chirurgie ne cesse de nous étonner. Les résultats qu'elle a obtenus justifient ses audacieuses entreprises, dont nous sommes les témoins émerveillés. Pour peu qu'en bonne compagnie — avec Sir J. Lister — on consente à reconnaître que ces progrès ont leurs origines premières dans le laboratoire, nous serons à la veille d'applaudir sans réserve. Tout au plus nous permettrons-nous d'estimer que, parfois, la hâte des opérateurs est un peu vive et la décision des patients trop facile. C'est qu'en effet, loin d'être condamné à exhorter ses malades à se soumettre aux interventions, à l'heure actuelle le médecin est fréquemment contraint de les maîtriser ; par je ne sais quel sortilège on est parvenu à outrer les observations, à élever à la hauteur d'un axiome la notion, malheureusement contestable, de l'innocuité absolue des opérations.

En dépit de ces remarques, au point de vue moral je me refuse à toute critique ; je ne me suis, d'ailleurs, jamais senti de disposition pour le rôle de Mentor, et personnellement on a tant de peine à se bien diriger ! Aussi baserons-nous les appréciations permises sur la solidité des claires données de la physiologie ou de la pathologie. L'utilité de ces données est ici d'autant plus manifeste qu'au moment de se prononcer sur le maintien ou l'ablation de tel ou tel viscère, assez souvent les destinées de ce viscère ne semblent pas suffisamment peser sur les décisions à prendre.

Il est vrai que les fonctions de certains appareils communément enlevés sont encore mal élucidées ou tenues pour fort restreintes. C'est ainsi que jusqu'à présent, en dehors de quelques attributs relatifs à l'élimination, la vésicule biliaire, si volontiers supprimée, ne passe point pour avoir d'autre utilité que celle de fournir de l'eau à son contenu; en revanche, il est juste de reconnaître l'importance de cette eau : elle sert à dissoudre les principes qui constituent la bile, et, déversée dans le duodénum, elle est d'un grand secours tant pour aider à de nouvelles dissolutions que pour faciliter les nombreuses opérations chimiques réalisées dans ce canal.

De son côté, sans même un essai de traitement médical qui bien conduit n'est pourtant pas constamment dépourvu de toute efficacité, chaque jour l'appendice disparaît chirurgicalement. Or, la physiologie de cet appendice se réduit à fort peu de chose; de plus, en raison des profondes différences anatomiques que, suivant les animaux, ce diverticule présente, elle se complique de questions d'espèces. Chez le lapin, par exemple, les dimensions relativement considérables de cet organe, sa structure si particulièrement lymphoïde qui nettement le distinguent du cæcum, ses réactions capables de localiser sur ses parois des virus spéciaux, autrement dit de multiples facteurs portent à penser que, du moins chez cet animal, son rôle n'est pas sans valeur; des expériences encore bien insuffisantes paraissent attester que la croissance affecte quelques rapports avec l'intégrité appendiculaire.

Quand il s'agit du tube digestif, il ne faut généraliser qu'avec prudence; une série d'éléments, au premier rang le régime, sont susceptibles d'introduire des modifications. Les variations alimentaires imposent aux ferments des changements de quantité et de qualité; d'après Houssay, leur action s'étend jusqu'à l'anatomie macroscopique, jusqu'à la longueur de l'intestin. Du reste, ces considérations relatives aux espèces s'appliquent à d'autres glandes; dépourvu d'appendice, le cobaye possède des capsules surrénales beaucoup plus importantes que celles du lapin.

II

Quoi qu'il en soit, fort heureusement de jour en jour les lacunes se comblent; tel appareil, telles membranes, par exemple les séreuses, jouissent d'attributs fonctionnels dont nous commençons à mesurer l'étendue. Pourtant, au cours des laparotomies, des motifs souvent futiles conduisent les chirurgiens à réséquer un segment plus ou moins notable du grand épiploon : on dirait vraiment que ce revêtement constitue une simple gêne ! Or, loin de se borner à fixer les viscères ou à faciliter leurs glissements, des recherches en voie d'exécution montrent que ces séreuses possèdent des propriétés singulièrement complexes. — Par contact ou par filtration, elles modifient des produits nuisibles, spécialement des sécrétions microbiennes. Au cours de différentes auto-intoxications, en particulier dans l'urémie, en s'accumulant au sein des cavités limitées par les feuillets de ces membranes, les matières peccantes subissent leur influence modificatrice et cessent, pour une part, d'imprégner les tissus nobles. Des études encore inachevées m'ont, en outre, appris — donnée signalée par MM. De Renzi et Boeri et plus récemment par M. Cioffi — que le grand épiploon tend à se fixer autour d'une rate dont on a lié le pédicule ou à coiffer une anse intestinale expérimentalement rétrécie. Derrière cette ligature ou en amont de ce rétrécissement, des poisons dérivés de l'autolyse ou des fermentations putrides sont mécaniquement retenus; la séreuse semble vouloir les absorber, les atténuer, en préserver la cavité abdominale ou des parenchymes tels que celui du foie. De fait, quand, chez un animal privé d'épiploon, on pratique cette ligature ou ce rétrécissement, la mort est plus fréquente et dans la glande biliaire les lésions sont moins discrètes.

Ces propriétés antitoxiques, aussi bien que les actions bactéricides de la séreuse de l'abdomen, sont telles que parfois, à la suite d'une simple laparotomie et sans aucune intervention active, on voit une péritonite chronique subir une incontestable amélioration. L'exposition à l'air, à l'oxygène, aux vibrations électriques, aux radiations thermiques et plus encore lumineuses peut suffire à provoquer d'énergiques réactions aboutissant à l'entrée en scène soit de sucs propres à détériorer les germes infectieux ou leurs produits, soit de nombreux phagocytes.

Il y a plus. — Comme les travaux d'Heger, des expériences en cours nous enseignent que, de la part de cette séreuse, ce souci de la défense s'étend à des éléments relativement volumineux. Grâce à sa mobilité et à l'aide fournie par la pesanteur, l'épiploon rassemble en un point précis des corps étrangers épars au milieu des anses intestinales et purge de leur présence les territoires voisins.

A d'autres égards, si, conformément à ce que font chez l'homme les chirurgiens, on résèque le feuillet pariétal de la vaginale de l'un des testicules d'un bouc, on voit la glande tantôt se ramollir, tantôt se laisser envahir par une sclérose partant du feuillet viscéral épaissi; les tubes séminifères s'atrophient; leur revêtement interne se réduit à une seule couche cellulaire et contient de nombreuses gouttelettes graisseuses; enfin la genèse des spermatozoïdes est compromise. Or, au point de vue thermique, vasculaire et nerveux, les deux testicules n'offrent aucune différence; on est, dès lors, amené à supposer que dans l'intimité des cavités séreuses s'élaborent des principes utiles à la nutrition des organes sous-jacents. Aussi, en supprimant ces cavités, on transforme ces organes en des lieux de moindre résistance. — En dehors des amoindrissements fonctionnels, et grâce aux symphyses, ces anomalies sont celles que, dans de variables proportions, réalisent des inflammations chroniques qui, plus tard, en raison même de ces modifications, facilitent les greffes bactériennes. Quand on ne se contente ni du nodule ou de la granulation, ni des inoculations, fussent-elles en séries, quand, au lieu de ces probabilités, on exige la véritable preuve, l'isolement du bacille de Koch et non d'un simple agent acido-résistant, on reconnaît qu'à l'origine, au jour de l'éclosion, sur dix pleurésies séreuses, deux ou trois tout au plus se révèlent de nature tuberculeuse. Par contre, si au déficit trophique que nous venons d'observer on ajoute les conséquences du surmenage qu'à chaque minute les tiraillements exercés sur les néomembranes imposent aux poumons ou aux autres viscères placés dans des conditions analogues, on conçoit avec quelle aisance, dans la suite et à ce niveau, le bacille de Koch, toujours à la portée de l'économie, va se développer. — En confirmant ces faits, l'expérimentation montre quel respect l'opérateur doit professer à l'endroit de ces séreuses jusqu'à ce jour vraiment trop volontiers sacrifiées; par surcroît, étant donné que la possibilité du caractère tuberculeux originel de certains processus frappant ces membranes constitue une notion déjà fort ancienne, nos recherches conduisent à établir que, dans l'opinion qui aux neuf dixièmes des pleurésies à épanchement citrin confère cet attribut nettement bacillaire, il n'y a de nouveau que l'erreur ou tout au moins l'exagération.

En somme, à bien des points de vue, les recherches que nous avons poursuivies, en collaboration avec MM. Moussu et Le Play, prouvent qu'à beaucoup près la physiologie des séreuses ne se limite pas à un rôle physique ou mécanique. Aussi, désormais, pour qu'il soit licite de les détruire, en présence de la multiplicité et de l'importance de leurs propriétés de défense et de nutrition, on doit exiger de formelles indications (1).

III

L'ablation de l'estomac est tenue pour permise, parce que la suppression de cet organe est compatible avec l'existence. Le fait est exact; les peptonisations se réalisent ailleurs. Néanmoins, avant d'intervenir, il importe de réfléchir que, communes dans la bouche et le pharynx ainsi que dans l'iléon et les côlons, les lésions microbiennes, au sein de cette cavité, sont plutôt rares. Vecteurs fréquents d'agents pathogènes et condamnés par les dispositions anatomiques à séjourner assez longtemps dans ce viscère, les aliments — partant les microbes qu'ils renferment — subissent, de la part des sucs protecteurs propres à atténuer les virulences, un contact relativement prolongé. Or, manifeste dans le domaine physiologique, une suppléance, au point de vue de ce mode de défense, ne saurait s'exercer aisément.

La résection d'un segment plus ou moins considérable d'intestin grêle paraît dénuée d'inconvénient ; les vicariances semblent s'établir facilement. Encore est-il qu'il importe de compter avec la situation de ce segment, c'est-à-dire avec sa valeur fonctionnelle. C'est qu'en effet des travaux encore inachevés nous permettent d'affirmer que cet intestin est formé d'une série d'organes juxtaposés. Avec M. Levaditi, j'ai récemment constaté qu'abandonnée dans l'abdomen, une anse duodénale, placée entre deux ligatures, tend à s'emplir de liquide; inversement, quand cette anse appartient à la fin de l'iléon, son contenu demeure stationnaire ou parfois diminue. Dans le bas, l'absorption pré-

(1) Peut-être conviendrait-il d'appliquer à d'autres tissus, par exemple aux amygdales si utiles à la protection, ou à la capsule du rein aujourd'hui fréquemment visée par les chirurgiens, quelques-unes des précédentes considérations? Toutefois, pour formuler des conclusions solidement motivées, il faudrait posséder sur la physiologie de ces organes des renseignements qui font en partie défaut.

domine et les processus sont de préférence intrapariétaux; à mesure qu'on se rapproche de l'estomac, les phénomènes se poursuivent principalement dans la lumière du conduit. La structure de la muqueuse, la teneur en kinase ou en sécrétine changent avec les hauteurs; sans admettre de séparations rigoureuses, j'estime que la flore bactérienne se répartit inégalement dans plusieurs territoires peuplés par des germes distincts. On voit que, suivant les zones, l'opération porte sur des organes différents et par suite, quand il s'agit de prendre une décision, elle comporte des indications variées.

Le gros intestin lui-même, sur toute sa longueur, ne répond pas à des besoins identiques. — Au niveau de la valvule de Bauhin, les fèces sont liquides, de sorte que, si le tube digestif se terminait en ce point, la diarrhée serait un phénomène régulier, constant. Nos expériences actuelles établissent que, du moins chez le lapin, en parcourant les côlons le contenu perd de 25 à 35 % d'eau; de plus, quoique la mise en jeu des propriétés coagulantes de ce contenu puisse fausser l'interprétation du mécanisme des accidents observés, l'injection des principes recueillis au voisinage du cæcum est plus nuisible que celle des matériaux puisés dans le rectum. Au demeurant, cette dernière partie a toutes les allures d'un canal excréteur, d'un simple lieu de passage: la maigre activité physiologique normalement réservée au gros intestin tend à s'évanouir dans sa dernière zone. Comme, en définitive, la somme des opérations nuisibles, surtout cette large résorption de composés toxiques, l'emporte sur celle des actes utiles, les faits semblent justifier l'opinion de M. Metchnikoff qui voit dans cette partie du tube digestif un viscère dont la suppression est désirable.

Toutefois, divers motifs portent à penser que, dans le nombre des substances reprises par la circulation du côlon, il en est que la muqueuse de ce conduit rend sensiblement inoffensives; d'autres sont de nature récrémentitielle et, à l'exemple des matériaux biliaires qui rentrent dans le sang, peuvent être utilisées. En outre, n'oublions pas que pour le gros intestin, plus que pour la plupart des viscères, la question d'espèce domine le débat. De fort curieuses expériences poursuivies à l'heure présente par MM. Alglave et Moussu proclament la réalité de cette affirmation. Tel animal, le chien, supporte assez bien cette ablation; tel autre dépérit. C'est ce qu'a vu Sir W. Macewen, en pratiquant des anus contre nature tantôt à la fin de l'intestin grêle, tantôt au-dessous de l'S iliaque; dans le premier cas, avec la diarrhée un amaigrissement rapide et la mort se produisaient. — Ainsi, l'opérateur est autorisé à sacrifier plus aisément la dernière moitié du gros intestin que le côlon ascendant; en second lieu, s'il cherche des enseignements dans la pathologie comparée, il est contraint de tenir compte des variations enregistrées, suivant les animaux, dans les dispositions anatomiques et les valeurs physiologiques des appareils ou organes en cause. En somme, les travaux que j'ai entrepris avec MM. Goupil et Le Play prouvent que, pour poser avec précision les indications des interventions concernant le tube intestinal, le chirurgien doit examiner segment par segment et s'inspirer des fonctions réservées à chacun de ces segments. Or, une telle façon de procéder, en général, n'est pas mise en pratique et on ne se montre pas assez rigoureux.

Ajoutons qu'au cours de ces interventions, et en dépit des anastomoses périphériques, les vaisseaux du mésentère méritent les plus grands égards. Si on lie des branches relativement importantes, le travail d'assimilation est compromis; la nutrition souffre et, si le sujet est jeune, on court le risque de voir se développer un certain degré d'infantilisme, d'atrophie, qu'on peut qualifier d'artériels. Par surcroît, la résistance de la paroi fléchit et les éléments toxiques, puis les germes la traversent.

IV

Pour préserver la rate des entreprises opératoires, à première vue les considérations d'ordre physiologique semblent manquer de valeur. Jusqu'à ce jour, le rôle joué par ce viscère ne paraît pas le placer au rang des plus utiles; ses attributs hématopoïétiques ou antitoxiques, son intervention dans la digestion ne constituent pas d'indiscutables fonctions, incapables de se prêter à une suppléance. Toutefois, à elles seules ces données imposent déjà quelques réserves. On sait, en outre, que, dans ce foyer si riche en éléments propres à la phagocytose, la défense de l'organisme se poursuit énergiquement. Enfin, de récentes expériences viennent de nous conduire, M. Moussu et moi, à dégager nettement l'un des attributs de cet organe. — Nous avons reconnu que si, chez un animal porteur d'une fistule vésiculaire, on pratique la splénectomie, on voit soudain fléchir la matière colorante de la bile, diminuer son résidu sec, ses matières minérales et organiques. Il est probable que, dans l'intimité du tissu splénique, en disloquant les globules l'hémolyse met en liberté des éléments pigmentaires, de la potasse, du fer, du soufre, etc. Par le plus court chemin, par la veine de ce viscère, ces matériaux se rendent à la cellule hépatique qui les métamorphose en composants biliaires destinés à s'éliminer par l'intestin. — Quand la rate fait défaut, ailleurs, dans les ganglions, ces produits peuvent être livrés à la circulation; mais, dans ces conditions, ils ne sont pas directement transportés au foie, à un émonctoire; par suite, ils manquent partiellement à la bile et sont susceptibles d'encombrer les tissus. Or, nul n'ignore à quel degré certains de ces corps, tels que les pigments, la potasse, etc., devenus libres, solubles, sont parfois nuisibles.

J'ai jadis insisté sur l'influence que la glande biliaire exerce sur le parenchyme splénique, influence qui théoriquement ne s'oppose nullement à la possibilité d'une action réciproque; dans un rapport sur l'insuffisance hépatique, j'ai même accumulé une série de preuves favorables à cette action réciproque (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 110-112). Or, par une singulière logique, on m'a fait dire que je refusais absolument à la rate tout pouvoir sur le foie. Aussi ne me déplaît-il pas d'apporter à l'appui de cette thèse une expérience cruciale et de projeter un peu de lumière dans ces obscurités fonctionnelles que ne parvenaient pas à dissiper des lueurs indécises dérivées de quelques observations anatomo-cliniques, dans plus d'un cas empreintes de naïveté! Quoi qu'il en soit, il est clair que de telles constatations sont de nature à rendre circonspect l'opérateur qui porte la main sur ces organes reliés entre eux par d'importantes synergies!

V

La furie qui a présidé aux ovariotomies paraît en voie d'apaisement. A titre d'indications opératoires, on en était arrivé à se contenter de légers désordres névropathiques! Et pourtant l'observation enseigne que, même à ce point de vue, en comptant simplement avec les troubles nerveux, ces interventions n'ont pas toujours été suivies de bons résultats; pour quelques faits de sédation consécutifs à ces ablations d'organes, que de fois les symptômes sont demeurés stationnaires ou se sont aggravés! Encore est-il que ces manifestations nerveuses ne constituent pas les uniques perturbations liées à l'ovariotomie. La suppression du sexe n'est pas chose négligeable; tout un être est changé dans sa vie, dans sa nature, dans ses aspirations! Aussi les désordres sont-ils complexes. — En premier lieu, il est bon de rappeler qu'aux approches des règles on note des malaises et, s'il s'agit d'une nourrice qui par exception a conservé son flux menstruel, l'enfant présente des éruptions cutanées, des poussées d'entérite. Dès que l'hémorrhagie utéro-ovarienne touche à sa fin, l'ordre se rétablit. Ces symptômes morbides sont sans doute en rapport avec des modifications de la toxicité des plasmas, toxicité qui, à la veille de la menstruation, tend à se relever; de plus, par l'écoulement cataménial s'échappent une série de produits nuisibles, normaux ou accidentels, en particulier le mercure. Aussi, avant de supprimer cet émonctoire, sans attendre les délais fixés par la nature, il importe d'exiger de graves motifs.

On doit également se souvenir que les ovaires se comportent comme des glandes internes. Les effets de la castration sont bien connus; en outre, si conformément à nos expériences, spécialement au cours de la gestation, on injecte des extraits ovariens, on réussit, dans une certaine mesure, à s'opposer au dépôt de graisse qui, à cette époque, s'effectue dans les tissus. Pendant que le fœtus se développe, l'appareil génital interne de la femme est en sommeil et cette mise en disponibilité est une des multiples causes du ralentissement des échanges, assez commun à ce moment. Ce ralentissement serait encore plus accentué si, sans modifier forcément le volume du corps thyroïde, les synergies organiques étaient impuissantes à provoquer de la part de ce parenchyme un accroissement de travail, une véritable vicariance. — Comme je l'ai montré, ce corps thyroïde veille jalousement sur le maintien de l'équilibre métabolique; en réduisant ou en accélérant le fonctionnement de cette glande cervicale, on abaisse ou on élève le taux des échanges, dont l'activité se trouve liée à celle de ce viscère. D'après nos recherches, c'est au point de vue des sécrétions internes et des défenses antitoxiques qu'entre ces deux appareils, ovarien et thyroïdien, s'établit le balancement salutaire aux modifications métaboliques qu'entraîne la gestation. En dépit de cette vicariance, pour être autorisé à enlever des organes utiles à tant d'égards, des faits tout nouveaux prouvent qu'on doit réclamer les plus sérieux arguments.

VI

Quand il s'agit des tares des ganglions lymphatiques, il est particulièrement malaisé de préciser les règles des interventions; le degré, l'ancienneté des lésions, l'état du sujet, une foule de données pèsent sur les décisions à prendre. D'une manière générale, la prudence, la circonspection sont bonnes conseillères. Cependant, au premier abord, rien ne semble plus net que l'indication d'enlever une adénite tuberculeuse. Pourtant, à cette occasion, que de fois le feu qui couvait sous la cendre ne s'est-il pas transformé en un immense incendie! Dans ces ganglions, le virus persiste, mais habituellement intracellulaire il est emprisonné, atténué par les phagocytes et les sucs microbicides. Or, en soudant à des microbes des diastases, de l'arsenic, etc., entre autres particularités nous avons clairement établi qu'incorporé ou adhérent à un protoplasma vivant, un poison devient inactif. Le bistouri découvre ces retraites; une injection intraveineuse se réalise et disperse les germes loin de ces agents de défense. — Ce que je dis des ganglions bacillaires, je puis l'étendre à d'autres foyers plus ou moins localisés: la granulie a plus d'une fois suivi une opération qui venait de porter sur un testicule tuberculeux ou sur une vieille arthrite de même nature.

Si je ne craignais de susciter de trop vives récriminations, de provoquer de véritables anathèmes, j'irais plus loin; je demanderais si, dans certains cas, à partir de cinquante-cinq, soixante ou soixante-dix ans, tout en pratiquant une surveillance de chaque instant, il n'est pas sage de laisser en place telle tumeur mammaire, dure, à peine adhérente à la peau, à développement lent, du volume d'un gros œuf,

tumeur qui ne s'ulcère pas et ne provoque aucun retentissement ganglionnaire appréciable. Surtout dans le domaine chirurgical, ma clientèle est des plus restreintes; néanmoins, je connais deux personnes qui, l'une depuis quinze années, l'autre depuis quatre, portent un néoplasme répondant au type indiqué, néoplasme nettement stationnaire dont cependant l'ablation a été maintes fois conseillée. Or, aussi bien qu'au point de vue local, la santé générale de ces personnes est satisfaisante. Du reste, j'en appelle aux médecins dépourvus de parti pris, de préférence à ceux qui exercent dans des centres où le bistouri ne se permet ni toutes les audaces, ni toutes les activités : n'ont-ils pas observé des faits analogues?

Autour de ces productions, une zone de défense, d'enkystement, s'organise et isole en quelque sorte le mal de l'ensemble des tissus. Ainsi entourés, les agents cellulaires morbifiques se trouvent dans la situation de principes toxiques ou de microbes virulents enfermés dans des tubes de verre stérilisés et clos. On a beau introduire ces tubes dans l'économie, par exemple sous la peau, aucun désordre n'apparaît; par contre, et tout naturellement, dès qu'on les brise, ces principes ou ces microbes provoquent des accidents. D'ailleurs, la clinique proclame l'utilité de ces enkystements et invite les chercheurs à découvrir des procédés capables de faire naître autour des tubercules, comme l'a tenté localement M. Lannelongue, des bandes de sclérose. Or, quand on enlève ces néoplasmes enkystés, que se passe-t-il? L'instrument de l'opérateur supprime ce rempart protecteur ou dans son épaisseur pratique une foule de brèches. Dès lors, les agents nocifs s'échappent, se glissent dans les vaisseaux et, en se trouvant sur des terrains, dans des tissus nouveaux, exaltent leurs attributs pathogènes; ils se répandent rapidement sur les divers points d'un organisme que le shock opératoire déprime plus ou moins.

Ajoutons que si la physiologie de quelques appareils a été trop oubliée, on a, semble-t-il, trop perdu de vue certains principes de pathologie générale. En particulier, avec une facilité excessive on a admis que l'ancienne doctrine des métastases ne renferme aucune parcelle de vérité. Pourtant, lorsque depuis fort longtemps un énorme paquet d'hémorrhoïdes livre du sang en abondance, peut-être serait-il bon, avant d'intervenir, de peser dans son esprit la possibilité d'un retentissement viscéral! Dans ces conditions, pour pratiquer une suppression non pas mitigée, palliative, mais aussi rapide que complète, on exigerait des indications nettement péremptoires. — Je sais parfaitement qu'on n'est pas embarrassé pour citer des cas heureux. Toutefois, n'en omet-on aucun et, d'autre part, a-t-on observé les suites durant un laps de temps assez considérable?

Du reste, qu'on ne me prête pas des opinions outrées. Parmi les récentes acquisitions, il en est qui hâtent telles interventions, spécialement l'ablation d'un organe pair altéré; comme je l'ai montré avec MM. Le Play et Corpechot, d'un œil lésé se détachent des sucs, des débris, qui à la suite d'une série d'auto-injections déterminent la genèse de cyto-toxines propres, en dehors d'autres modalités, à détériorer les parenchymes similaires symétriques; de son côté, la notion de la surabondance de ces parenchymes, la suffisance d'une parcelle justifient les hardiesses. Je suis, de plus, le premier à reconnaître les bienfaits de nombre d'opérations, jadis inusitées. J'ai constaté des guérisons locales absolues, accompagnées de sensibles améliorations dans l'état général, compromis par la souffrance ou différents processus. Néanmoins, pour les métastases, des faits analogues à ceux qu'a naguère rapportés M. Gaucher offrent matière à réflexion; moi-même, chez un homme de cinquante-six ans dépourvu de toute tare, j'ai vu, dix-huit mois après la totale ablation d'un énorme bourrelet hémorrhoïdaire, et sans aucune autre cause, évoluer promptement une artériosclérose à sommation rénale.

En définitive, qu'on examine, qu'on pèse, qu'on compte les résultats, qu'on s'efforce de savoir si dans cette furie opératoire tout est pour le mieux. En présence d'interventions poursuivies avec audace, en matière d'indications, on ne saurait se montrer trop exigeant! Qu'on cherche si plus ou moins tardivement, après des années et non des mois, ne surgissent pas quelques désordres, conséquences de ces trop faciles opérations! En somme, ne semble-t-il pas qu'en chirurgie l'heure est venue de concéder un peu plus de place, d'une part, à la clinique, à la vraie et saine clinique, et, d'autre part, à la pathologie générale et à la physiologie?

A. CHARRIN,
Médecin des hôpitaux de Paris,
Professeur au Collège de France.

RÉPERTOIRE CLINIQUE

La néphrite hypogénétique.

I

Depuis quelques années, mon attention a été attirée sur une forme particulière de néphrite, qui n'entre pas dans le cadre des maladies des reins jusqu'ici décrites par les auteurs, et que j'ai observée 6 fois en trois ans. Voici comment les choses se présentent en clinique :

Il s'agit de sujets jeunes, rarement d'individus ayant atteint leur trentième année, anémiques, faibles, n'offrant pas d'antécédents rénaux ou ayant au contraire souffert périodiquement de troubles, d'ailleurs légers, d'origine rénale. Dans leur passé pathologique, on trouve parfois les maladies éruptives de l'enfance. A un moment donné, ces patients sont brusquement atteints, à l'occasion d'une affection de peu d'importance — bronchite, grippe, pneumonie limitée —, de symptômes d'urémie suraiguë grave et tombent dans le coma pour succomber le jour même ou deux ou trois jours après l'apparition de ces accidents.

Pendant cette courte maladie, l'urine est assez abondante, incolore, un peu trouble; elle renferme des quantités considérables d'albumine et de cylindres en partie épithéliaux; par contre, elle est très pauvre en substances fixes, urates, urée, phosphates, chlorures, etc.

On observe ordinairement, pendant l'évolution de la crise, une hypertrophie du cœur, surtout du ventricule gauche, avec pouls dur, de la diarrhée et souvent des hémorrhagies (épistaxis, hémoptysies, purpura), de même qu'un haut degré d'anémie, quelquefois un léger anasarque.

A l'autopsie, on reconnaît que ces individus, quoique faibles et anémiques, sont en assez bon état de nutrition; fréquemment on note du purpura, un peu d'œdème aigu méningé, de la bronchite, des hypostases, parfois de l'œdème aigu du poumon, une hypertrophie simple considérable du ventricule gauche, de la gastrite, de l'entérite catarrhale. Dans un de mes cas, il y avait cryptorchidie droite; dans un autre, un utérus et les ovaires offraient un état infantile.

Quant aux reins, dans tous les faits que j'ai observés, ils présentaient des lésions assez semblables. Ces organes (ou au moins l'un d'eux) étaient situés plus bas qu'à l'ordinaire, de sorte qu'il existait souvent une distance de plusieurs centimètres entre leur pôle supérieur et la capsule surrénale; en outre, l'artère rénale (d'un seul côté ou des deux) était beaucoup plus mince que normalement et se détachait plus bas de l'aorte. La forme des reins était modifiée en ce sens que la lèvre antérieure faisait généralement défaut; l'uretère était aminci et ne décrivait pas les sinuosités qui sont habituelles dans la ptose rénale.

Les reins étaient très petits et toujours inégaux; dans 2 cas, le rein droit, presque agénétique, était constitué par une espèce de sac membraneux d'un diamètre de 2 ou 3 centimètres, tandis que le rein gauche, hypertrophié, avait une surface granuleuse. Dans les autres faits, l'un des reins était extrêmement petit, pesant de 20 à 40 grammes; l'autre, encore très réduit, pesait de 50 à 80 grammes. L'atmosphère cellulo-graisseuse se montrait augmentée de volume; la capsule, peu épaissie, était à peine adhérente ou même non adhérente. L'organe offrait ordinairement des lobulations fœtales prononcées; sa surface était parsemée de volumineuses granulations assez dures, brun jaunâtre, très inégales, tranchant sur un fond gris rouge ou rosé, assez lisse.

Le rein lui-même était plutôt mou; parfois à sa surface se voyaient de petites rétractions ou des kystes. La substance corticale était très amincie, d'une manière d'ailleurs irrégulière; elle avait un aspect homogène : on n'y reconnaissait plus les glomérules; elle était pâle, grisâtre ou rosée, de consistance variable. Les pyramides, très petites, avaient une structure mieux conservée; leur couleur ne différait pas sensiblement de celle de la substance corticale. Entre les pyramides on remarquait les artères épaissies, en partie oblitérées. Les calices et le bassinet étaient dilatés, à muqueuse mince et pâle.

Au total, ces lésions macroscopiques se résument en une diminution excessive du volume des reins, lesquels, tout en ayant certains caractères du rein atrophique induré et granuleux ou du rein artérioscléreux, diffèrent essentiellement de ces deux formes ou de leur combinaison.

En effet, il faut d'abord noter que, dans ces cas, on avait affaire à des sujets jeunes, sans artériosclérose généralisée (un seul offrait de l'artériosclérose des artères de la base du cerveau avec apoplexie cérébrale); en outre, qu'on trouvait chez tous des anomalies rénales, 2 fois associées à une hypogenèse des organes génitaux.

Ces reins présentent donc certains caractères congénitaux et hypogénétiques : telles sont la dystopie, la lobulation, l'absence de lèvre antérieure, l'étroitesse des artères et de l'uretère, l'inégalité des deux reins, et surtout leur petitesse extraordinaire, au moins d'un côté : dans 2 cas, l'un d'eux pouvait être regardé comme agénétique.

Si l'on considère encore que les sujets en question n'offraient pas les symptômes d'une néphrite chronique et que la maladie n'avait pas commencé chez eux par des phénomènes rénaux bien déterminés, on est porté à admettre que, pendant toute l'existence de ces individus, leurs reins étaient *à la limite de leur suffisance.*

Cette hypothèse expliquerait pourquoi, malgré l'anomalie tellement ancienne des reins, l'affection éclate tard, tout d'un coup, par des accidents d'insuffisance rénale absolue et mortelle.

De fait, dans la plupart des cas, ces accidents ont été précédés — ainsi que je l'ai dit — d'une affection de peu d'importance, d'une grippe, d'une légère pneumonie, affection qui, agissant sur le cœur ou sur les reins, a pu déterminer des lésions dégénératives ou inflammatoires aiguës, susceptibles de rendre insuffisants des reins qui étaient déjà à la limite de l'insuffisance.

II

Les résultats de l'examen microscopique confirment pleinement cette manière de voir.

L'artère rénale, petite et mince, en pénétrant dans l'organe change de caractère dès ses premières ramifications : elle devient rigide, parfois calcifiée, béante ou oblitérée, avec un épaississement considérable des différentes tuniques; tantôt c'est la tunique externe, tantôt

l'interne qui présente la sclérose la plus avancée, la tunique musculaire étant toujours hypertrophiée.

Le nombre des glomérules est constamment réduit. En comparant les coupes avec celles d'un rein normal, c'est à peine si l'on trouve un glomérule là où il devrait y en avoir 5 ou 10, et encore ce glomérule est-il d'ordinaire modifié. En effet, il y a hypogenèse des artères glomérulaires, les glomérules étant mal développés ou agénétiques. De plus, les quelques glomérules qui paraissent bien développés sont en petite partie seulement intacts ou même hypertrophiés : la majorité d'entre eux montrent différents degrés de sclérose ou d'atrophie et des dépôts de graisse, généralement sans épaississement prononcé des capsules de Bowman dont l'épithélium est souvent embryonnaire et proliféré.

Le tissu interstitiel offre un épaississement excessif, ayant le caractère homogène du tissu interstitiel du rein fœtal. Je n'ai pas constaté dans ce tissu de faisceaux musculaires. Le tissu élastique est peu développé, à l'exception de certains faisceaux interlobaires, surtout au niveau des pyramides.

Les capillaires et les veines sont dilatés par places. Dans certaines petites artères existent des bouchons graisseux, de même que de l'infiltration graisseuse des endothéliums.

Les tubes sont modifiés d'une manière fort particulière. Ici, comme dans l'atrophie scléreuse, les granulations représentent surtout les parties dont le parenchyme est conservé; mais, dans le rein hypogénétique, ces parties de parenchyme conservé correspondent à un système glomérulaire ou plutôt à un ou deux glomérules hypertrophiés, et les îlots parenchymateux sont séparés entre eux par d'épaisses cloisons renfermant quelques tubes embryonnaires, des vaisseaux et des faisceaux élastiques.

Dans les îlots, on trouve ordinairement un ou plusieurs glomérules entourés d'un réseau conjonctif assez mince, formant des alvéoles remplis de masses compactes de cellules d'origine épithéliale, mais petites, polygonales, jeunes, souvent en division indirecte. Par places on voit de telles cellules formant des cordons ramifiés et bourgeonnants. Ce tissu fait l'impression d'une néoplasie alvéolaire plutôt que de tissu rénal. Dans d'autres granulations, on constate un réseau vide, ou dont les mailles sont remplies de masses hyalines ou colloïdes. Les rares tubes renfermés dans le tissu conjonctif homogène sont embryonnaires et tapissés ou remplis par de petites cellules épithéliales non différenciées, à noyaux foncés, ou par des masses hyalines ou grenues.

Dans tous les cas, on observe, au voisinage de ces lésions chroniques, des foyers de tissu embryonnaire formé de petites cellules mononucléaires, ou de jeunes fibroblastes disposés autour des vaisseaux ou des tubes. Sur un de ces reins, certains tubes étaient dilatés d'une manière irrégulière, ordinairement avec disparition de la membrane basale, et remplis d'une masse grenue, colorée en rouge foncé par l'éosine-orange; les cellules tapissant ces tubes étaient foncées et proliférées; autour des tubes eux-mêmes existait toujours une accumulation de tissu embryonnaire.

III

Il est donc évident que dans ces cas il ne s'agit ni de néphrite scléreuse vulgaire, ni de simple artériosclérose, ni d'une insuffisance banale des artères, ni d'une combinaison de ces divers processus pathologiques, mais bien d'un état particulier des reins, constitué par certains caractères fœtaux, d'un arrêt de développement, d'une véritable hypogenèse.

Comme cet état n'est pas rare, il est vraisemblable qu'on a dû le confondre jusqu'ici avec les lésions que je viens de citer. De fait, l'hypogenèse des reins, et surtout les lésions greffées sur elle, ressemblent à ces formes morbides et peuvent être très facilement prises, par exemple, pour de l'atrophie scléreuse ou de l'artériosclérose. Les caractères différentiels que j'ai précédemment passés en revue sont toutefois assez prononcés pour que le diagnostic soit possible.

On pourrait même penser pendant la vie du malade à une néphrite greffée sur un rein hypogénétique — à une *néphrite hypogénétique* — si, chez un jeune sujet mal développé, sans antécédents rénaux, mais avec hypertrophie du cœur, une urémie suraiguë survient à la suite d'une légère maladie.

A l'autopsie, les reins se montreront flasques et plus petits que dans l'atrophie scléreuse ou dans l'artériosclérose simple. De plus, on constatera les vestiges d'une hypogenèse analogue à celle qu'on observe sur les reins agénétiques dans les cas où l'un des reins est hypertrophié, hypogenèse rappelant en partie le rein fœtal.

Il existe toujours une différence appréciable de volume entre les deux reins. Tous les deux sont d'ailleurs très petits, souvent dystopiques, privés de lèvre antérieure, ont des artères et des uretères très étroits, un bassinet dilaté, des pyramides très réduites, offrent de l'hypogenèse des glomérules avec abondance du tissu conjonctif homogène, aspect lobulaire et disposition atypique alvéolaire du parenchyme, état embryonnaire des épithéliums capsulaires et tubulaires, et enfin présentent des lésions aiguës, interstitielles et parenchymateuses.

Parfois on trouvera par hasard, sur des reins hypogénétiques, des lésions graves d'artériosclérose ou de sclérose glomérulaire et interstitielle, chez des individus ayant succombé à quelque accident. Mais fréquemment ces reins renferment des foyers embryonnaires et de dégénérescence parenchymateuse entraînant la mort par urémie suraiguë.

Dr V. Babes,
Professeur à la Faculté de médecine de Bucarest.

MÉDECINE PRATIQUE

La localisation des lésions intrathoraciques à l'aide du procédé de Valsalva.

La découverte de la radioscopie a réalisé un progrès considérable dans le diagnostic physique des affections intrathoraciques. Toutefois, ce mode d'investigation est peu à la portée du plus grand nombre des médecins, en raison des appareils compliqués qu'il nécessite. Aussi ne saurait-on, dans la pratique journalière, se passer des signes cliniques que fournit l'étude du patient et qui sont d'une recherche facile au lit du malade.

A ce point de vue, il nous paraît intéressant de signaler une application d'un procédé déjà ancien — celui de Valsalva — au diagnostic des affections intrathoraciques, telle qu'elle résulte des recherches de M. le docteur Arthur Gröber, assistant de M. le professeur F. A. Hoffmann, directeur de la policlinique médicale de la Faculté de médecine de Leipzig. Voici quels sont les résultats auxquels cette étude a conduit notre confrère :

Quand on fait exécuter par un individu normal une expiration forcée avec occlusion simultanée de la glotte — ce qui constitue l'épreuve de Valsalva —, on voit, à droite et à gauche, les veines jugulaires externes se dilater en même temps et au même degré. Si le sujet continue à faire effort, les veines sous-cutanées de la paroi thoracique antérieure, des creux sus-claviculaires et de la face antérieure des deltoïdes deviennent également turgescentes et, comme pour les veines jugulaires, cette dilatation se fait, des deux côtés, d'une façon simultanée et symétrique.

Au lieu d'avoir recours au procédé de Valsalva, on peut faire expirer brusquement le malade en même temps qu'on lui ferme la bouche et le nez ou qu'on le fait rapidement passer de la position couchée à l'attitude assise.

Or, lorsqu'un sujet atteint de lésions intrathoraciques exécute l'une de ces manœuvres, on observe parfois que, dans une région déterminée, la dilatation veineuse se fait du côté malade plus tôt et plus fortement que de l'autre. Ce phénomène tient à la difficulté de la circulation en retour au niveau des vaisseaux qui, du territoire en question, charrient le sang dans la veine cave. La localisation de cette zone indique dès lors le siège de la lésion, conformément aux notions élémentaires d'angiologie.

Il convient d'ailleurs de noter que, parfois, l'on voit normalement, à droite ou à gauche, des veines transparaissant à travers les téguments : la constatation de pareils troncs veineux — qui pourrait constituer une source d'erreurs — n'est d'aucune utilité diagnostique. Dans certains de ces cas, en effet, on remarque précisément que le procédé de Valsalva fait apparaître, dans l'autre moitié du corps, des dilatations veineuses indiquant ainsi la véritable localisation des lésions intrathoraciques.

Si celles-ci existent constamment lorsque l'épreuve de Valsalva donne un résultat positif, on ne saurait, par contre, de l'échec de l'expérience, déduire l'absence de toute altération.

Voici deux exemples montrant le parti que l'on peut tirer de la constatation du signe sur lequel M. Gröber attire l'attention :

Chez un sujet de vingt-trois ans, atteint d'une dilatation de l'aorte (lésion médiane), l'épreuve de Valsalva déterminait symétriquement, des deux côtés, une dilatation des veines sous-cutanées des creux sus et sous-claviculaires, ainsi que des veines tributaires de la mammaire interne. A quelque temps de là, on vit la dilatation veineuse se localiser du côté gauche; en même temps on constata la régression de la dilatation aortique et le début d'une tuberculose pulmonaire au sommet gauche.

Dans un autre fait observé par notre confrère, il s'agissait d'une adénopathie du médiastin antérieur. A l'état de repos, on notait à gauche une série de troncs veineux sous-cutanés, appartenant au territoire de la mammaire interne. Une expiration forcée avec occlusion de la glotte entraînait dans ces vaisseaux une stase tellement prononcée qu'ils faisaient saillie au-dessus du niveau de la peau, tandis qu'à droite c'est à peine si l'on devinait la présence de troncs veineux au point correspondant. Dans ce cas, le phénomène disparut progressivement, suivant une régression exactement parallèle à la diminution de la tumeur.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Gangrène multiple spontanée de la peau,
par M. M. Truffi.

L'auteur relate 2 observations de cette affection, encore si mal connue sur bien des points, qu'il a eu l'occasion de suivre pendant plusieurs années dans le service de Scarenzio.

La première concerne une femme de trente-six ans, de caractère étrange et mobile, mais sans stigmates d'hystérie, chez laquelle les lésions cutanées avaient débuté à l'âge de dix-neuf ans par une éruption bulleuse symétrique aux membres supérieurs et à la poitrine. Semblable éruption se reproduisit nombre de fois depuis lors, et, fait curieux, elle était toujours précédée d'une vive douleur — spontanée et exacerbée par la pression — localisée à la partie de la colonne vertébrale correspondant au segment médullaire d'où émergent les racines dont le territoire cutané allait être le siège des bulles. Entre temps étaient apparues des altérations franchement gangreneuses de deux espèces : les unes intéressant à la fois le derme et l'hypoderme; les autres limitées à l'hypoderme, avec état purement inflammatoire de la

peau sus-jacente dont l'incision donnait issue à un bourbillon de tissu mortifié. Ces divers foyers étaient le plus souvent symétriques, mais n'évoluaient pas toujours simultanément des deux côtés; leur guérison, très lente, aboutissait à la production de cicatrices ordinairement planes : quand la patiente quitta pour la dernière fois l'hôpital, elle ne portait pas moins de 221 de ces cicatrices.

Le second cas observé par M. Truffi a trait à une jeune femme de vingt ans, paludéenne et hystérique, qui, trois ans auparavant, avait eu une éruption vésico-bulleuse de la lèvre inférieure, suivie au bout de deux mois d'une atteinte de zona ophtalmique gauche, avec participation de la conjonctive et de la cornée. Après une trêve de deux ans, la malade vit survenir une plaque de gangrène sèche à la région antérieure droite du cou, puis une plaque symétrique du côté gauche; ensuite des lésions semblables se développèrent sur les avant-bras et les bras, sur les membres inférieurs et au sein, enfin aux paupières et dans le conduit auditif externe. Actuellement, voici comment évoluent ces lésions : au point où va apparaître une plaque, cette femme sent une violente douleur pulsatile; bientôt la peau devient pâle, anémique, pour prendre un peu plus tard un aspect luisant, œdémateux, avec saillie légère, le tout rappelant une plaque ortiée, sur laquelle ne tardent pas à se montrer des signes de sphacèle. Ces foyers sont toujours limités au derme; les ulcérations consécutives, de guérison très lente, se couvrent fréquemment de cicatrices chéloïdiennes.

Etudiant la pathogénie de cette curieuse affection, l'auteur fait observer que les lésions répondent au territoire de distribution d'une petite artère cutanée, ce que démontre notamment leur aspect conique sur une coupe; d'autre part, des biopsies ayant permis à M. Truffi de se convaincre que, chez ses malades, il n'y avait pas trace d'embolie ni de thrombose dans les vaisseaux des foyers nécrosés, force est d'admettre qu'il s'agit d'un simple spasme vasculaire. Cela étant, l'auteur a été tout naturellement amené à tenter de lutter contre ce spasme — avant que des lésions irréparables se soient constituées —, en employant localement des moyens vasodilatateurs; et de fait il a obtenu de la sorte des résultats appréciables, surtout par l'application de sinapismes : chez sa seconde malade, la révulsion, instituée dès le début de la douleur, empêche la production de la gangrène; lorsqu'on n'y a recours qu'à la phase d'œdème, la nécrose survient, mais n'intéresse que l'épiderme; enfin, même quand le traitement n'est mis en œuvre qu'après l'apparition de phénomènes gangreneux, ceux-ci demeurent toujours plus superficiels : on put s'en rendre compte un jour qu'un sinapisme avait glissé, ne recouvrant plus que la moitié de la zone en voie de nécrose; sur cette moitié, en effet, la mortification s'étendit en profondeur beaucoup moins que sur la partie qui était restée à découvert. (*Rev. de méd.*, décembre 1904.) — F. F.

Sur un cas d'ostéomalacie infantile, par MM. L. Bérard et Nordmann.

Si l'on excepte les observations classées à tort sous le nom d'ostéomalacie infantile et qui, en réalité, ressortissent soit à des malformations congénitales, soit au rachitisme, soit encore au myxœdème ou à l'achondroplasie, et si l'on élimine également les ostéomalacies localisées, on ne relève guère dans la littérature médicale qu'une douzaine de cas authentiques d'ostéomalacie infantile généralisée; c'est donc une affection peu commune et, à ce titre, il n'est pas sans intérêt de résumer le nouveau fait que relatent MM. Bérard et Nordmann.

Il s'agit d'une fillette, née de parents syphilitiques, qui commença à se plaindre de fatigue dans les jambes à l'âge de dix-huit mois, mais ce n'est qu'à trois ans qu'elle accusa des douleurs, jour et nuit, dans les membres inférieurs et ne voulut plus marcher. A partir de cette époque, elle présenta pendant plusieurs années des troubles digestifs avec diarrhée et vomissements.

A l'âge de sept ans, elle entra à l'hôpital pour un prolapsus rectal étranglé qui fut opéré d'urgence. A ce moment il existait des incurvations notables des tibias et des os de l'avant-bras. Supposant qu'il s'agissait de lésions rachitiques, on pratiqua des ostéoclasies manuelles et l'on appliqua un appareil plâtré, mais, quand ce dernier fut enlevé, au bout d'un mois, le ramollissement des os des membres inférieurs était complet et les fractures non consolidées; les douleurs s'étendirent bientôt aux membres supérieurs et au bassin et les déformations ne firent que s'accroître. De nouveaux appareils plâtrés furent appliqués sans plus de succès. L'huile phosphorée au millième fut donnée pendant douze jours à la dose de II gouttes par jour, mais elle provoqua de la diarrhée et des vomissements; il en fut de même des préparations thyroïdiennes, puis du traitement spécifique mixte, et l'on dut renoncer à l'emploi de ces médicaments. L'huile de foie de morue, l'opothérapie thymique, l'arsenic ne donnèrent non plus aucun résultat.

Dix mois après son entrée à l'hôpital, la petite malade ne souffrait plus spontanément, mais le moindre attouchement était fort douloureux. Les déformations osseuses étaient très étendues, nulles cependant du côté du crâne; le maxillaire inférieur était infléchi en dedans, les bords dentaires des maxillaires se montraient épaissis, les clavicules déformées; le sternum avait l'aspect en carène, le thorax celui de sablier; les côtes étaient flexibles, les fémurs incurvés en crosse avec concavité externe; les humérus formaient une convexité à saillie supéro-externe, les mains étaient peu déformées, mais très infléchies du côté cubital.

D'après la radiographie, les os paraissaient tout à fait transparents, réduits à une mince coque osseuse en certains points et atrophiés dans leur ensemble.

La petite malade succomba quatre mois plus tard, en l'espace de deux ou trois jours, avec des phénomènes de broncho-pneumonie.

L'autopsie révéla que tous les os étaient très mous, aussi bien les os plats que les os longs. Sur une coupe, on put voir que la moelle était rouge, pulpeuse, que l'organisation trabéculaire avait presque disparu, que le canal médullaire des os longs s'étendait jusqu'au voisinage de l'épiphyse et que le cartilage de conjugaison se trouvait un peu épaissi et irrégulier.

Les auteurs font remarquer qu'il s'agit là d'un cas d'ostéomalacie à début très précoce, car, en général, l'affection ne commence que dans la seconde enfance. Au point de vue étiologique, par suite de ce début très précoce, la théorie ovarienne leur paraît devoir être rejetée dans le cas présent et, d'ailleurs, l'ostéomalacie infantile, quoique plus commune chez les filles, peut s'observer aussi chez les garçons. Quant au rôle de la syphilis, qui est nié par la plupart des auteurs, il pourrait être le même que celui des autres agents toxi-infectieux; or, l'on tend actuellement à se rattacher à la théorie para-infectieuse et à repousser l'hypothèse d'un microbe spécifique. Enfin, étant donnée la longue période de troubles digestifs qu'a présentés cette fillette, MM. Bérard et Nordmann se demandent s'il ne faudrait pas attribuer à ces derniers une certaine influence sur l'évolution de l'ostéomalacie — comme on l'a admis pour le rachitisme —, ce qui permettrait de comprendre l'association de ces deux maladies. Par suite, ils concluent qu'il est essentiel de veiller avant tout, dans les faits de ce genre, au bon fonctionnement du tube digestif. (*Lyon méd.*, 11 décembre 1904.) — J. G.

Bilan du phosphore et de l'azote dans l'alimentation mixte avec usage comparatif de pain blanc et de pain complet, par MM. H. Surmont et M. Dehon.

Voulant se rendre compte des avantages respectifs du pain blanc et du pain complet dans l'alimentation mixte, les auteurs ont expérimenté sur 2 sujets qui, après avoir été mis en équilibre nutritif pendant quatre jours au moyen d'un régime constant, de façon à s'assurer de la fixité de l'excrétion azotée, reçurent, durant les trois jours suivants, un régime également bien déterminé, comportant du pain blanc, dans le but de calculer le bilan de l'azote et celui du phosphore; après quoi, les sujets furent remis, pour une troisième période de quatre jours, au régime mixte ordinaire, afin de les ramener à l'état d'équilibre azoté; enfin, durant une quatrième et dernière période, le régime fut le même que dans la seconde, mais avec du pain complet au lieu de pain blanc. Il va sans dire que, au cours de ces diverses phases de l'expérience, les urines et les fèces furent soigneusement recueillies et analysées.

En ce qui concerne d'abord le phosphore, MM. Surmont et Dehon ont pu se convaincre ainsi qu'avec le pain complet, où cet élément est sensiblement plus abondant que dans le pain blanc (0.689 % contre 0.203 %), le phosphore : 1° est *absorbé* et passe dans la circulation, ainsi qu'en témoigne le chiffre de l'excrétion phosphorée par les urines; 2° est *aussi bien absorbé* qu'avec le pain ordinaire, car le déchet fécal est sensiblement le même dans un cas et dans l'autre; 3° enfin, est *assimilé* dans une proportion notablement plus élevée : le coefficient de rétention (rapport du phosphore retenu au phosphore ingéré) fut deux fois et demie plus considérable durant la période d'alimentation au pain complet que pendant celle où les sujets recevaient du pain blanc (0.023 et 0.025 contre 0.010). Au total, l'un des sujets retint en quatre jours 0 gr. 584 milligr. de phosphore avec le pain complet, tandis qu'il n'en fixa que 0 gr. 208 durant le même laps de temps, avec le pain ordinaire; pour l'autre, ces chiffres furent respectivement 0 gr. 503 et 0 gr. 199.

Si le pain complet a ainsi un avantage marqué au point de vue de la ration phosphorée qu'il fournit, il résulte des recherches des auteurs qu'il est au contraire un peu inférieur au pain blanc pour ce qui est de l'azote. En effet, le pain complet employé dans ces expériences ne renfermait que 1.264 % d'azote, tandis que le pain blanc en contenait 1.396 %. Avec le premier, l'élément en question a été d'ailleurs moins bien absorbé, d'abord parce que la quantité fournie par le régime était moins élevée, ensuite parce que le déchet fécal fut un peu supérieur. Enfin, l'assimilation a été aussi moins parfaite, car, avec le pain complet, le déficit de l'économie fut, chez les 2 sujets, supérieur à ce qu'il avait été avec le pain ordinaire (de 1 gr. 362 chez l'un d'eux, de 1 gr. 651 chez l'autre).

On voit, en somme, que ce n'est que pour augmenter le taux de phosphore fourni à l'organisme — soit dans un but purement diététique, soit dans un but thérapeutique — que l'usage du pain complet est à recommander. (*Echo méd. du Nord*, 4 décembre 1904.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Des réactions gravidiques et de l'involution puerpérale des organes fœtaux, par M. J. Halban.

On admet, à l'heure actuelle, que pendant la grossesse il se produit un certain nombre de toxines ayant pour effet d'exercer sur les organes maternels une sorte d'irritation qui les met à même de satisfaire à la situation physiologique nouvelle résultant de la conception. Or, d'après les recherches de M. Halban, ces toxines feraient également sentir leur action sur les organes du fœtus en y déterminant des réactions parallèles à celles qu'on observe chez la mère.

En ce qui concerne l'utérus, par exemple, on constate une notable hypertrophie de cet organe durant les premiers jours de la vie : alors que chez 9 enfants ayant succombé à l'âge de trois semaines à deux ans, la longueur moyenne de l'utérus était de 2 centim. 5, chez 11 nouveau-nés, à terme ou presque à terme, elle était de 3 centimètres 2. La structure microscopique offre elle aussi des modifications de même ordre que celles de l'utérus maternel : chez les tout nouveau-nés la muqueuse est généralement hyperhémiée, au point que l'on pourrait

croire qu'elle est injectée; cet état d'hyperhémie va parfois jusqu'à la production d'hémorrhagies interstitielles et même à l'effusion d'un peu de sang dans la cavité utérine. En somme, l'aspect de la muqueuse, à ce moment, est le même qu'elle présente plus tard lors de la menstruation. Il faut donc expliquer par cette hyperhémie, en quelque sorte normale, les cas assez communs où il se produit un écoulement sanguin par les voies génitales peu de temps après la naissance. L'hypertrophie et l'hyperhémie en question semblent débuter avec le huitième ou le neuvième mois lunaire; elles disparaissent vers la fin de la troisième semaine de la vie extra-utérine : la régression de l'utérus fœtal est alors achevée. Les modifications en question ne sauraient être mises au compte d'une maladie de la mère ou de l'asphyxie du fœtus, soit avant, soit pendant l'accouchement, car elles peuvent manquer, et leur absence coïncide parfois justement avec la mort du fœtus par l'une des causes précitées.

Nul n'ignore les congestions mammaires que présente quelquefois le nouveau-né. Ce que l'on sait moins, c'est qu'elles proviennent d'une hyperhémie et de modifications de l'épithélium glandulaire rappelant de tout point celles qu'on observe à ce moment même chez la nouvelle accouchée. Tout comme pour l'utérus, ces modifications apparaissent chez le fœtus vers le huitième ou le neuvième mois lunaire, pour disparaître trois ou quatre semaines après la naissance. Et l'on peut poursuivre cette comparaison des organes maternels et fœtaux pour presque tous les viscères.

Au point de vue de l'origine de ces phénomènes, si l'hypothèse du rôle des toxines est exacte, on doit rencontrer des modifications identiques chez les enfants des deux sexes. Or, il semble qu'il en soit vraiment ainsi. Sans parler du sein qui, chez les garçons, est exposé aux mêmes congestions que chez les filles, l'examen macro et microscopique de la prostate montre que cette glande, aussitôt après la naissance, est plus volumineuse que quelques semaines plus tard : ses culs-de-sac sont plus larges, leurs cellules sont tuméfiées et troubles, et à l'intérieur de la glande existe une légère sécrétion; on voit même de petits foyers hémorrhagiques dans le tissu interstitiel séparant les acini.

Enfin, il n'est pas jusqu'au sang du fœtus qui ne présente dans sa composition des variations parallèles à celles qu'offre le sang de la mère : chez le nouveau-né comme chez la femme gravide, il existe en effet une leucocytose et une augmentation de la fibrine, qui diminuent peu à peu après l'accouchement. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 2.) — R. DE B.

Action des ferments dans les tumeurs cancéreuses, par MM. F. Blumenthal et H. Wolff.

On sait depuis longtemps que les phénomènes d'autolyse se manifestent d'une manière beaucoup plus intense dans les tumeurs que dans les organes normaux, fait que l'on attribue généralement à une augmentation du ferment autolytique dans les néoplasmes. On pouvait, toutefois, se demander si l'exagération de l'autolyse ne tiendrait pas plutôt à ce que les albuminoïdes des tumeurs sont plus accessibles à l'action des ferments que ceux des tissus normaux, et cela d'autant plus que le tissu cancéreux contient beaucoup plus d'albumine et moins de globuline que les organes normaux.

Afin d'élucider ce point, MM. Blumenthal et Wolff ont institué une série de recherches consistant à soumettre à l'auto-digestion des fragments de foie normal, de tumeur cancéreuse et un mélange de ces deux tissus (90 grammes de tissu hépatique normal pour 10 grammes de néoplasme). En supposant que la cause réelle de l'autolyse rapide des tumeurs résidât dans la composition particulière des albuminoïdes néoplasiques, les phénomènes d'auto-digestion du mélange sus-mentionné devraient se succéder comme il suit : on assisterait d'abord à la décomposition rapide de ces albuminoïdes, puis — lorsque celle-ci aurait à peu près pris fin — la décomposition évoluerait plus lentement, ne différant guère de celle du tissu hépatique normal. Par contre, si la rapidité particulière de l'autolyse dans les tissus néoplasiques tient à une augmentation des ferments autolytiques, l'auto-digestion du mélange se fera toujours plus rapidement que celle de foie normal non additionné de tissu cancéreux.

Or, il résulte des recherches de MM. Blumenthal et Wolff que, tout en subissant, au bout d'un certain laps de temps, un ralentissement, la décomposition du mélange en question n'en continue pas moins à s'effectuer plus rapidement que celle du foie normal. D'autre part, les auteurs du présent mémoire ont été à même de constater que l'auto-digestion des fragments cancéreux précède celle du tissu hépatique normal, et que le ralentissement qui survient ultérieurement dans le processus est beaucoup moins marqué pour les premiers que pour le second. Comme, à cet égard encore, le mélange se comporte à peu près de la même manière que le tissu néoplasique seul et diffère, au contraire, du foie, il y a lieu d'admettre que la rapidité de l'autolyse des tumeurs est réellement liée à une augmentation des ferments. De plus, ces constatations semblent indiquer que le tissu cancéreux contient un ferment ou un autre agent quelconque, susceptible d'accélérer la décomposition autolytique du tissu normal. MM. Blumenthal et Wolff ne seraient pas éloignés de croire que cet agent particulier joue précisément un certain rôle dans la décomposition accentuée des albuminoïdes qui caractérise la cachexie des cancéreux. (*Med. Klinik*, 22 janvier 1905.) — L. CH.

Sur la difformité « de Madelung », à la main, par M. K. Poulsen.

Sous ce titre provisoire, M. Poulsen étudie cette curieuse déformation du poignet, que M. Madelung a effectivement décrite, en 1879, et dont Malgaigne semble avoir donné le premier exemple authentique; les appellations en ont été, de fait, nombreuses : luxation ou subluxation spontanée du poignet en avant, luxation progressive du poignet chez l'adolescent, courbure rachitique de l'extrémité inférieure du radius, *carpus curvus;* elles représentent mal, en général, ce que l'on sait aujourd'hui, grâce à la radiographie, de l'anatomie pathologique de l'affection.

En clinique, la déformation se caractérise fort nettement : la main est déviée en avant, la tête du cubitus très saillante en arrière; une dépression relativement profonde s'accuse à la face dorsale du poignet, surtout lorsqu'on l'examine du côté cubital, et donne effectivement une apparence de subluxation en avant; les tendons fléchisseurs sont tendus, sur la face palmaire, en particulier ceux du cubital antérieur et du grand palmaire; enfin, on constate souvent, au palper et même à la vue, une incurvation du tiers inférieur du radius, concave en avant. Le diamètre antéro-postérieur du poignet est presque doublé. La flexion est normale, même un peu exagérée; l'extension limitée.

Or, l'examen radiographique démontre — ce que M. Madelung avait reconnu déjà à la dissection d'une pièce — que les os de la première rangée du carpe, le scaphoïde et le semi-lunaire ont conservé leur contact normal avec le radius, mais que la tête du cubitus est subluxée ou luxée en arrière et qu'elle a perdu ses rapports avec le radius, d'une part, et le pyramidal, de l'autre : par une propulsion directe, jointe à une forte traction sur la main, on réussit, d'ailleurs, plus ou moins, à faire disparaître ou à masquer la déformation, qui se reproduit dès qu'on cesse de tirer. De plus, la radiographie accuse une incurvation du radius, plus marquée au niveau du tiers inférieur, mais d'ordinaire étendue à toute la longueur de l'os; une incurvation de même sens, moindre toutefois, n'est pas rare sur le cubitus; et l'auteur note, à ce propos, qu'il est important de radiographier l'avant-bras tout entier, une épreuve ne portant que sur le tiers inférieur pouvant faire croire à une déformation localisée, alors qu'en réalité l'os est courbé sur toute sa longueur. Cette incurvation du radius est, sans doute, le facteur initial de la dislocation du poignet : elle suffit à expliquer le refoulement de la main en avant, et, d'autre part, la subluxation de la tête cubitale en arrière. Mais à quelle origine doit-elle être elle-même rattachée? Au rachitisme tardif, suivant l'hypothèse émise, en particulier, par M. Duplay? M. Poulsen, sans se prononcer nettement, admet l'existence d'un état pathologique du tissu osseux, qui permet à l'action des muscles ambiants, spécialement des fléchisseurs, de s'exercer sur lui et de l'infléchir.

Toujours est-il que l'affection se montre d'ordinaire dans l'enfance, de treize à quinze ans; qu'elle demande, en général, une année ou deux pour se compléter; qu'elle est beaucoup plus fréquente (ou moins rare, car sa fréquence générale, à en juger par le nombre des faits publiés, est peu marquée) dans le sexe féminin : sur 40 cas, 8 se rapportent à des garçons, 32 à des filles; 20 fois, sur ces 40 cas, la déformation était bilatérale.

Elle s'accuse au début par des douleurs vives, réveillées par les mouvements de la main; puis, avec le temps, une sorte d'accoutumance s'établit, l'extension seule restant limitée.

C'est le traitement qui soulève la question la plus intéressante, et c'est à ce point de vue surtout que les deux observations rapportées par M. Poulsen méritent d'être notées. Dès 1885, M. Duplay avait proposé et exécuté chez 2 malades l'ostéotomie linéaire du radius (Voir *Semaine Médicale*, 1885, p. 190), immédiatement au-dessus de l'articulation radio-carpienne, et cette intervention est devenue classique. C'est à elle que M. Poulsen a eu recours; toutefois, au lieu de sectionner en travers le radius, il a pratiqué l'ostéotomie oblique, qu'il recommande comme mieux appropriée au glissement réciproque des fragments et à la correction de la difformité. Son premier cas est celui d'une jeune fille de seize ans, chez laquelle l'affection n'existait que d'un côté, à la main gauche, bien que la radiographie montrât, à droite, une légère propulsion du carpe en avant : on fit, sur le bord externe du radius, une incision longitudinale de 3 à 4 centimètres finissant en bas à l'apophyse styloïde; le périoste fut décollé à la rugine en avant et en arrière, puis l'os sectionné obliquement de bas en haut et d'avant en arrière, la section se terminant, en bas et en avant, à 1 centimètre de l'articulation; la plaie fut réunie, la main soumise à une extension forcée, ensuite immobilisée dans un appareil qui resta en place un mois. Au bout de ce temps, le radius parut redressé, bien que sa surface articulaire fût encore un peu inclinée en avant. La malade reprit son travail; huit mois après, on constatait que l'incurvation légère du radius, relevée après l'opération, s'était encore un peu accentuée; de plus, après des besognes fatigantes, le poignet devenait douloureux.

Le résultat fut meilleur dans le second cas. Il s'agissait d'une jeune fille de treize ans et demi; l'incurvation radiale portait sur toute la longueur de l'os, sans être aussi prononcée au tiers inférieur que dans le fait précédent. La même ostéotomie oblique fut pratiquée : cette fois, encore, la déformation siégeait du côté gauche; elle était seulement esquissée à droite. On obtint une correction complète de la lésion, et, le repos prolongé étant ici possible, l'auteur escompte la persistance de ce succès primitif.

Ces ostéotomies entraînent toujours quelque raccourcissement du levier radial, et, par suite, une légère inflexion de la main en dehors; mais ce ne serait là qu'un mince défaut, si le redressement de la difformité et la restauration fonctionnelle étaient complètes et définitives. Il n'en va pas toujours ainsi, et, sans formuler de conclusions trop arrêtées, sur la foi d'observations encore peu nombreuses, M. Poulsen estime que, dans les formes invétérées, la rétraction est trop accusée, à la face palmaire du poignet, pour se prêter à une correction suffisante, après l'ostéotomie. Aussi, les cas récents, en voie d'évolution, doivent-ils être tenus pour les plus favorables, le redressement opératoire, pratiqué de bonne heure et complété par les soins ultérieurs, pouvant arrêter net le processus de cette curieuse affection. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 2.) — L.

Eschare de décubitus sur le pénis dans un cas de tabes, par M. A. Vitek.

L'observation relatée par l'auteur montre, une fois de plus, combien grande est la diversité des formes sous lesquelles se manifestent les troubles trophiques au cours du tabes. Il s'agit d'une eschare de décubitus à localisation tout à fait insolite, survenue chez un homme de cinquante-huit ans, atteint, depuis cinq ans, d'un tabes nettement caractérisé par toute une série de symptômes typiques, tels qu'incoordination motrice, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, etc. Quatre mois avant d'être admis à l'hôpital, le patient remarqua, sur la face inférieure du pénis — lequel avait été, pour cause d'incontinence d'urine, longtemps maintenu dans le col d'un urinal —, la présence d'un petit ulcère, qui ne tarda pas à augmenter d'étendue au point d'atteindre bientôt la dimension d'une pièce de 2 francs. L'ulcération avait tous les caractères d'une eschare de décubitus : son fond était atone et couvert d'un pus jaunâtre, et ses bords offraient une légère induration inflammatoire. Le frein de la verge avait été presque totalement détruit par le processus. Il existait une anesthésie de tout le pénis et du scrotum.

On avait évidemment affaire, chez ce malade, à un trouble trophique d'origine tabétique, ayant pour cause immédiate la pression de la verge contre la paroi dure de l'urinal. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er janvier 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Sur une affection particulière du membre inférieur en imposant fréquemment pour une phlébite, par Sir William Bennett.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un état morbide particulier, affectant quelquefois le membre supérieur, mais le plus souvent localisé au membre inférieur, et qui est communément, encore qu'à tort, attribué à une phlébite. Voici comment se présente le syndrome clinique dont il s'agit :

Le début a lieu par des douleurs survenant brusquement, se limitant irrégulièrement à certaines zones, exaltées par une pression superficielle, abolies au contraire par la pression profonde. Le membre, en totalité ou en partie, est augmenté de volume, et cette hypertrophie est régulière, en ce sens que le membre conserve parfaitement sa forme normale. Le gonflement ne se modifie pas avec la position du sujet ou du membre; aussi bien n'est-il pas dû à de l'œdème : le doigt, en déprimant la peau, ne détermine pas de godet. Lorsque la tuméfaction est limitée à certaines parties du membre, les régions affectées correspondent assez nettement aux territoires de distribution des nerfs cutanés. La palpation laisse souvent après elles des ecchymoses sous-cutanées, surtout quand on exerce une pression un peu forte; d'ailleurs, même lorsque celle-ci a été légère, il n'est pas rare d'observer des traînées semblables à des éruptions ortiées.

L'intensité de la douleur est très variable d'un sujet à l'autre; chez le même malade, elle se modifie souvent assez notablement du jour au lendemain. La chaleur et le froid ont, d'autre part, une influence manifeste, mais différente selon les patients : certains sont plus particulièrement sensibles au froid tandis que d'autres le sont à la chaleur. Ajoutons que la réflectivité paraît indemne.

L'affection dont il s'agit présente donc un certain nombre de caractères qui la différencient nettement de la phlébite : dans celle-ci, contrairement à ce qui s'observe dans l'affection décrite par Sir William Bennett, la douleur croît en raison directe de la pression; il existe de l'œdème donnant un godet sous le doigt et se modifiant avec la position suivant les lois de la pesanteur; enfin le gonflement confère au membre un aspect franchement difforme.

Quant à l'étiologie de cette affection, elle paraît encore entièrement obscure. Plusieurs fois, les antécédents des malades accusaient une fièvre typhoïde récente ou des accès paludéens, sans que toutefois une relation de cause à effet fût bien démontrée. L'auteur exclut également toute idée de goutte ou d'état névropathique. Pour lui, il s'agirait bien d'une sorte de stade initial précédant l'éclosion d'une ostéo-arthrite aiguë, ainsi qu'il a eu l'occasion de s'en assurer à différentes reprises.

Au point de vue thérapeutique, il convient de noter tout d'abord que l'immobilisation, qui s'impose dans la phlébite, serait d'une inefficacité absolue contre l'affection observée par Sir William Bennett. Celle-ci est d'ailleurs essentiellement curable, et la guérison a lieu spontanément, tôt ou tard, après un laps de temps variable dans chaque cas et pouvant se juger par des semaines et des mois. L'auteur estime cependant qu'il est possible de hâter l'évolution de l'affection par le massage, par un usage modéré de l'électricité, notamment des courants de haute fréquence, enfin par des mouvements gradués, d'abord passifs, puis actifs. (*Brit. Med. Journ.*, 10 décembre 1904.) — F. M.

Nouveau matériel pour sutures et ligatures : tendons de la patte des échassiers, par M. Ch. F. Kieffer.

Dans un cas de hernie, M. Johnson s'est servi, pour suturer les aponévroses, de tendons de la patte d'un échassier improprement désigné en Amérique sous le nom de *grue bleue* et qui, en réalité, est un héron (*Ardea herodias*); l'emploi de ce nouveau matériel ne donna lieu à aucun accident et les sutures ne furent pas résorbées prématurément. Ayant eu connaissance de ce fait, M. Kieffer a institué une série de recherches expérimentales en vue de se rendre compte de la valeur des tendons d'échassiers en tant que matériel de sutures et de ligatures.

Ces recherches ont porté sur les tendons extenseurs et fléchisseurs qui se dirigent des cuisses vers les doigts. En général, chaque patte peut fournir six ou huit tendons susceptibles d'être utilisés et mesurant, en moyenne, de 25 à 35 centimètres de long.

L'auteur a d'abord étudié le pouvoir de résistance des tendons du héron bleu, et cela sans leur faire subir aucune manipulation destinée à assurer leur conservation. L'expérience montra que la résistance des tendons simplement séchés au soleil était de 25 livres en moyenne et que celle des tendons humides et liés en nœud variait entre 24 livres et 27 livres et demie. M. Kieffer soumit ensuite à la même épreuve des tendons ayant, en vue de leur stérilisation, subi, pendant vingt et un jours, l'immersion dans une solution iodée, suivant le procédé de Claudius pour la stérilisation du catgut : leur résistance se montra égale à 29 livres en moyenne. En admettant même qu'on ait eu affaire à des tendons particulièrement forts, il semble, tout au moins, que la stérilisation par l'iode n'affaiblit aucunement ces fils.

Les tendons de deux autres espèces d'échassiers (*Grus canadensis* et *Grus americana*) paraissent encore plus solides que ceux du héron bleu.

En pratiquant, sur divers milieux de culture, des ensemencements avec des fragments de tendons stérilisés par immersion dans une solution iodée, l'auteur fut à même de se rendre compte que ce procédé assure une asepsie parfaite des fils. Quant à la stérilisation par la chaleur humide, elle est irréalisable, les tendons se transformant, sous l'influence de l'eau bouillante, en une masse gélatineuse.

M. Kieffer a également cherché à déterminer le laps de temps au bout duquel les tendons finissent par être résorbés. A cet effet, il a institué une série d'expériences qui ont consisté à implanter, à des intervalles d'une semaine, des tendons d'*Ardea herodias* dans des incisions musculaires chez deux chiens. Au bout d'un mois et demi, les deux animaux furent sacrifiés, et on fut à même de se rendre compte que les tendons implantés dans les tissus depuis huit jours seulement n'avaient subi aucune modification, tandis que ceux que l'on avait insinués dans la profondeur de la plaie depuis deux semaines avaient légèrement diminué de volume; cette diminution était pour les autres tendons d'autant plus marquée que la durée de leur séjour dans les tissus avait été plus longue : sur les quatre tendons implantés depuis six semaines, deux avaient presque entièrement disparu, et les restes des deux autres ne possédaient plus qu'un pouvoir de résistance égalant respectivement 4 et 5 livres.

Fort de ces constatations expérimentales, l'auteur a maintes fois employé les tendons de la patte des échassiers dans la pratique chirurgicale, soit comme fils à ligature, soit comme sutures, et toujours il s'en est bien trouvé. Il estime que l'usage de ces tendons est particulièrement indiqué quand on veut avoir un matériel susceptible d'être résorbé lentement, comme par exemple dans les opérations pour hernies, ainsi que dans les ligatures des gros vaisseaux ou des pédicules de tumeurs. Les gros tendons répondent parfaitement à ces desiderata, tandis que les tendons plus minces peuvent servir pour des sutures superficielles.

D'après l'expérience de M. Kieffer, le matériel en question serait de beaucoup supérieur au catgut et aux tendons de kanguroos, la stérilisation du premier étant difficile en raison de son origine et celle des seconds n'étant pas moins malaisée à cause de leur structure. Or, en ce qui concerne les tendons de la patte des échassiers, l'auteur serait porté à croire qu'en prenant quelques précautions on peut les obtenir d'emblée dans un état d'asepsie suffisante; en tous cas, il est toujours possible de les stériliser rapidement d'après le procédé de Claudius. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 novembre 1904.) — L. CH.

L'hématurie en tant que premier symptôme ou symptôme unique du scorbut infantile, par M. J. L. Morse.

Mentionnée couramment dans les descriptions du scorbut infantile, l'hématurie est cependant considérée par nombre d'auteurs comme un symptôme plutôt insolite et, en tout cas, peu important de cette affection. Or, d'après l'expérience de M. Morse, cette opinion ne serait rien moins que fondée : non seulement la présence de sang dans les urines s'observerait au cours de la maladie de Barlow beaucoup plus communément qu'on ne le croit, mais encore elle en constituerait souvent une des premières manifestations, voire même le symptôme le plus précoce; enfin, dans certains cas, le scorbut infantile ne se traduirait, pendant longtemps, que par ce seul phénomène morbide.

C'est ainsi que l'auteur a observé 3 nourrissons chez lesquels l'hématurie, après avoir persisté respectivement pendant un mois, quinze jours et quarante-huit heures, en l'absence de toute autre anomalie, ne tarda pas à disparaître sous l'influence d'un traitement antiscorbutique. Et M. Morse relate 3 autres cas où l'apparition de sang dans les urines a précédé tout autre symptôme du scorbut infantile respectivement de huit jours, de trois semaines et de trois mois.

Il importe de remarquer que tous ces faits ont été observés dans l'espace de trois ans, et que, pendant la même période de temps, l'auteur n'a eu l'occasion de voir qu'un seul cas d'hématurie infantile ayant une autre origine. Il semble donc que le scorbut constitue la cause la plus fréquente de l'hématurie des enfants en bas âge, encore que ce facteur étiologique ait jusqu'à présent été à peu près complètement méconnu. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 décembre 1904.) — L. CH.

Appendice dissimulé dans l'espace rétropéritonéal, par M. J. C. Hancock.

Il arrive souvent qu'on ne puisse découvrir l'appendice, perdu au milieu des adhérences ou redressé derrière le cæcum; mais il est plus rare de le rencontrer entièrement caché dans le tissu rétropéritonéal. Il est bon d'être prévenu de cette disposition anatomique, constatée par M. Hancock au cours d'une opération.

Un homme de vingt-cinq ans était sujet depuis quelque temps à des attaques de coliques appendiculaires pour lesquelles on dut finalement intervenir. L'examen objectif, en dehors

de la douleur localisée, ne révélait rien d'anormal. Quand le ventre eut été ouvert, il fut tout d'abord impossible de trouver l'appendice : le péritoine allait de la paroi au cæcum, sans présenter le moindre vestige de mésappendice; il n'y avait d'ailleurs pas trace d'inflammation, et, au point de convergence des trois bandes musculaires du cæcum, on ne voyait absolument rien qui rappelât l'insertion appendiculaire. Le cœcum fut alors redressé; en palpant le repli péritonéal qui l'attachait à la fosse iliaque, on finit par sentir, en dedans et en arrière de lui, un petit corps allongé qui, suivi du côté de l'intestin, aboutissait au point de convergence des trois bandes musculaires. C'était évidemment l'appendice; pour l'atteindre, il fallut fendre le péritoine pariétal; on put alors le libérer de son lit rétropéritonéal, puis le réséquer et invertir son moignon. Ce faisant, on n'eut presque pas d'hémorrhagie à combattre : deux ligatures suffirent au total. Le malade guérit sans incidents.

L'appendice, absolument dépourvu de revêtement séreux, était oblitéré en son milieu; ses deux extrémités étaient renflées et enflammées; elles ne contenaient pas de calcul. (*Ann. of Surgery*, novembre 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

L'étiologie de la fièvre typhoïde : bacille typhique ou colibacille ? par M. C. TARCHETTI.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que se pose la question de l'unicité ou de la dualité du bacille typhique et du colibacille; et l'on peut dire que jusqu'à maintenant partisans et adversaires de la spécificité éberthienne ont couché sur leurs positions. M. Tarchetti prend résolument parti pour l'identité des deux microorganismes, et voici les principaux arguments qu'il invoque à l'appui de son opinion :

Chez un dothiénentérique, on met en culture d'une part le *B. coli commune* isolé de l'intestin, d'autre part le bacille d'Eberth recueilli par ponction de la rate; on fait à des animaux de laboratoire des injections de l'un et l'autre microbe : le banal colibacille se montre 2 et 3 fois plus virulent que le prétendu microorganisme spécifique.

Qui ne sait, d'autre part, que pour isoler le bacille d'Eberth des selles d'un dothiénentérique, d'une eau contaminée, etc., il est nécessaire de prendre des précautions toutes spéciales, de faire vivre, par exemple, le microbe sur des milieux additionnés d'antiseptiques, toutes conditions susceptibles d'entraîner par elles-mêmes, dans la morphologie et même la biologie d'une espèce microbienne donnée, des différences tout aussi sensibles que celles qui distinguent le bacille d'Eberth du *B. coli commune ?* Et n'est-ce pas ainsi que l'on est arrivé à trouver le bacille d'Eberth dans le tube digestif des malades les plus divers, voire d'individus parfaitement sains ?

Faut-il rappeler aussi les innombrables formes microbiennes intermédiaires, les *colisimilis*, les *typhosimilis*, intermédiaires que l'on a même tenté d'introduire en clinique, avec la création d'une « fièvre paratyphoïde », causée par un « bacille paratyphique » ? Et de quelle façon interpréter les faits — tel celui que M. Tarchetti a observé dans le service de M. Maragliano — où l'on voit un homme, au décours d'une dothiénentérie paraissant évoluer vers la guérison, être atteint d'une pleurésie, puis d'une pneumonie *colibacillaires* auxquelles il succombe?

Mais la preuve décisive doit être fournie par l'expérimentation, et la question se pose en ces termes : peut-on constater *de visu* la transformation du colibacille en bacille d'Eberth, et cela non pas *in vitro*, où trop d'éléments artificiels peuvent faire sentir leur influence, mais bien *in vivo*, et en prenant toutes les précautions pour éviter l'apport de germes nouveaux provenant de l'intestin, de même que la diffusion du microbe dans l'organisme de l'animal en expérience? L'auteur a tenté de donner une solution à ce problème : chez 6 lapins, il introduit dans la cavité péritonéale un tube de verre fermé en cul-de-sac à l'une de ses extrémités, ouvert à l'autre, et contenant une culture pure, en bouillon, de colibacille d'origine humaine; les animaux sont sacrifiés au bout d'un temps variable — de dix jours à deux mois — et le contenu de l'éprouvette soigneusement examiné au point de vue morphologique et biologique. Or, 4 fois l'on retrouva le microbe primitif, mais, chez les deux autres animaux, ce microbe avait subi des modifications importantes : notamment, il ne coagulait plus le lait, ne donnait plus de gaz dans le bouillon lactosé, enfin était rapidement agglutiné à 1 % par le sérum du lapin correspondant, ce qui n'était pas le cas de la souche microbienne primitive. En un mot, si ce n'était pas là un bacille typhique vrai, c'était du moins un paratyphique ou un *typhosimilis*.

Se fondant sur toutes ces considérations, M. Tarchetti conclut nettement que la dothiénentérie est d'origine colibacillaire : hôte habituellement inoffensif de l'intestin, le *B. coli commune* verrait, dans certaines circonstances, sa virulence s'accroître, ce qui lui permettrait de créer une infection généralisée; puis, arrivé dans les viscères, il y subirait l'influence défavorable des processus de défense de l'organisme, d'où sa transformation en bacille d'Eberth : ce dernier représenterait donc en somme un colibacille *atténué*, et non exalté. (*Clinica medica italiana*, juillet-août-septembre 1904.) — F. F.

Observations cliniques et recherches expérimentales sur les effets du chloroforme administré dans des pièces où brûlent des becs de gaz, par M. G. BETAGH.

Depuis longtemps déjà, l'on sait que les vapeurs de chloroforme, au contact d'une flamme de gaz d'éclairage, se décomposent partiellement en donnant naissance à des substances volatiles irritantes — chlore, acide chlorhydrique, oxychlorure de carbone —, dont l'action se porte particulièrement sur la muqueuse respiratoire, et qui sont susceptibles de déterminer des broncho-pneumonies. De là le précepte, reproduit par tous les ouvrages consacrés à l'anesthésie chirurgicale, de ne jamais chloroformiser un malade dans une pièce où du gaz brûle à flamme nue, soit pour l'éclairage, soit pour le chauffage. A en juger par les faits cliniques et expérimentaux relatés dans le présent mémoire, cette précaution s'imposerait d'autant plus que ce n'est pas seulement sur la muqueuse broncho-pulmonaire que les produits de décomposition du chloroforme au contact des flammes de gaz sont capables d'exercer une action nocive, mais aussi sur le rein.

Le chauffage de la salle d'opération de la clinique chirurgicale universitaire de Messine laissant à désirer, on y installa une cheminée à gaz. Le jour même où celle-ci fut mise en service (elle se trouvait à plus de 3 mètres de distance du chevet de la table d'opération), on pratiqua 2 interventions sous narcose chloroformique : une laparotomie pour kyste de l'ovaire chez une femme de vingt-trois ans, et une cure radicale de hernie inguinale selon le procédé de Bassini chez un homme de quarante-trois ans, paludéen et splénomégalique. Les deux opérations furent exécutées sans incident. Mais la première malade eut à son réveil des vomissements incoercibles avec syncopes et mouvements convulsifs, pouls faible et très rapide; les urines, antérieurement normales, devinrent albumineuses; le lendemain, on y trouva de l'hémoglobine, puis des hématies et des cylindres; cet état, accompagné de subictère, s'améliora au bout de quelques jours; toutefois il n'en persista pas moins un peu de néphrite chronique, caractérisée par une légère albuminurie et le rejet de quelques cylindres granuleux.

Chez l'homme opéré de hernie, les accidents furent plus graves encore et se jugèrent par la mort moins de douze heures après l'intervention, au milieu de phénomènes de collapsus. L'autopsie — outre les lésions prévues de la rate — ne révéla que la présence d'une hémorrhagie abdominale, sans rupture des gros vaisseaux de la région, et de volumineux caillots entre les divers plans du champ opératoire.

Ajoutons que l'aide chargé de la chloroformisation avait eu de la céphalée au cours de l'intervention, et avait été pris ensuite de vomissements; deux assistants, qui s'étaient tenus près de lui, souffrirent également de maux de tête et de malaise général.

Cet ensemble de circonstances fit incriminer, comme cause des divers accidents sus-mentionnés, la décomposition des vapeurs chloroformiques — le chloroforme ayant été reconnu de bonne qualité — au contact du gaz d'éclairage brûlant à flamme nue. Et c'est alors que l'auteur institua une série de recherches expérimentales en vue d'élucider plus complètement la question : elles consistèrent essentiellement à chloroformiser des animaux (chiens, lapins) au voisinage d'une flamme de gaz ou en amenant sous le masque à anesthésie, au moyen d'un dispositif spécial, les produits de combustion d'une flamme de gaz brûlant à une certaine distance.

L'expérience étant ainsi conduite, M. Betagh vit mourir un lapin, après une anesthésie ayant duré trois quarts d'heure seulement; une chloroformisation d'une demi-heure n'entraînait pas la mort, mais l'animal avait les jours suivants une albuminurie d'ailleurs transitoire; des chiens ou des lapins, à la suite d'une anesthésie prolongée pendant un laps de temps variable (dix ou quinze minutes, une demi-heure), eurent également de l'albuminurie, parfois de l'hématurie ou de la cylindrurie; chez la plupart, le taux de l'hémoglobine, apprécié avec l'appareil de Fleisch-Michel, était notablement abaissé (de 95 à 35 dans un cas). Chez ceux qui moururent, soit après une seule anesthésie prolongée, soit après des anesthésies courtes, mais répétées, l'autopsie fit reconnaître des phénomènes de congestion et d'hémorrhagie, notamment au niveau du rein, quelquefois associés à des lésions de dégénération parenchymateuse du foie, du cœur, du rein; l'examen histologique révéla la prédominance des altérations rénales, consistant essentiellement en desquamation de l'épithélium glomérulaire, hémorrhagies intratubulaires et destruction de l'épithélium de revêtement des *tubuli*. Quatre lapins furent particulièrement soumis à des recherches spectroscopiques : tous présentaient nettement les bandes d'absorption de l'oxyhémoglobine, entre les raies D et E, sans trace de carboxyhémoglobine.

Au total, si ces recherches ne fournissent aucune indication précise sur la nature de la substance nocive qui prend naissance quand des vapeurs de chloroforme viennent au contact d'une flamme de gaz, elles n'en montrent pas moins qu'il peut se produire en pareille occurrence des lésions graves du rein, qui, plus encore peut-être que les complications pulmonaires antérieurement signalées dans les mêmes circonstances, doivent faire proscrire absolument l'usage des appareils à gaz dans les salles d'opération, du moins au cours de l'anesthésie. (*Policlinico*, partie chir., XI, 12.) — F. F.

PUBLICATIONS RUSSES

La torsion du rectum en tant que procédé de traitement du prolapsus rectal, par M. R. VRÉDÈNE.

En se basant sur les bons effets que la torsion a donnés, entre les mains de M. Gersuny, dans les cas de prolapsus de l'urèthre chez la femme (1), ainsi que sur les conditions anatomiques qui favorisent le mécanisme du prolapsus du rectum, M. Vrédène traite cette dernière affection, depuis 1895, par un procédé analogue, qui permet à la fois de rétrécir l'orifice anal et de fixer d'une manière durable la paroi intestinale sus-jacente. Voici en quoi consiste cette intervention :

(1) Quatre ans après avoir décrit ce mode de traitement de l'incontinence d'urine, M. Gersuny a fait connaître deux cas de cancer du rectum, dans lesquels — le sphincter ayant été excisé avec les parties malades — il eut recours à la torsion de la portion terminale de l'intestin, afin de remédier à l'incontinence des matières fécales, consécutive à cette excision. — L. CH.

Après avoir pratiqué une incision circulaire, autour de l'anus, à 1 centimètre environ du bord pigmenté de la peau, on dissèque le lambeau cutané, en se dirigeant vers la paroi intestinale, jusqu'à ce qu'on découvre le sphincter externe. Cela fait, on dégage, sans instruments tranchants, le rectum du tissu cellulaire lâche qui l'entoure, en poussant en arrière jusqu'à la limite supérieure du releveur de l'anus, et en avant jusqu'à la limite supérieure de la prostate. Cette manœuvre est, du reste, très aisée et ne donne pas lieu à un écoulement considérable de sang, pourvu que l'on ait soin de suivre strictement la paroi rectale et la face inférieure du releveur de l'anus. Chez la femme, le décollement de la paroi antérieure du rectum est beaucoup plus difficile et n'est poursuivi que jusqu'au niveau de la limite supérieure du col utérin. Le rectum ainsi libéré dans l'étendue que nous venons d'indiquer, on le saisit par le lambeau cutané, en avant et en arrière, à l'aide de deux pinces de Museux ou de Kocher, on pratique la réduction de la portion prolabée, puis on fait subir au rectum une torsion de 180° à 270° autour de son axe, de manière à rétrécir l'orifice externe de l'anus au point qu'il laisse à peine passer l'extrémité de l'index. Par suite de cette torsion, les fibres du releveur de l'anus entourent en spirale la paroi intestinale dans toute sa circonférence, et c'est dans cette position que l'on fixe le rectum au périnée par quelques sutures profondes et de nombreuses sutures superficielles.

L'opération doit avoir lieu sous anesthésie générale et après nettoyage soigneux de l'intestin. On prescrit ensuite, pendant une huitaine de jours, de l'opium, afin d'éviter des évacuations alvines. Au bout de ce laps de temps, on donne un purgatif et on enlève les sutures superficielles; quant aux points profonds, il est préférable de les laisser jusqu'au neuvième ou au dixième jour.

L'auteur a eu l'occasion de traiter de la sorte 6 malades (5 hommes et 1 femme) avec prolapsus mesurant de 6 à 8 centimètres; chez aucun d'eux il n'a eu à enregistrer de récidive, bien que quelques-uns de ces opérés aient pu être suivis pendant trois ans. (*Roussk. Vratch*, 30 octobre 1904.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La décoction de baies de myrtille en lavement contre l'entérocolite muco-membraneuse.

Il y a deux ans, M. Max Bernstein a préconisé, contre la fièvre typhoïde et d'autres maladies infectieuses de l'intestin, l'administration de décoctions ou d'infusions de baies de myrtille : celles-ci, depuis longtemps, constituent un remède populaire contre la diarrhée et la dysenterie (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 68).

De son côté, M. le docteur Max Heinrich, assistant de M. le docteur W. Winternitz, professeur d'hydrothérapie à la Faculté de médecine de Vienne, a eu l'occasion de constater les bons effets que l'on peut obtenir dans l'entérocolite muco-membraneuse par l'emploi, sous forme de lavements, d'une décoction de baies de myrtille, préparée de la façon suivante : on met 500 grammes de baies desséchées de myrtille à macérer pendant vingt-quatre heures dans un litre d'eau fraîche, puis on fait bouillir pendant quelques minutes et on filtre.

Avant d'administrer les lavements en question, on commence par injecter 500 grammes d'eau chaude dans le rectum; ce liquide évacué, on répète l'irrigation, avec des doses progressives pouvant aller jusqu'à 2 l. 1/2, aussi souvent qu'il est nécessaire pour que l'eau de lavage ne ramène plus de muco-membranes. On injecte alors 1 litre à 1 l. 1/2 de décoction de baies de myrtille qu'on laisse dans l'intestin pendant une dizaine de minutes au moins. Il n'y a d'ailleurs aucun inconvénient à ce que ce liquide y séjourne jusqu'à la première évacuation alvine spontanée.

Dans les nombreux cas où notre confrère a eu recours à ce mode de traitement, il a toujours vu la pâleur du teint disparaître rapidement, les fonctions intestinales se régulariser et les garde-robes reprendre leurs caractères normaux. C'est ainsi que chez une femme de vingt-huit ans, qui souffrait d'entérocolite muco-membraneuse depuis cinq ans, la guérison survint au bout d'une semaine de traitement; chez une autre malade, âgée de trente-huit ans et atteinte depuis six ans, les selles reprirent leur aspect normal après dix lavements et la guérison fut complète en trois semaines.

Traitement du condylome acuminé par la congélation.

D'après M. le docteur M. Schein (de Budapest), la congélation de la tumeur donnerait, dans le traitement du condylome acuminé, des résultats aussi constants et aussi satisfaisants que la méthode sanglante. Pour produire la congélation, notre confrère dirige un jet de chlorure d'éthyle sur le condylome jusqu'à ce que celui-ci devienne dur et blanc dans toute son étendue, même au niveau du pédicule lorsqu'il en existe un. Les parties environnantes doivent au préalable être protégées contre l'action du chlorure d'éthyle à l'aide de compresses ou d'ouate. Après un repos de quelques minutes, le malade peut reprendre ses occupations sans être aucunement gêné. Au bout de cinq ou six jours au plus, la tumeur se flétrit et s'élimine spontanément.

En général, une seule séance suffit. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il est nécessaire de s'y reprendre à deux, trois, voire quatre fois.

Les récidives ne sont pas absolument rares, mais elles n'ont pas paru à M. Schein plus fréquentes qu'avec n'importe quelle autre méthode. Elles sont d'ailleurs, au même titre que la tumeur primitive, justiciables de la congélation.

Sur une trentaine de cas qui ont été soumis par notre confrère à ce moyen de traitement, un seul a donné un échec. Dans tous les autres, le succès a été aussi rapide que complet.

Accidents toxiques causés par le véronal.

Chez 3 neurasthéniques sur 12 auxquels il faisait prendre tous les soirs 0 gr. 50 centigr. de véronal pour combattre l'insomnie, M. le docteur H. Kress (de Rostock) a vu survenir, le troisième ou le quatrième jour, des phénomènes d'intolérance se manifestant par une somnolence très marquée, à laquelle succédèrent une inappétence extrême et une faiblesse telle que les malades étaient obligés de garder le lit.

D'autre part, M. le docteur J. Kuhn a observé, dans le service de M. le professeur J. Kaarsberg, à la « Fondation Saint-Luc », de Copenhague, une femme qui, après avoir absorbé pendant quelques jours du véronal à la dose quotidienne de 0 gr. 50 centigr., également contre l'insomnie, eut un léger mouvement fébrile (38°), avec sécheresse de la bouche et sensation de brûlure dans la gorge. Un exanthème morbilliforme ne tarda pas à apparaître à la face; les jours suivants, il s'étendit à la poitrine, puis gagna peu à peu la totalité du membre supérieur et devint confluent. La malade se plaignant en outre de douleurs dans la bouche, on constata qu'il existait un gonflement général du côté de la muqueuse buccale et pharyngée, qui était rouge et parsemée de vésicules et présentait même de petites bulles. Enfin, il y avait un peu de conjonctivite et des douleurs dans les oreilles. Pendant six jours, la température oscilla entre 38° et 39°, et ce n'est que le huitième jour que disparurent tous les signes d'intoxication.

On peut conclure de ces faits que le véronal est susceptible d'exercer une action cumulative et de donner lieu à des phénomènes d'intoxication assez graves; il s'en faut donc que l'administration de ce médicament soit toujours exempte d'inconvénients.

Les pulvérisations de chlorure d'éthyle contre le sycosis parasitaire.

Un médecin suisse, M. le docteur E. Meyer (de Nieder-Schönthal), a obtenu d'excellents résultats, dans le sycosis parasitaire, au moyen de pulvérisations de chlorure d'éthyle. Ce traitement consiste simplement à diriger, deux fois par semaine, un jet de chlorure d'éthyle sur le point malade et sur les zones environnantes jusqu'à production de givre. La nuit, on applique sur la région des compresses humides au sublimé; le jour, on s'abstient de tout pansement. La guérison est complète en une ou deux semaines.

Le fer comme diurétique.

Chez un homme de trente-huit ans, atteint d'ulcère de l'estomac avec anasarque généralisée et oligurie très prononcée, M. le docteur V. Pechère, médecin adjoint à l'hôpital Saint-Jean, de Bruxelles, a vu une diurèse abondante succéder à l'administration d'une teinture martiale. Dès le surlendemain du jour où fut institué ce traitement, le taux des urines remonta à 1,700 c.c., et les quantités émises par nycthémère pendant la semaine qui suivit oscilla entre 2,500 c.c. et 4,650 c.c. En même temps que s'établissait cette diurèse, les œdèmes disparurent progressivement et rapidement.

Notre confrère estime que, dans ce cas, le fer a vraisemblablement agi comme diurétique d'une manière indirecte, en combattant la déglobulisation dont était atteint le sujet : à l'examen du sang, on n'avait, en effet, trouvé que 2,600,000 hématies par millimètre cube.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Laignel-Lavastine. Dix plexus solaires d'infectés (tyhoïdiques, varioleux, pneumococciques, streptococciques). (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, oct.)

Schieck (F.). Ueber die pathologisch-anatomische Differentialdiagnose zwischen Frühjahrskatarrh und den ähnlichen Affektionen der Conjunctiva, des Tarsus und des Limbus. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 3.) — Diagnostic anatomo-pathologique entre la conjonctivite printanière et les affections similaires de la conjonctive, du tarse et du limbe.

Schwarz (G.). Ueber die Herkunft der einkernigen Exsudatzellen bei Entzündungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 nov.) — Sur l'origine des éléments mononucléaires des épanchements inflammatoires.

Thomas (A.) et **Hauser** (G.). Histologie pathologique et pathogénie de la syringomyélie. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, sept.-oct.)

Tietze (A.). Ueber Epithelveränderungen in der senilen weiblichen Mamma. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 2-4.) — Altérations séniles de l'épithélium mammaire chez la femme.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Brunton (Sir Lauder) et **Bokenham** (T. J.). On the power of the liver to destroy diphtheria toxin. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, nov.) — Pouvoir destructeur du foie sur la toxine diphtérique.

Fabrini (F.). Ricerche sperimentali sulla cura chirurgica conservatrice dell'idronefrosi; nota preventiva. (*Clinica moderna*, 2 nov.)

Friedmann (F. F.). Ueber Immunisierung von Rindern gegen Tuberculose (Perlsucht) und über Tuberculose-Serumversuche. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 nov.) — Sur l'immunisation des bovidés à l'égard de la tuberculose (pommelière); essais de sérothérapie antituberculeuse.

Glässner (K.). Experimentelles über die Obstipation. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 nov.)

Heerfordt (C. F.). Undersögelser over catgut, indbragt i forreste öjekammer : om sterilisering af catgut ved kogning. (*Hospitalstidende*, 16 nov.) — La stérilisation du catgut par l'ébullition.

Klapp (Rudolf). Experimentelle Studien über Lumbalanæsthesie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 1.)

Metchnikoff (E.) et **Roux** (E.). Etudes expérimentales sur la syphilis; 3e mémoire. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Ribbert (H.). Die Grundlagen der Krankheiten. In-8°, 41 p. Bonn. — Les bases des maladies.

Römer (P.). Die Ehrlich'sche Seitenkettentheorie und ihre Bedeutung für die medicinischen Wissenschaften. In-8°, 455 p. Vienne. — La théorie des chaînes latérales d'Ehrlich.

Scheel (V.). Om udskillelse og retention af klorider. (*Hospitalstidende*, 12 et 19 oct.) — L'élimination et la rétention des chlorures.

Waldstein (E.). Zur Berechnung des « absoluten Heilungsprozentes » in der Karzinomstatistik. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 29 oct.) — Le pourcentage absolu de guérison dans les statistiques relatives au cancer.

Wolff (A.). Untersuchungen über einige Immunitätsfragen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17, 24 et 31 oct.)

Wright (A. E.) et **Douglas** (S. R.). On the action exerted upon the tubercle bacillus by human blood fluids, and on the elaboration of protective elements in the human organism in response to inoculations of a tubercle vaccine. (*Lancet*, 22 oct.)

Zelenkovsky. Des théories bactériotoxique et cytotoxique de l'inflammation sympathique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 18 sept.)

MÉDECINE

Gaultier (R.). Greffe carcinomateuse sous-cutanée produite à la suite d'une ponction évacuatrice de pleurésie cancéreuse secondaire; examen cytologique du liquide pleural. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, oct.)

Gerber (H.). Nebennierencarcinom mit in den rechten Vorhof reichender Geschwulstthrombose der Vena cava. (*Wien. med. Wochensch.*, 5 et 12 nov.) — Cancer surrénal avec thrombose néoplasique de la veine cave, plongeant dans l'oreillette droite.

Godart-Danhieux. Sténose pylorique due à une péritonite tuberculeuse. (*Policlinique*, 1er nov.)

Gordinier (H. C.). The report of a case of acute myelogenous leukæmia. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, oct.)

Herrera Vegas (M.) et **Aguilar** (D.). Dextrocardia consecutiva á quistes hidatídicos. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, sept.-oct.)

Hoffmann (E.). Ueber akute Magendilatation. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 nov.) — Dilatation aiguë de l'estomac.

Israel-Rosenthal. Hvorledes bör man perkutere lungerne? (*Bibliotek for Læger*, oct.) — Comment doit-on percuter les poumons?

Jackson (H.). Disease of the myocardium. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 29 sept.)

Jochmann (G.). Ueber die Bakteriämie und die Bedeutung der bakteriologischen Blutuntersuchung für die Klinik. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 5-6.) — Sur la bactériémie et la valeur clinique de l'examen bactériologique du sang.

Kernig (V.). Péricardite et autres modifications objectives du cœur consécutives aux accès d'angine de poitrine (en russe). (*Roussk. Vratch*, 30 oct.)

Krannhals (H. von). Ueber kongenitalen Ikterus mit chronischem Milztumor. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 5-6.) — De l'ictère congénital, compliqué de splénomégalie.

Ladányi (M.). Die Aetiologie der Polyarthritis mit besonderer Rücksicht auf blennorrhoische Erkrankungen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 30 oct.)

Laignel-Lavastine. Péritonite tuberculeuse. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, oct.)

Lemos (R.). Contribución al estudio del régimen decloruranto. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, sept.-oct.)

Meyer (G.), **Bergmann** (E. von), **Gerhardt** (C.), **Liebreich** (O.) et **Martin** (A.). Die erste ärztliche Hilfe bei plötzlichen Erkrankungen und Unfällen. 2e éd. In-8°, 466 p. avec fig. Berlin. — Les premiers secours médicaux dans le cas de maladie subite ou d'accident.

Meynier (E.). Contributo clinico allo studio del megacolon congenito. (*Policlinico*, 5 nov.)

Mikousson (P.). Un cas de guérison de maladie d'Addison (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 6 nov.)

Moore (F. C.). Primary carcinoma of the ampulla of Vater. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, nov.)

Peacock (A. H.). A study of a case of splenomyelogenous leukæmia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Pratt (J. H.). On the causes of cardiac insufficiency. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, oct.)

Preisich (C.) et **Flesch** (H.). Ueber den diagnostischen Wert cytologischer Untersuchungen von Exsudaten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 31 oct. et 7 nov.)

Raviart et **Caudron.** Deux cas de mérycisme. (*Arch. de neurol.*, nov.)

Repetto (N.). Sobre un caso de necrosis múltiple del tejido adiposo con pancreatitis hemorrágica. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, sept.-oct.)

Rosenheim (Th.). Ueber Sigmoiditis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 5-6.)

MALADIES INFECTIEUSES

Harbin (R. M.). A clinical observation of 116 cases of typhoid fever, with special reference to therapeutic fasting. (*Med. Record*, 12 nov.)

Malherbe (H.). A propos de la transmission de la pommelière à l'homme; un cas de tuberculose verruqueuse chez un boucher. (*Gaz. méd. de Nantes*, 12 nov.)

Moizard et **Grenet** (H.). Sur la stomatite et l'angine ulcéreuses. (*Arch. de méd. des enfants*, oct.)

Pexa (V.). Dva prípady ulcerosní anginy Vincentovy ve veku detském. (*Casopis lékaru ceskych*, 5 nov.)

Price (F. W.). The early diagnosis of pulmonary tuberculosis. (*Edinburgh Med. Journ.*, oct.) — Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

Pruszynski (J.). O zakazeniu mieszanem w przebiegu waglika. (*Gaz. lekarska*, 12 nov.) — De l'infection mixte dans l'évolution de la pustule maligne.

Quadri (G.). Sul comportamento della pressione arteriosa nella infezione malarica. (*Policlinico*, partie méd., XI, 11.)

Raviart et **Caudron.** Un cas de tuberculose du myocarde. (*Echo méd. du Nord*, 6 nov.)

Raybaud (A.). Le diagnostic bactériologique de la diphtérie. (*Marseille méd.*, 1er nov.)

Street (L. A. B.). An incomplete report of two cases of chronic malarial cachexia. (*New York Med. Journ.*, 12 nov.)

Thayer (W. S.). On the cardiac and vascular complications and sequels of typhoid fever. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, oct.)

White (F. W.) et **Smith** (H. H.). Heart complications in diphtheria; a clinical study of 946 cases. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 20 oct.) — Complications cardiaques de la diphtérie.

Zak (E.). Tetanus mit Augenmuskelparese. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 5 nov.) — Tétanos avec parésie des muscles moteurs des yeux.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Brissaud (E.) et **Meige** (H.). Type infantile du gigantisme. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mai-juin.)

Bumke. Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. In-8°, 262 p. avec fig. Iéna. — Les troubles pupillaires au cours des affections mentales et nerveuses.

Crocq (J.). Le phénomène plantaire combiné; étude de la réflectivité dans l'hystérie. (*Rev. neurol.*, 15 oct.)

Dejerine (J.) et **Thomas** (A.). Un cas de cécité verbale avec agraphie, suivi d'autopsie. (*Rev. neurol.*, 15 juillet.)

Donley (J. E.). Three cases of the association neurosis, with remarks on its genesis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 3 nov.)

Dornblüth (O.). Moderne Einteilung der Geisteskrankheiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er nov.) — Classification actuelle des maladies mentales.

Gaussel (M.). Spasme bilatéral des muscles du cou et de la face. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, sept.-oct.)

Godlewski (A.). Les neurasthénies. In-16, 318 p.

Gordon (A.). Réflexe paradoxal des fléchisseurs; ses relations avec le réflexe patellaire et le phénomène de Babinski. (*Rev. neurol.*, 15 oct.)

Hellpach (W.). Grundlinien einer Psychologie der Hysterie. In-8°, 502 p. Leipzig.

Hinshelwood (J.), **Macphail** (A.) et **Ferguson.** A case of word-blindness, with right homonymous hemianopsia. (*Brit. Med. Journ.*, 12 nov.) — Cécité verbale avec hémianopsie homonyme droite.

Huguenin. Die traumatische Hysterie. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 oct. et 1er nov.)

Jourdan (E.). Des rapports de l'anesthésie avec les rêves et les cauchemars chez une hystérique. (*Arch. de neurol.*, oct.)

Kidd (L. J.). A fatal case of tabetic gastric crisis. (*Lancet*, 5 nov.)

Kouchev (N.). Lésions de la colonne vertébrale dans le tabes (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 20.)

Lannois (M.). Le décubitus latéral gauche comme moyen d'arrêt de la crise épileptique. (*Journ. de neurol.*, 5 nov.)

Levi (H.). Beitrag zur Casuistik der Halsrippen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er nov.) — Côtes cervicales.

Lloyd (J. H.). A case of dislocation of the atlas, shown by a skiagram, causing paralysis of the left arm and the syringomyelic dissociation symptom on the opposite side. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Lœper (M.) et **Crouzon** (O.). Contribution à l'étude des hémi-œdèmes chez les hémiplégiques. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mai-juin.)

Mabille (H.). Traumatisme et délire alcoolique. (*Journ. de neurol.*, 5 nov.)

Maier (R.). Ueber einen eigentümlichen Fall von Sclerosis medullæ cervicalis circumscripta. (*Prag. med. Wochensch.*, 10 nov.)

Marchand (L.). Idiotie acquise et épilepsie provoquées par une méningite chronique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, oct.)

Mills (Ch. K.). Subdivisions of the concrete concept area of the human cerebrum. (*Med. News*, 5 nov.)

Moraes (F.). Considerações geraes sobre o meningismo e a meningite. (*Brazil-medico*, 8 nov.)

Morris (R. S.). Angioneurotic œdema; report of 2 cases with the histology of a portion of the gastric mucosa obtained by the stomach-tube. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Newmark (L.). A series of nearly 600 spasms in an epileptic without disturbance of consciousness in the intervals. (*Med. News*, 29 oct.)

Papadaki (A.). Paralysie du moteur oculaire commun chez un tabétique; examen anatomique. (*Rev. neurol.*, 30 juin.)

Petrén (A.). Studier öfver paranoia querulans. (*Hygiea*, sept. et oct.)

Pieri (A.). Sindrome di Little con atetosi. (*Clinica moderna*, 9 nov.)

Préobrajensky (P.) et **Margouliss** (M.). Contribution à l'étude de la polymyosite. (*Rev. de méd.*, oct. et nov.)

Putnam (J. J.) et **Waterman** (G. A.). Notes on some unusual forms of infectious disease of the central nervous system. (*New York Med. Journ.*, 29 oct.)

Raymond et **Cestan.** Un cas d'anévrysme cirsoïde probable de la moelle cervicale. (*Rev. neurol.*, 30 mai.)

Römheld (L.). Ueber die tonische Reaktion lichtstarrer Pupillen. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 nov.)

Rosenfeld (A.). Beitrag zur Symptomatologie der Sympathikuslähmung. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 nov.) — Sur la symptomatologie de la paralysie du sympathique.

Sainton (P.) et **Voisin** (R.). Contribution à l'étude du trophœdème. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mai-juin.)

Schlapp (M. G.) et **Walsh** (J. J.). A complete case of syringomyelia. (*Med. News*, 5 nov.)

Seiffer (W.). Atlas-manuel des maladies nerveuses; diagnostic et traitement. (Éd. française par G. Gasne.) In-8°, 353 p. avec fig. et planches.

Sheldon (J. G.). Paralysis of the left recurrent laryngeal nerve in a case of mitral stenosis. (*Med. Record*, 5 nov.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Hoffmann (E.). Ueber die Primelkrankheit und andere durch Pflanzen verursachte Hautentzündungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er nov.) — Sur les dermites provoquées par des primevères et par d'autres plantes.

Ischreyt. Ueber die Augenveränderungen bei Xeroderma pigmentosum. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 5 nov.) — Sur les altérations oculaires dans le xeroderma pigmentosum.

Kreibich. Bemerkungen zu Brandweiners Fall von neurotischer Hautgangrän. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er nov.)

Pospiélov (A.). Du diagnostic des maladies de la peau (en russe). (*Prakt. Vratch*, 30 oct. et 6 nov.)

Rohrer (C. W. G.). Venereal warts; their etiology, pathology, diagnosis, and treatment. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.) — Sur les condylomes vénériens.

Romanov (Th.). De la syphilis du cœur (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6 nov.)

Scheel (O.). Et tilfælde af herpes zoster med sektionsfund. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, oct.)

Taylor (R. W.). A practical treatise on genito-urinary and venereal diseases and syphilis. 3e éd. In-8°, 757 p. avec fig. Londres.

Valentine (F. C.) et **Townsend** (T. M.). How the general practitioner should treat gonorrhea. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 oct.)

Weik. Ueber Syphilis maligna mit einem Beitrag zur Kasuistik derselben. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er et 8 nov.)

CHIRURGIE

Greenough (R. B.). Enterostomy in peritonitis. (*Bull. of the Division of Surgery of the Med. School of Harvard University*, sept.)

Hammesfahr (A.). Zur Radikaloperation der Schenkelhernie. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 5 nov.) — Sur la cure radicale de la hernie crurale.

Hennig. Ueber subperiostale Fracturen; ihre klinische Diagnose und Erkennung im Röntgenbilde. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 2-4.)

Hevesi (I.). Radikale Heilung des rachitischen und statischen Plattfusses mittels Sehnenplastik. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 nov.) — Cure radicale du pied plat d'origine rachitique ou statique par l'autoplastie tendineuse.

Hildebrand. Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie (9. Jahrgang, 1903). In-8°, 1200 p. Wiesbaden. — Compte rendu des travaux de chirurgie publiés en 1903.

Hofmann (C.). Zur Witzel'schen Methode der hohen Rektumamputation. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 12 nov.)

Jacomet. Grand abcès du foie; ouverture transpleurale; guérison. (*Nord méd.*, 15 nov.)

Jones (D. F.). Abscess of the liver following abdominal infections. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 29 sept.) — 4 cas d'abcès du foie consécutifs à des infections abdominales.

Kennedy (R.). On the remote results of operations for varicose veins of the lower extremities. (*Brit. Med. Journ.*, 29 oct.)

Lebar (L.) et **Bignon.** Lithiase biliaire; mort foudroyante par perforation de la vésicule. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, oct.)

Luke (T. D.). Guide to anæsthetics. 2e éd. In-8°, 146 p. avec fig. Londres.

Lund (F. B.). Fractures of the radius in starting automobiles. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 3 nov.)

Macdonald (G. Ch.). Chronic dysentery; two cases treated by inguinal colostomy and irrigation. (*New York Med. Journ.*, 5 nov.)

Magaw (Alice). Observations drawn from an experience of 11000 anæsthesias. (*New York Med. Journ.*, 12 nov.)

Manley (Th. H.). Intracapsular fracture at the hip joint, with complete union of the fragments. (*New York Med. Journ.*, 29 oct.) — Fracture intracapsulaire de la hanche, avec réunion parfaite.

Mathews (F. S.). Pneumococcus peritonitis. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Mayo (C. H.). Thyroidectomy for exophthalmic goitre; based upon 40 operative cases. (*Med. Record*, 5 nov.)

McCurdy (S. L.). Necrosis of the bones of the face. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 nov.) — Nécrose des os de la face.

McGraw (Th. A.). A new operation for intestinal stenoses. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Mellish (E. J.). Total avulsion of the scalp. (*Ann. of Surgery*, nov.) — Arrachement total du cuir chevelu.

Meyer (Willy). Osteoplastic gastrotomy for impermeable cicatricial stricture of the esophagus. (*Med. News*, 29 oct.)

Miclescu (J.). Ueber die Entfernung der tuberkulösen Lymphdrüsen aus dem Halse auf subkutanem Wege. (*Therap. Monatsh.*, nov.) — De l'ablation par la voie sous-cutanée des adénites cervicales tuberculeuses.

Monprofit. Traitement chirurgical de la cirrhose du foie. In-8°, 119 p. avec fig.

Munro (J. C.). Laminectomy; a further contribution. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 oct.)

Oliver (J. H.) et **Aguerre** (J. A.). Contribución al estudio de los epiteliomas paratiroideos. (*Rev. méd. del Uruguay*, oct.)

Patterson (F. D.). Spinal analgesia; the present position of the method based on a review of the literature. (*Arch. internation. de chir.*, I, 5 et II, 1.)

Pouey (E.). Litiasis; infección biliar; colecistostomia y drenaje prolongado. (*Rev. méd. del Uruguay*, oct.)

Powers (C. A.). The bridging of nerve defects; a contribution to the surgery of nerves. (*Ann. of Surgery*, nov.) — La suture des nerfs.

Robinson (E. F.). Traumatic abscess of cerebrum; recovery after trephining and drainage. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Roth (H.). Conditions simulating and mistaken for acute appendicitis. (*Med. Record*, 29 oct.)

Scudder (C. L.). The treatment of fractures, with notes upon a few common dislocations. 4e éd. In-8°, 534 p. avec fig. Londres.

Silbermark (M.). Eine Modifikation bei der Oberschenkelamputation sec. Gritti. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 12 nov.) — Modification du procédé de Gritti pour l'amputation de la cuisse.

Smith (O. C.). Accessory thyroid on the posterior third of the tongue. (*New York Med. Journ.*, 29 oct.) — Thyroïde accessoire de la base de la langue.

Somerville (E.). Suture of wound of the heart. (*Lancet*, 5 nov.) — Suture d'une plaie du cœur.

Stone (W. J.). Formol-iodine, a modified Claudius method for the preparation of catgut. (*Med. Record*, 12 nov.)

Thomas (T. T.). Ligation of both common carotid arteries. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Van de Wiele (L.). Note sur un cas de perforation des voies biliaires avec péritonite diffuse; laparotomie; guérison. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, sept.-oct.)

UROLOGIE

Garovi (L.). De la chirurgie urétérale dans le traitement de la fistule urétéro-vaginale. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er juillet.)

Lissiansky (V.). Beitrag zur Frage der Behandlung der impermeablen Harnröhrenstricturen; 3 Fälle von Sectio alta und 2 Fälle von Urethrostomia perinealis. (*Monatsberichte für Urologie*, IX, 10.)

Mankiewicz. Ueber ein paraurethrales Fibrom mit Einschluss einer Cyste (Cylinderepithel). (*Monatsberichte für Urologie*, IX, 10.)

Mikhaïlov (N.). La cystoscopie en tant que méthode d'exploration en urologie (en russe). (*Vratcheb. Viéstnik*, 31 oct. et 7 nov.)

Monié. Résultats éloignés d'une cystotomie pour leucoplasie vésicale. (*Limousin méd.*, oct.)

Nydegger (J. A.). Two cases of chronic nephritis treated surgically. (*Med. Record*, 5 nov.)

Pinatelle (L.) et **Duroux** (E.). Sur quelques cas de kystes spermatiques de l'épididyme (kystes spermatiques intravaginaux). (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 juillet.)

Rudisch (J.) et **Kleeberg** (K.). Volumetric determination of the purin bodies (uric acid and the purin bases) in urine. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Syms (P.). Prostatic obstruction to urination; when to operate and how to operate. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 nov.)

Vineberg (H. N.). Nephrectomy for tuberculosis of the kidney. (*Med. Record*, 12 nov.) — 4 néphrectomies pour tuberculose rénale.

Wolbarst (A. L.). The rôle of the prostate in affections of the urinary tract. (*Med. Record*, 29 oct.)

OPHTALMOLOGIE

Hippel (E. von). Ueber eine sehr seltene Erkrankung der Netzhaut. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 1.) — Sur une affection très rare de la rétine.

Lagrange (F.). Traitement de la myopie forte par l'extraction du cristallin transparent; résultats éloignés. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Lapersonne (F. de) et **Poulard.** De la discission postérieure précoce. (*Arch. d'ophtalmol.*, oct.)

Léri (A.). Etude du nerf optique dans l'amaurose tabétique. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, sept.-oct.)

Levinsohn (G.). Ueber Lidreflexe. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 3.) — Sur les réflexes palpébraux.

Mazet. Déplacement spontané ou ptose de la glande lacrymale; opération; guérison. (*Marseille méd.*, 1er nov.)

McHardy (M. M.). On the artificial maturation of immature senile cataract by trituration after the method of Förster, as practised during 20 years. (*Brit. Med. Journ.*, 12 nov.)

Monthus (A.). Sur une forme atypique de tuberculose oculaire. (*Arch. d'ophtalmol.*, août.)

Parisotti (O.). Histologie pathologique de l'œil. In-8°, 225 p. avec planches.

Reber (W.). A clinical and statistical study of convergent strabismus. (*New York Med. Journ.*, 5 nov.)

Schnaudigel (O.). Die kavernöse Sehnervenentartung. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 2.) — La dégénérescence caverneuse du nerf optique.

Villard (H.). Les altérations de la cornée dans la syphilis acquise. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Widmark (J.). Mitteilungen aus der Augenklinik des Carolinischen medico-chirurgischen Instituts zu Stockholm. Fasc. 6 et 7. In-8°, 177 p. avec fig. Iéna. — Travaux de la clinique ophtalmologique de Stockholm.

Zur Nedden. Das infektiöse Randgeschwür der Hornhaut. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 2.) — L'ulcère marginal infectieux de la cornée.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ekstein (E.). Die erste Spontanruptur des graviden Uterus im Bereiche der alten Kaiserschnittnarbe nach querem Fundalschnitte nach Fritsch. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 nov.) — Premier cas de rupture spontanée de l'utérus gravide au niveau d'une ancienne cicatrice d'opération césarienne exécutée par la méthode de Fritsch.

Findley (P.). Primary chorio-epithelioma malignum outside of the placental site. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 nov.)

Foisy (E.). Utérus double avec fibromes sous-péritonéaux et salpingite double; hystérectomie sus-vaginale; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, oct.)

Gallatia (E.). Einleitung der künstlichen Frühgeburt beziehungsweise des Abortus, in den Jahren 1898 bis 1. Juli 1904. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 nov.) — Accouchements et avortements provoqués [à la Maternité de Laibach] de 1898 à juillet 1904.

Hellier (J. B.). Case in which ovarian tumour was simulated by lymphangeioma of omentum and peritoneum. (*Brit. Med. Journ.*, 12 nov.)

Herff (O. von). Gibt es sichere Zeichen der Schwangerschaft in den ersten Monaten? (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er nov.) — Existe-t-il des signes de certitude pendant les premiers mois de la grossesse?

Herrgott (A.). De l'emphysème sous-cutané en obstétrique. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 nov.)

Hirst (B. C.). Injuries to the anterior vaginal wall in labor; their primary, intermediate and secondary repair. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 nov.) — Lésions intra-partum de la paroi vaginale antérieure.

Jaworski (J.). Zastosowanie stalego pradu elektrycznego lacznie z kolpeuryza do leczenia przewlocznych poporodowych wynicowan macicy. (*Gaz. lekarska*, 15 oct.) — Emploi du courant électrique continu associé au colpeurynter dans le traitement des inversions invétérées de l'utérus post-partum.

Jerie (J.). Sectio cæsarea vaginalis sec. Dührssen. (*Casopis lékaru ceskych*, 15, 22 et 29 oct., 5 et 12 nov.)

Kadyi (J. von). Der Vorfall der Scheide und der Gebärmutter während der Geburt. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — Le prolapsus utéro-vaginal intra-partum.

Kerr (J. M. M.). Carcinoma of the cervix complicating pregnancy and labour. (*Brit. Med. Journ.*, 12 nov.) — Cancer du col compliquant la grossesse et la parturition.

Koppe (O.). Digitale Cervixdilatation. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 nov.)

Kossmann (R.). Paralyse des nicht schwangeren Uterus. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 nov.) — Paralysie de l'utérus non gravide.

Krömer. Die Prophylaxe der Wochenbettsmorbidität an der Giessener Entbindungsanstalt. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 nov.) — La prophylaxie des infections puerpérales à la Maternité de Giessen.

Maclean (E. J.). Notes on some cases of ectopic gestation. (*Brit. Med. Journ.*, 12 nov.)

Martin (A.). Zu den Myomfragen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.)

Montgomery (E. E.). The disturbances of menstruation and their significance. (*New York Med. Journ.*, 29 oct.)

Moran (J. F.). Is cesarean section a rational method of treatment in placenta previa? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 nov.)

Morse (Th. H.). The treatment of obstructed labour when caused by the impaction of a tumour in the pelvis. (*Lancet*, 12 nov.)

Mouratov (A.). Sur le drainage dans les laparotomies (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 6 nov.)

Nikonov (S.). Traitement des ruptures de l'utérus (5 cas de rupture de l'utérus pendant le travail) (en russe). (*Roussk. Vratch*, 13 nov.)

Orlov (A.). De la grossesse tubaire répétée (en russe). (*Roussk. Vratch*, 23 oct.)

Pichler (R.). Ein Fall von pigmentierten Schwangerschaftsstreifen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — Vergetures pigmentées de la grossesse.

Plauchu. Les déchirures complètes du périnée; périnéorrhaphie immédiate et périnéorrhaphie secondaire précoce. (*Obstétrique*, nov.)

PÉDIATRIE

Gallo (G.). Morte di un neonato per disturbo della suzione. (*Pediatria*, oct.)

Mayer (A.). Ueber postdiphtheritische Nephritis. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 nov.)

Nijhoff (G. C.). Occlusie van den dunnen darm; darmperforatie; secundaire peritonitis bij een pasgeboren kind. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 5 nov.) — Occlusion et perforation intestinales avec péritonite consécutive chez un nouveau-né.

Rosenhaupt (H.). Uebergang von Brom in die Frauenmilch. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 1-3.) — Sur le passage du brome dans le lait de la femme.

Schaps (L.). Ein Fall von spontaner Herzruptur bei einem Säugling. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 1-3.) — Rupture spontanée du cœur chez un nourrisson.

Selter (P.). Die Verwertung der Fäcesuntersuchung für die Diagnose und Therapie der Säuglingsdarmkatarrhe nach Biedert; auf Grund zahlreicher Beobachtungen für den praktischen Gebrauch dargestellt. In-8°, 86 p. avec fig. Stuttgart. — Valeur de l'examen des fèces au point de vue du diagnostic et du traitement de l'entérite du nourrisson.

Taylor (J.). On paralysis as it occurs in children. (*Lancet*, 12 nov.)

Tchernov (V.). Occlusion intestinale chez les enfants par volvulus de l'S iliaque (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 20.)

Van Gieson (R. E.). Infant feeding and milk modification. (*Med. News*, 12 nov.) — L'alimentation du nourrisson et les modifications qu'il faut faire subir au lait de vache dans ce but.

Welt-Kakels (Sara). Vulvovaginitis in little girls; a clinical study of 190 cases. (*New York Med. Journ.*, 8, 15, 22 et 29 oct.)

Wilson (W. R.). The treatment of prolapse of the umbilical cord. (*Med. Record*, 12 nov.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Anzinger (F. P.). 3 recent cases of croup due to staphylococcus and requiring tracheotomy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Bönninghaus. Ueber nervösen Halsschmerz. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 nov.) — Du mal de gorge nerveux.

Cauzard (P.). Carie des deux rochers; ablation de toute la partie pétreuse de la base du crâne après un double évidement pétro-mastoïdien permettant la transfixation endocrânienne transmastoïdienne; guérison opératoire; mort par tuberculose généralisée des deux poumons; réflexions sur la technique opératoire de l'ablation du rocher. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 17 sept.)

Chappell (W. F.). The lymphoid affections of the upper air tract of children. (*Med. Record*, 12 nov.) — Les affections de l'appareil lymphoïde des voies respiratoires supérieures chez l'enfant.

Cosson. Corps étranger des fosses nasales. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 27 août.)

Downie (W.). Two and a half years' experience of the subcutaneous injection of hard paraffin for the removal of deformities of the nose. (*Brit. Med. Journ.*, 5 nov.) — Les injections sous-cutanées de paraffine comme moyen de prothèse dans les difformités du nez.

Gallaher (Th. J.). Tubercular laryngitis; prognosis and treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 oct.)

Gaudier (H.). Corps étranger métallique enclavé dans le larynx; thyrotomie sans trachéotomie préalable; guérison. (*Echo méd. du Nord*, 6 nov.)

Gibb (J. S.). Deviations of the nasal septum; a review of 100 operations for correction. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 oct.)

Guément (M.). Un cas d'otite moyenne suppurée post-grippale gauche; mastoïdite; aphasie et hémiplégie droite concomitantes. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 15 oct.)

Guérin (E.). A propos de quelques recherches sur la bactériologie du mucus nasal dans la rhinorrhée accompagnée ou non de sycosis de la lèvre supérieure. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 3 sept.)

Hager (P.). Ueber die leprösen Veränderungen der oberen Atmungswege. (*Wien. med. Wochensch.*, 5 nov.) — Sur les lésions lépreuses des voies respiratoires supérieures.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bertrand (L.-E.). Essai historique, critique et clinique sur le traitement de la pneumonie lobaire ou fibrineuse aiguë. (*Arch. de méd. navale*, août et sept.)

Bosurgi (E.). Contributo allo studio della proprietà, azione ed impiego clinico dell'adrenalina. (*Gazz. degli Osped.*, 13 nov.)

Curti (E.). Le iniezioni dei sali mercuriali nelle tubercolosi chirurgiche. (*Gazz. degli Osped.*, 6 nov.)

De Renzi (E.). Die Behandlung des Diabetes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 nov.) — Le traitement du diabète.

Franke (F.). Zur Behandlung des Erysipels. (*Therap. Monatsh.*, nov.) — Du traitement de l'érysipèle.

Guéorguievsky (B.). Contribution à l'étude de l'érythème scarlatiniforme dans le traitement de la diphtérie par le sérum antidiphtérique (en russe). (*Prakt. Vratch*, 6 et 13 nov.)

Hirschfeld et **Pollio.** Ueber die Resorption von Jod aus Jodkali-Salben. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXII, 2.) — Sur la résorption de l'iode contenu dans les onguents à l'iodure de potassium.

Hissbach (F.). Neue Mittel und Wege zur Heilung der Zuckerkrankheit. 2e éd. In-8°, 111 p. Leipzig. — Nouveau traitement du diabète.

Kennedy (F. S.). Music as a therapeutic agent. (*Med. Record*, 29 oct.)

NOUVELLES

ALLEMAGNE

~~ Au moment même où nous mettions en pages notre premier numéro de l'année, dans lequel nous insistions sur la décadence des Sociétés médicales des divers pays, l'un des présidents de la Société de médecine interne de Berlin, en ouvrant la séance du 2 janvier — qui se trouvait être la première de 1905 —, a prononcé une allocution dont le texte officiel a été publié ces jours derniers seulement et où nous sommes heureux de retrouver, sous une forme particulièrement imagée et énergique, les reproches que nous avons déjà si souvent adressés aux Sociétés médicales; et ces critiques ont d'autant plus de poids en l'espèce que leur auteur n'est autre que M. le docteur F. Kraus, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Berlin. Voici en quels termes notre confrère s'est exprimé sur ce point :

« En terminant, permettez-moi encore de souhaiter (sans aucune malice) que notre Société, grâce au feu purificateur de ses débats habituellement empreints d'esprit critique, puisse rapidement vaincre les manifestations morbides que l'on voit de temps à autre surgir partout, *telles que psittacisme, diarrhée verbale, hyperpyrexie déterminée par une certaine production scientifique, recommandation précoce de médicaments à peine nés, etc.* »

AUTRICHE-HONGRIE

~~ Notre correspondant de Vienne nous écrit que M. R. Kraus a présenté vendredi dernier à la Société des médecins de cette ville une série de singes auxquels il a communiqué la syphilis.

Après l'inoculation de matières provenant d'un chancre, on voit survenir un chancre qui, chez les singes anthropoïdes, présente les mêmes caractères que chez l'homme, et qui est suivi d'une éruption cutanée. Chez les singes d'ordre inférieur, au contraire, la petite tumeur scléreuse s'exulcère plus rarement et n'est pas toujours suivie d'un exanthème. On en peut conclure que, chez ces derniers animaux, la syphilis affecte des formes plus bénignes; mais ces singes n'en sont pas moins ensuite — tout comme les anthropoïdes — réfractaires à une nouvelle inoculation de virus syphilitique. La syphilis peut être transmise du macaque aux singes anthropoïdes; dans ce cas, toutefois, la lésion primitive n'offre pas les mêmes caractères que lorsqu'elle est provoquée par l'inoculation de syphilis humaine.

CHINE

~~ D'après un rapport adressé aux autorités de Hong-Kong par M. le docteur W. Hunter, bactériologiste officiel de cette colonie, M. le docteur J. Bell, attaché à l'hôpital civil du gouvernement, aurait constaté que, contrairement à l'opinion généralement admise, le bacille de la peste se trouve dès le début de la maladie, et avant même l'apparition de la fièvre, dans le sang des sujets, où l'on pourrait le déceler aussi facilement que l'hématozoaire de Laveran chez les paludéens.

Des prodromes, tels que diarrhée, coliques et vomissements, précéderaient l'apparition de la fièvre et des bubons : ils indiqueraient l'invasion du sang par le bacille pesteux. Celui-ci se répandrait donc dans l'organisme bien avant le moment que l'on considère d'ordinaire comme le début de la maladie. Il persisterait d'ailleurs dans le milieu sanguin pendant la convalescence et même durant un temps illimité après la disparition de tout phénomène morbide.

C'est par le tube gastro-intestinal que la contamination se ferait le plus habituellement; parfois elle aurait lieu au niveau de plaies superficielles, ou encore par les voies respiratoires, comme dans la pneumonie pesteuse primitive.

Les insectes (mouches, blattes, punaises) constitueraient un facteur important de la propagation de l'agent spécifique de la peste; mais, au point de vue étiologique, le rôle principal appartiendrait aux rats. D'après M. Hunter, en effet, ces rongeurs seraient atteints de peste chronique durant toute l'année, et à certaines époques, correspondant surtout à la contamination des jeunes générations de rats — pendant le premier trimestre, par exemple, à Hong-Kong —, il y aurait une exacerbation de l'infection, l'épizootie revêtant alors un type aigu : les épidémies humaines coïncideraient avec ces formes aiguës de la maladie chez les rats.

REVUE CRITIQUE

De la conduite à tenir dans les cas de corps étranger de l'œsophage chez l'enfant.

En présence d'un petit malade qui a dégluti un corps étranger, le médecin, dans tous les cas, doit résoudre ces deux questions : où s'est arrêté le corps étranger? Quelle conduite tenir?

Il semble que, vu la fréquence de tels accidents, on devrait être fixé aujourd'hui sur ces deux points de diagnostic et de traitement. Et pourtant, aucun sujet n'a laissé les avis plus partagés et les décisions plus variables. Nous n'en voulons comme preuve que le nombre des publications parues sur ce sujet depuis deux ans : il atteint une trentaine. Or, quand on a lu tous ces travaux, il est impossible d'en tirer une conclusion nette et une règle de conduite assez précise pour que le chirurgien la suive sans arrière-pensée.

Pour notre part, nous avons eu l'occasion, au cours des deux dernières années, de soigner 12 petits malades qui nous avaient été amenés à l'hôpital de la Charité, de Lyon, après avoir dégluti différents objets; 9 fois nous avons eu à intervenir : dans un cas l'extraction par la bouche se fit sans difficulté, 8 fois nous dûmes pratiquer l'œsophagotomie externe pour retirer des pièces de monnaie.

Aussi croyons-nous utile d'exposer les réflexions que nous ont suggérées tant nos lectures que nos observations personnelles, afin d'indiquer au médecin de quelle façon il doit agir, sinon pour avoir toujours des succès, du moins pour être au minimum dangereux.

I

Comment se comportent les parois de l'œsophage vis-à-vis des corps étrangers qui s'arrêtent dans ce conduit? C'est là un des éléments capitaux de la discussion, et nous devons, avant tout, détruire la légende, encore trop répandue, de la tolérance de l'œsophage vis-à-vis des corps étrangers. Longtemps on a eu, à ce sujet, des illusions dangereuses, entretenues par la publication de quelques cas, aussi exceptionnels que favorables. Le précepte qu'a formulé M. le professeur Terrier doit être intégralement conservé dans toutes les mémoires : « Imitant la conduite du chirurgien qui, appelé auprès d'un malade atteint de hernie étranglée, ne le quitte qu'après avoir réduit ou opéré la hernie, le praticien ne doit guère quitter le malade, qui a un corps étranger de l'œsophage, qu'après l'en avoir débarrassé... »

Simple fente aux lèvres accolées, l'œsophage, jusqu'à l'âge de sept ou huit ans, n'a qu'un diamètre de 15 millimètres environ. Sa dilatation maxima peut aller jusqu'à 25 millimètres, d'après M. Sebileau (1), et même jusqu'à 30, selon M. Lieblein (2) qui a récemment étudié cette question. Dès lors, tout corps étranger dont le diamètre atteint ou dépasse ce chiffre devra « faire antichambre ». A cause de ses aspérités, ou du spasme qu'il engendre, un objet plus petit peut aussi s'arrêter. On peut admettre que toujours, en pratique, comme l'œsophagoscopie et la radioscopie l'ont surabondamment démontré — 95 fois sur 100, d'après nos relevés —, c'est au-dessus du second rétrécissement anatomique que se fixe le corps étranger. Là, à la hauteur du manubrium, au niveau de la croix formée sur l'écran radioscopique par l'ombre des deux clavicules et de la colonne vertébrale, est le lieu d'arrêt d'élection. Plus rarement, c'est au niveau du chaton cricoïdien. Enfin, on ne trouve guère des corps étrangers de l'œsophage thoracique, chez l'enfant, qu'après des manœuvres d'exploration intempestives ou de refoulement incomplet.

Ainsi arrêté au niveau des premières vertèbres dorsales, le sou — car, 9 fois sur 10, c'est d'un sou qu'il s'agit — se place verticalement et de travers *dans l'orientation que lui donne la déglutition*, dit M. Sebileau. Il laisse une rigole antérieure (Kirmisson) ou postérieure (Gross), par où se fait tant bien que mal la coulée alimentaire. Ses bords viennent s'arcbouter, de chaque côté, sur la muqueuse, appuient sur elle, la refoulent excentriquement. Et alors, quand bien même la déglutition paraîtrait normale, si l'on ne fait une extraction rapide, la *périphérie tranchante* de la pièce de monnaie, en pressant sur la paroi, l'amincit et l'ulcère. Il se produit des déchirures bien visibles à l'œsophagoscope, de fines striations ecchymotiques, parfois masquées par un bourrelet œdémateux qui surplombe le tout. Les lésions sont bien plus considérables encore quand il s'agit d'un objet pointu.

Amincie et ulcérée, plus ou moins vite, la muqueuse s'infecte et l'inflammation, gagnant de proche en proche, va évoluer, dès lors, de deux façons.

Tantôt très virulente, parce que le corps étranger est, de sa nature, particulièrement septique ou qu'il se putréfie rapidement, l'infection réalise, en quelques jours, un abcès gangreneux à marche rapide qui tend à fuser dans le médiastin et conduit à une mort prompte si l'on n'intervient d'urgence. C'est ainsi qu'opérant *au lendemain de l'accident*, M. Lieblein trouva la muqueuse perforée, les tuniques infiltrées, gris verdâtre; l'enfant mourut. *Au quatrième jour*, M. Hofmeister (1) eut à drainer un gros abcès péri-œsophagien, pour enlever un os dégluti, libre au milieu du pus. De même encore, dans un cas de M. Félizet (2), un petit malade mourut d'un phlegmon du médiastin, *dix jours* après avoir avalé un sou.

D'ordinaire, et surtout quand il s'agit de corps mousses, le processus est moins virulent. On trouve simplement, six, huit ou dix jours après l'accident, une péri-œsophagite plus ou moins intense, qui se traduit par des adhérences celluleuses, parfois imprégnées de liquide louche, tout autour de l'œsophage aminci. Ce tissu de réaction, œdématié et phlegmoneux, peut quelquefois faire adhérer l'œsophage et la trachée. Englobant le récurrent, il provoque des spasmes laryngés et des troubles respiratoires, que l'on constate souvent dès le deuxième ou le troisième jour. Tous ces accidents sont de nature à *contre-indiquer formellement l'extraction par la bouche*, et à rendre plus pénible l'intervention sanglante retardée.

Plus ou moins rapidement, d'ailleurs, la perforation de l'œsophage peut se compléter en donnant lieu à un abcès nettement enkysté; ou bien elle permet au corps étranger de passer lentement, par un sourd travail de mine, dans un des organes du voisinage. Ainsi s'expliquent ces migrations insolites des corps étrangers. Ainsi surtout s'expliquent les névrites récurrentielles, les perforations vasculaires et les fistules trachéales ou bronchiques qui sont les principales complications du séjour de l'agent vulnérant dans les voies digestives supérieures.

Le premier de ces accidents est le plus rare. Pris au milieu des tractus inflammatoires péri-œsophagiens, le récurrent atteint de *névrite* provoque des troubles ordinairement passagers, parfois durables pourtant, dans le fonctionnement des cordes vocales. Cliniquement, la parésie musculaire qui en résulte se traduit par de la dyspnée laryngée, de la raucité de la voix, comme nous l'avons observé chez un de nos petits malades, et comme M. Sebileau l'a relevé dans 2 cas.

Plus fréquentes sont *les perforations vasculaires*, étudiées depuis longtemps par M. Nevot (1). L'ulcération peut porter sur tous les vaisseaux du voisinage; les faits de ce genre sont nombreux. L'un de nous, étant interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon, a vu mourir d'une perforation de l'aorte une malade dont M. Gangolphe a rapporté l'histoire (2). M. Terrillon a cité le cas d'un jeune homme qui, *seize jours* après avoir avalé un sou, mourut en une demi-heure d'une hématémèse formidable. M. Sautieux, M. Egloff ont relaté des faits semblables. Celui de M. Egloff est particulièrement instructif : le corps étranger, un râtelier de quatre dents, *avait été extrait par l'œsophagotomie;* six jours plus tard le malade mourait d'une hématémèse foudroyante : l'autopsie montra une eschare de la paroi latérale de l'œsophage, qui, en tombant, avait ouvert la thyroïdienne inférieure.

Moins dramatique est la *fistule œsophago-trachéale* ou *œsophago-bronchique*. M. Sirot (3), en 1899, réunissait 11 cas de cette complication, étudiée depuis par M. Malkhasian (4), et qui, pour être d'un pronostic moins fatal, n'en reste pas moins un accident des plus graves. Elle se traduit par de violents accès de dyspnée, par des quintes de toux caractéristiques, bien décrites par M. Garel, et qui se répètent, accompagnées de suffocation, chaque fois que le malade avale un liquide ou un bol alimentaire très délayé. Parfois, la perforation est directement visible au laryngoscope; presque toujours on la perçoit à l'œsophagoscope. L'ablation tardive du corps étranger ne met pas sûrement à l'abri de cet accident, qui peut survenir après l'extirpation, alors que la guérison paraît assurée.

Nous n'insisterons pas sur la *compression laryngée* ni sur l'*œdème glottique* qui semblent bien plus rares. Mais il est une dernière complication que nous voulons relever, car elle nous paraît être fréquemment le lot de l'enfant. C'est la *cachexie rapide* qui résulte de l'inanition et des phénomènes de résorption au niveau de la plaie œsophagienne. Alors que l'accident est presque oublié, que la traversée alimentaire paraît se faire bien, l'enfant change de caractère, devient triste et maussade, s'amaigrit, prend ce teint pâle et blafard qui traduit une intoxication profonde. Le fait nous avait frappé chez une de nos malades vue au quatrième jour, et nous l'avons trouvé bien des fois noté dans d'autres observations. Mais nul cas n'est plus significatif à ce titre que celui qui a été publié par M. Abbe (5) : un malade entre dans son service, dysphagique, émacié, considéré « comme un phtisique à la dernière période ». L'exploration montre un corps étranger de l'œsophage; et le malade se rappelle, alors, avoir perdu un an auparavant un dentier que l'œsophagotomie permit de retrouver.

Sans doute, il n'en est pas toujours ainsi; on a même rapporté des exemples surprenants du contraire. Louis a cité autrefois, à l'Académie royale de chirurgie (1774), le cas d'une jeune fille qui rejeta, à vingt-cinq ans, *dix-sept ans*

(1) P. Sebileau. L'œsophagotomie externe appliquée chez l'enfant à l'extraction des pièces de monnaie. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 14 janvier 1903, p. 43-57.)

(2) V. Lieblein. Ueber Fremdkörper der Speiseröhre und ihre operative Entfernung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1904, XLI, 3.)

(1) F. Hofmeister. Ueber Auswanderung verschluckter Fremdkörper aus der Speiseröhre durch Perforation der Wand und deren operative Entfernung. (*Med. Corresp.-Bl. des württemb. ärztl. Landesvereins*, 7 fév. 1903. — Analysé *in Zentr.-Bl. f. Chir.*, 25 avril 1903, p. 476.)

(2) Félizet, *in* « Traité des maladies de l'enfance » de Grancher, Comby et Marfan, t. II, p. 771. Paris, 1897.

(1) L. Nevot. De la perforation des vaisseaux par les corps étrangers de l'œsophage. (*Thèse de Paris*, 1879.)

(2) M. Gangolphe. Article « Maladies de l'œsophage » *in* « Traité de chirurgie clinique et opératoire » de A. Le Dentu et Pierre Delbet, t. VI, p. 459. Paris, 1898.

(3) H. Sirot. Contribution à l'étude des communications fistuleuses entre l'œsophage et les voies aériennes. (*Thèse de Lyon*, 1899.)

(4) L. Malkhasian. Perforation de la trachée par corps étrangers de l'œsophage et des indications de l'œsophagotomie externe. (*Thèse de Nancy*, 1902.)

(5) R. Abbe. A tooth-plate lodged in the lower œsophagus more than a year, removed by external œsophagotomy. (*New York Med. Journ.*, 19 mars 1892, p. 319.)

après l'accident, dans une violente quinte de toux, un croupion de pigeon qu'elle avait avalé à l'âge de huit ans! Aujourd'hui que l'on connaît bien les simulations dont sont capables les hystériques, il nous semble que pareil fait ne doit être accepté que sous bénéfice d'inventaire. M. Kallionzis (1), M. Mahu (2), MM. Weiss et Guilloz (3) ont cependant publié des cas d'extraction par la bouche, six mois, deux ans et demi, quatre ans après l'accident. M. von Hacker a vu des corps étrangers rester trois ans et demi, sept ans, douze ans, sans déterminer d'accident. Mais il faut bien savoir que *ce sont là des exceptions*, des bizarreries cliniques sur lesquelles on ne doit jamais se reposer. La tolérance du tube digestif vis-à-vis des corps étrangers croît à mesure qu'on descend. A l'œsophage, elle est *minima*. Et malgré les cas heureux, il faut savoir et dire que tout corps étranger œsophagien doit être enlevé sitôt diagnostiqué, alors même qu'il ne s'accompagne d'aucun accident. Toujours il finit par ulcérer la muqueuse et par provoquer une péri-œsophagite intense, qui prépare la perforation. C'est pour cela que, passé le troisième ou le quatrième jour, même pour un objet à bords mousses, toute tentative d'extraction par la bouche, avec les instruments actuels et sans le contrôle de la vue, nous paraît dangereuse.

II

C'est pour la même raison que nous proscrivons l'*exploration* de l'œsophage par les diverses sondes et olives, toutes les fois que l'on peut assurer le diagnostic par un autre procédé. En effet, il est certain aujourd'hui que le passage d'un explorateur, et surtout d'un panier de Graefe, est parfois dangereux et fréquemment inutile. Il n'est pas rare que des corps étrangers même volumineux lui échappent. M. Broca, M. Péan, M. Jalaguier et bien d'autres en ont rapporté des exemples. M. von Hacker a insisté, à différentes reprises, sur ce fait que l'olive peut glisser en arrière du corps étranger sans le rencontrer; et récemment, M. Rosenbaum (4) a bien mis en relief le peu de sûreté de cette méthode.

Aussi ce procédé d'exploration doit-il aujourd'hui être réservé aux seuls praticiens éloignés de tout centre pourvu de l'instrumentation radiographique. Il faut, en tout cas, ne l'utiliser qu'avec une douceur extrême, et dès que la hauteur de l'obstacle a été repérée, toute manœuvre de ce genre doit être cessée, avant la tentative définitive d'extraction ou de refoulement.

Les seules méthodes vraiment sûres et inoffensives sont la *radioscopie* et l'*œsophagoscopie*. Nous ne parlons pas de l'exploration par le palper du cou, dont les résultats sont bien rarement positifs.

La *radioscopie* doit toujours être employée quand elle est possible. Elle donne, dans la plupart des cas, lorsqu'il s'agit d'objets osseux ou métalliques, un diagnostic exact sur la distance, le siège et les dimensions du corps étranger. Mais il faut y recourir le plus près que l'on peut du moment où l'on intervient. Quand un intervalle trop long s'est écoulé entre la radioscopie et l'extraction, et surtout lorsqu'une épreuve radiographique a été suivie de tentatives d'extirpation, il est prudent de radiographier le malade de nouveau, si l'on ne veut pas s'exposer au désagrément, arrivé à M. Sebileau, de chercher par l'œsophagotomie un sou qui circule dans l'abdomen. Aussi M. Rosenbaum reproche-t-il aux rayons X d'être parfois peu sûrs et, pour lui, le procédé de choix est l'*œsophagoscopie*.

Cette dernière méthode est peu employée, en France, et à tort. Elle est d'un usage courant en Allemagne et en Suisse depuis les recherches de M. von Mikulicz. Les publications de M. Rosenheim, de M. Kelling, de M. Gottstein (1), de M. Killian (2) — dont les travaux sur l'œsophagoscopie sont bien connus dans notre pays — ont généralisé son emploi. Mais c'est surtout M. von Hacker (3) qui a vulgarisé la méthode : grâce à elle, depuis 1887, il n'aurait jamais eu besoin de recourir à l'œsophagotomie, et ses élèves l'ont employée avec le même succès. En France, M. Guisez (4), M. Moure (5), M. Sencert (6) l'ont récemment préconisée; mais son emploi est encore bien restreint. Nous n'en avons pas d'expérience. Dans un seul de nos cas, elle fut utilisée avec succès par M. Garel, chez un petit malade qu'il adressa à l'un de nous pour faire l'œsophagotomie. Chez l'enfant, elle n'est pas applicable sans anesthésie; et c'est simplement lorsqu'elle pourrait être suivie d'une extraction immédiate par les voies naturelles, que l'on serait tenté d'y avoir recours.

Sans doute, écrivait récemment M. Kramer (7), c'est la méthode la plus sûre et la plus rapide; mais on ne peut demander à tout médecin d'être au courant de sa technique, et on n'a pas toujours un œsophagoscope sous la main. Aussi la nécessité d'une instrumentation particulière, encore délicate et coûteuse, dont l'emploi réclame l'anesthésie, donne-t-elle à penser qu'elle restera encore quelque temps entre les mains des laryngologistes.

III

Le diagnostic précis du siège et de la nature du corps étranger étant posé par l'un ou l'autre de ces deux procédés, quelle est la conduite à tenir, quel *moyen d'extraction* convient-il d'employer? Nous allons voir successivement ce que l'on a fait jusqu'ici et ce que, à notre avis, on doit faire.

On peut enlever le corps étranger *par la bouche*, l'extraire par *œsophagotomie* ou *le refouler dans l'estomac*.

De ce dernier moyen, nous parlerons peu. Il n'est guère de mise pour les corps étrangers de l'œsophage cervical; et il ne doit s'adresser qu'aux bols alimentaires trop gros, aux corps étrangers mous ou digestibles, non dangereux par eux-mêmes, ou à ceux qui sont arrêtés au cardia. Pour tout objet solide, le refoulement est aveugle; il risque d'accrocher les angles du corps étranger aux replis de la muqueuse et de l'enclaver solidement dans le conduit, en un point difficilement accessible par l'opération. Enfin, dans un œsophage enflammé et friable, ces manœuvres facilitent considérablement les déchirures.

On a également essayé de faire rejeter le corps étranger dans un effort de vomissement, en donnant de l'ipéca ou de l'émétique. C'est là un moyen illogique, souvent dangereux, qui détermine des spasmes et enclave le corps plus solidement.

On peut encore tenter de le faire entraîner par des bouillies épaisses. Pour les objets de petit volume, immédiatement après l'accident, cette méthode peut être employée; mais il ne faut pas s'y attarder et, si l'on a rien obtenu après une tentative de vingt-quatre à quarante-huit heures au maximum, il est plus rationnel d'essayer une extraction instrumentale ou opératoire.

L'*extraction par la bouche* peut se faire à l'aide de divers instruments. L'arsenal chirurgical en est bien pourvu : des pinces variées plus ou moins ingénieuses, le parapluie de Fergusson, fort en usage en Angleterre, le crochet de Kirmisson et surtout le panier de Graefe sont les plus connus.

Les divers modèles de pinces à deux branches sont d'un usage courant. Toutes ont rendu des services, mais à presque toutes on peut adresser le reproche de faire des prises aveugles, d'exposer l'opérateur à saisir la muqueuse et à la déchirer. Aussi est-il préférable de ne les employer que sous le contrôle du doigt, ce qui n'est réalisable que pour les corps étrangers haut situés : nous avons pu de la sorte, chez un enfant de cinq ans, mis en position de Rose, introduire l'index jusqu'au-dessous de l'anneau cricoïdien, et retirer un sou avec la pince.

L'extraction qui se pratique sous — et à travers — *l'œsophagoscope* est d'un usage assez répandu en Allemagne. Les résultats brillants que cette méthode a donnés à M. von Hacker doivent être pris en sérieuse considération. Elle a l'avantage de permettre de saisir l'objet à coup sûr, sous l'œil, sans risque de pincer ni de déchirer la muqueuse, et il est à désirer que la méthode se généralise en France. Mais nous avons dit pourquoi son emploi ne nous paraissait pas devoir encore, chez l'enfant tout au moins, sortir pour l'instant du domaine de la spécialité. D'ailleurs, les insuccès enregistrés par quelques auteurs, par M. Lieblein notamment, montrent qu'il ne s'agit pas là d'une simple vue théorique. Enfin, de l'avis même de quelques-uns de ses partisans, l'extraction par les voies naturelles, à l'aide de l'œsophagoscope, n'est de mise que dans les cas récents, et quand on s'est assuré *de visu* de l'intégrité des parois de l'œsophage.

Reste l'extraction par le panier de Graefe, et par les paniers modifiés que les dangers du premier ont fait naître. Le panier de Graefe est, de tous, le plus connu; c'est le plus facile à manier, c'est en même temps *le plus dangereux* et le plus condamnable. On connaît l'instrument et son mode d'emploi. Il a de chauds défenseurs, comme aussi des adversaires acharnés. On ne compte plus, en effet, les succès obtenus par cette méthode.

Pourtant, nombreux sont les méfaits qu'on lui reproche, et, à juste titre. M. Garel, dont l'expérience et la dextérité ne sauraient être contestées, nous disait, il y a quelques jours : « Je ne connais pas un médecin, et j'en connais de très habiles, qui n'ait eu quelque accident grave, sinon mortel avec le panier de Graefe. Moi-même j'ai eu, avec lui, dans un cas, des accidents septiques graves. Il y a longtemps que j'ai fait disparaître de mon arsenal cette arme dangereuse. » En effet, supposons le panier introduit sans encombre. Il s'agit maintenant de le retirer en amenant le corps étranger; l'ensemble constitue le type parfait de l'hameçon, si le corps a la moindre aspérité. Fréquemment, l'instrument vient buter contre le cricoïde et accroche le bord inférieur du cartilage. Tous les opérateurs auxquels cet accident est arrivé ont eu la sen-

---

(1) Tuffier. Rapport sur une observation de M. Kallionzis. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 4 mars 1903, p. 287, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 79.)

(2) Mahu. (*Soc. française d'otol. et de laryngol.*, session de 1904, *in Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, juin 1904.)

(3) Weiss et Guilloz. Tolérance remarquable de l'œsophage pour un corps étranger. (*Soc. de méd. de Nancy*, séance du 25 nov. 1903, *in Rev. méd. de l'Est*, 1er fév. 1904, p. 84.)

(4) B. Rosenbaum. Fremdkörper im Oesophagus und ihre Entfernung. (*Thèse de Breslau*, 1903.)

(1) G. Gottstein. Technik und Klinik der Oesophagoskopie. Iéna, 1901.

(2) G. Killian. Zur Geschichte der Oesophago- und Gastroskopie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1901, LVIII, 5-6) — Les résultats diagnostiques et thérapeutiques obtenus par les méthodes endoscopiques directes dans le cas de corps étranger de l'œsophage et des voies respiratoires. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, sept. 1902, p. 193.)

(3) V. von Hacker. Ueber die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre mittelst der Oesophagoskopie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1900, XXIX, 1.)

(4) J. Guisez. De l'œsophagoscopie et de la trachéo-bronchoscopie directes; en particulier de l'extraction des corps étrangers des bronches par les voies naturelles. (*Presse méd.*, 26 déc. 1903, p. 888.)

(5) E.-J. Moure. Œsophagoscopie et corps étrangers de l'œsophage. (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 26 fév. 1904, et *Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 27 mars 1904, p. 146.)

(6) L.-G. Sencert. La chirurgie de l'œsophage thoracique et abdominal (étude anatomique, expérimentale et critique). (*Thèse de Nancy*, 1904.)

(7) W. Kramer. Zur Behandlung grosser spitzer Fremdkörper im Halsteile der Speiseröhre. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 17 déc. 1904.)

sation que, dès ce moment, ils auraient amené tout le larynx, qu'ils l'auraient retourné, sans que le panier lâchât.

Or, tout tiraillement dans un œsophage enflammé, ulcéré et saignant, peut avoir les plus fatales conséquences. Effectivement, les accidents ne se comptent plus; et un trop grand nombre se terminèrent par la mort.

M. Félizet raconte qu'en essayant de retirer un sou chez un enfant de deux ans, le panier pénétra bien, mais resta enclavé. Nous-mêmes avons vu, il y a quelques années, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un enfant amené par son médecin, qui le conduisait du bout de la tige du panier, resté accroché avec le sou dans l'œsophage. M. Lejars cite un fait identique.

M. Piéchaud (1), chez un enfant de huit ans, ne put mobiliser une pièce de 5 centimes, et finalement le panier produisit une déchirure suivie d'un pyothorax mortel. Le musée de l'hôpital Trousseau renferme une pièce anatomique, ayant trait à un enfant, chez lequel le panier fit pénétrer un sou dans le tissu cellulaire péri-œsophagien; la mort survint le lendemain.

M. Briais (2) rapportait il y a quelques années un fait analogue : le panier fit pénétrer le sou à travers les parois de l'œsophage, dans le tissu cellulaire péri-œsophagien; l'enfant mourut le lendemain. Jadis M. Créquy (3) a pu également contrôler par l'autopsie une déchirure des parois de l'œsophage produite par l'emploi du panier. Bien d'autres auteurs ont relevé des morts à la suite de ces tentatives d'exploration. Et, quoi qu'en ait pu dire M. Broca, il semble difficile d'admettre que pareils faits soient dus toujours à la maladresse ou à la brutalité de l'opérateur.

Dans cet ordre d'idées, nulle observation n'est plus instructive que celle qui a été communiquée tout récemment par M. Sebileau à la Société de chirurgie de Paris, (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 421). On connaît le fait : au quatrième jour, tentative d'extraction d'une pièce de 5 centimes par le panier. L'opérateur — un ancien interne, assistant de M. Sebileau, et qui n'en était pas à son coup d'essai — introduit l'instrument sans peine, mais ne peut tout d'abord le retirer. Quelques instants plus tard, cependant, il parvient à enlever le panier sans le sou; sur le soir, apparaissent des signes de congestion pulmonaire et l'enfant succombe dix-huit heures après l'opération. L'autopsie révéla que le sou avait coupé l'œsophage par sa circonférence et que le panier, d'autre part, ayant accroché, avait également fait un trou à la paroi postérieure du conduit, accidents contre lesquels l'opérateur ne pouvait rien. « Cette déchirure porte sur la musculeuse et la muqueuse; la celluleuse péri-pharyngo-œsophagienne s'est décollée au delà des limites de la plaie musculaire, et forme comme une sorte de petite poche où se trouve la pièce orientée de front, au droit de la perforation, tout à fait sortie de l'œsophage et tombée dans l'espace rétro-viscéral. » — Le cas relaté par M. Walther dans la discussion qui suivit n'est pas moins significatif : il y eut vraisemblablement déchirure au niveau du hile pulmonaire.

Quand un instrument expose à de pareils déboires, peut non seulement produire des accidents péri-œsophagiens, mais encore être soupçonné de causer « une déchirure au niveau du hile du poumon », il doit être condamné. Et s'il est peut-être exagéré de dire, avec M. Channac (4), que si l'on mettait d'un côté les cas « où l'extraction a pu être effectuée et de l'autre ceux où les tentatives, sans même produire de lésions graves, ont été infructueuses, la balance pencherait du côté des insuccès », il semble certain néanmoins que *cet instrument doit être abandonné*.

Cependant, divers chirurgiens en conservent l'usage avec des modifications de technique ou des changements de construction.

M. Félizet fait précéder le panier, qui remonte, d'une éponge qui fait la route, dilate l'œsophage et repousse le cricoïde. M. Broca, quand le panier va doubler ce fameux cap cricoïdien, introduit son index gauche dans le pharynx : son doigt joue le rôle de l'éponge de M. Félizet. M. Jalaguier fait décrire un quart de tour à l'instrument, de façon à lui faire présenter le flanc qui n'accroche pas (?). Grâce à l'un quelconque de ces « trucs », on n'aurait jamais ni ennui, ni échec. Et pourtant, quand on lit le plaidoyer consacré par les différents chirurgiens qui veulent nous réconcilier « avec l'affreux panier de Graefe », selon l'expression de M. Félizet, on a bien un peu parfois l'impression d'un réquisitoire.

Est-ce que cette perpétuelle crainte du fatal accrochement cricoïdien, ce souci constant d'éviter le bord qui accroche, ne sont pas des reproches assez graves au passif du panier, pour suffire à en contre-indiquer l'emploi? Enfin surtout, même avec les manœuvres perfectionnées, l'aveugle cheminement de l'instrument dans l'œsophage n'est pas supprimé, les tentatives répétées d'extraction sont les mêmes; et on sait à quels dangers celles-ci exposent dès que le corps étranger est un peu enclavé et dès que l'œsophage est enflammé. « Dans un cas bien connu de M. Félizet, dit M. Briais (1), un de ses élèves, on dut recourir à une manœuvre spéciale pour retirer l'instrument de l'œsophage, où il resta plusieurs heures. Les tentatives répétées d'extraction auraient même déterminé la formation d'un volumineux abcès qui, s'étendant de l'apophyse basilaire à la cinquième vertèbre dorsale, amena la mort dans le marasme et l'inanition. »

Et si l'on ajoute à cela que, comme l'a fait remarquer M. Kirmisson, le panier est parfois difficilement introduit chez l'enfant à cause de son volume, on a peine à comprendre la faveur dont il jouit. Aussi, malgré l'autorité de M. Broca, avec MM. Kirmisson, Sebileau, Walther, *nous croyons le panier dangereux; nous en repoussons l'emploi, même pour les cas récents, même pour les corps étrangers plats et dépourvus d'aspérités.*

Pour ceux-ci, nous préférerions, s'il nous fallait choisir, les paniers modifiés dont on a supprimé « les ailettes qui font harpon » et dont le calibre est diminué. De ces instruments, le meilleur nous paraît être le crochet de Kirmisson; encore en réservons-nous l'emploi, chez l'enfant, aux cas récents, datant de moins de trois jours, et seulement si l'œsophagotomie est refusée par la famille ou difficilement praticable dans le milieu où l'on se trouve. Même avec le crochet, la prudence et la douceur seront extrêmes, et encore!

IV

Dans ces cas, il faut donc sans hésiter recourir à *l'œsophagotomie externe, opération simple, bien plus simple chez l'enfant qu'on ne le dit*, beaucoup plus simple chez lui que chez l'adulte, malgré l'opinion courante, si on ne la complique pas à plaisir, et moins dangereuse qu'on ne l'a prétendu.

De l'œsophagotomie, nous rapprochons, quoique nous n'en ayons pas l'expérience, la *pharyngotomie rétro-thyroïdienne* bien réglée récemment par MM. Quénu et Sebileau (2), qu'on pourrait utiliser pour les corps étrangers de l'œsophage aussi bien que pour ceux du pharynx. Mais elle nous semble une voie moins directe, sans avantage précis, *chez l'enfant*. Chez lui, les corps étrangers *du pharynx* doivent s'enlever à la pince. Quand ils siègent plus bas, c'est toujours à la fin de l'œsophage cervical qu'ils se trouvent; dès lors, il est d'autant plus simple d'aller les y trouver directement, que l'on n'est pas gêné par le corps thyroïde et que l'œsophagotomie nous a toujours semblé facile.

On peut aborder l'œsophage par la voie médiane, préférable d'après M. Berger, ou par la voie latérale; c'est par celle-ci que nous avons toujours opéré : elle nous a paru aisée et sûre.

L'opération sera faite de préférence à gauche, parce que, de ce côté, l'œsophage débordant la trachée est plus accessible et parce que le récurrent, logé dans l'angle trachéo-œsophagien, est plus facile à apercevoir et à éviter. Pourtant M. Lieblein et M. E. Leriche (1) disent qu'on peut passer du côté où la radioscopie indique la saillie du corps étranger; et, sans inconvénient d'ailleurs, ils sont intervenus par la droite.

Quoi qu'il en soit, l'enfant sera placé dans le décubitus dorsal, un coussin faisant saillir le cou, la tête légèrement tournée à droite. *Il est inutile de mettre une sonde dans l'œsophage*, si le sou n'apparaît pas sur l'écran plus bas que l'interligne sterno-claviculaire. Et même s'il en était ainsi, le conducteur ne serait nullement indispensable; son introduction complique le manuel opératoire et risque de refouler le corps étranger plus bas.

En avant du sterno-mastoïdien, et sur son bord saillant, on fait une incision commençant ou finissant à l'articulation sterno-claviculaire et remontant jusqu'à la hauteur du cartilage thyroïde. Il faut opérer bas, le corps étranger étant, dans le cas ordinaire que nous supposons, à hauteur du sternum. Après avoir incisé l'aponévrose superficielle sur le muscle et récliné celui-ci en dehors, on aperçoit l'omo et le cléido-hyoïdien. Sous le bord de l'omo-hyoïdien, on incise l'aponévrose moyenne. Un écarteur attire en dedans, en l'accrochant, le corps thyroïde, rarement gênant, que l'on aperçoit à la partie interne de la plaie, masquant la trachée. On libère ensuite le paquet vasculaire, qu'un aide récline en dehors, et le plan profond apparaît nettement dégagé. Ordinairement, on découvre largement alors le fond de la région carotidienne. En haut et en bas, la traction sur le corps thyroïde fait saillir les vaisseaux thyroïdiens.

C'est au voisinage de ces deux pédicules que va se faire la découverte de l'œsophage. Le pédicule supérieur gêne peu; l'inférieur, plus visible, est récliné; rarement il est nécessaire de le couper. Dès lors, il ne reste plus qu'à découvrir l'œsophage, en évitant le récurrent. La chose est ordinairement facile, si l'on prend pour point de repère la trachée : entre elle et la colonne vertébrale, il n'y a que l'œsophage. On ne peut s'égarer. Il est d'ailleurs utile de passer une sonde cannelée au ras des cartilages de la trachée, facilement perceptible, et de décoller ainsi l'œsophage, que l'on fait saillir par toute sa face antérieure, à gauche.

L'œsophage décollé est facilement mis à nu. On l'isolera surtout au ras de la trachée, pour respecter le récurrent, qu'au besoin on dégagerait pour le confier à un aide. A ce moment, du reste, il est habituel que *la saillie du corps étranger* indique nettement la situation du conduit. Après avoir fixé celui-ci avec deux pinces de Kocher, au-dessus et au-dessous de cette saillie, on incisera l'épaisse paroi œsophagienne, dont la muqueuse, quand elle n'est pas déjà rompue, fuit le bistouri. L'incision sera petite, suffisante toutefois pour éviter une déchirure dans l'extraction. Celle-ci sera faite à la pince,

(1) T. Piéchaud. Précis de chirurgie infantile, p. 301. Paris, 1900.

(2) C. Briais. Corps étrangers du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac chez l'enfant. (*Thèse de Paris*, 1897, p. 28.)

(3) Créquy. Observations de corps étrangers de l'œsophage; œsophagotomie; opportunité de cette opération. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1er nov. 1861, p. 701.)

(4) F. Channac. Considérations sur l'œsophagotomie et les corps étrangers de l'œsophage chez l'enfant. (*Thèse de Lyon*, 1901.)

(1) Briais. (*Loc. cit*, p. 27.)

(2) E. Quénu et P. Sebileau. La pharyngotomie rétro-thyroïdienne. (*Rev. de chir.*, juin 1904.)

(1) E. Leriche. Œsophagotomie chez une enfant de trois ans pour sou resté dans l'œsophage. (*Soc. des sciences méd. de Lyon*, séance du 11 janvier 1905, *in Lyon méd.*, 12 fév. 1905, p. 344.)

guidée par le doigt qui fixe le corps étranger à travers la paroi. S'il se dérobe, on emploiera une pince courbe longuette, et on le retirera prudemment, après avoir essayé de le dégager par quelques mouvements de bascule. Il faut « accoucher » doucement la pièce hors de l'œsophage.

Avec un tampon on essuiera immédiatement les lèvres de l'orifice; et, après avoir vérifié qu'il n'y a pas d'autre corps étranger, on placera quelques points de catgut sur la tunique musculaire, pour fermer la plaie du conduit. Nous croyons assez rares les cas où cette suture sera sûrement, définitivement hermétique; elle est destinée, dans notre esprit, plus à protéger le tissu péri-œsophagien dans les premiers jours contre l'issue des liquides déglutis qu'à clore complètement la brèche du conduit. C'est une occlusion d'attente, qui, dans quelques cas heureux, peut être définitive, ainsi que nous l'avons observé chez 2 de nos opérés. Si les bords de la plaie sont déchiquetés, si les fils coupent, on n'insistera pas. A plus forte raison nous paraît-il illusoire d'essayer une suture à deux plans, et il faut s'estimer heureux de pouvoir mettre quelques points ou un surjet qui tiennent.

Quel que soit, d'autre part, l'état de l'œsophage, on diminuera la plaie des parties molles dans la plus grande partie de l'incision, plus ou moins suivant l'état des tissus péri-œsophagiens, *en drainant toujours* par un drain ou une petite mèche à l'angle inférieur. Avant de fermer la plaie, on s'assurera qu'il n'existe dans le voisinage aucune fusée purulente, qu'il faudrait largement drainer.

En tout cas, *il est absolument inutile de laisser une sonde œsophagienne à demeure* par la narine. *Il est dangereux d'en placer une* dans la plaie. Nous rejetons de même formellement tout cathétérisme dans les jours consécutifs.

Pendant quarante-huit heures, nous mettons nos petits malades à la diète absolue, leur donnant seulement des lavements de sérum. *Dès le surlendemain, l'alimentation par la bouche est reprise.* On pourrait même la commencer plus tôt; et nous croyons que, pour l'œsophagotomie, il en a été comme pour la gastro-entérostomie : certains malades déjà inanitiés n'ont pas résisté à l'opération pour n'avoir pas été alimentés à temps. On fera prendre des liquides et des purées. Il est inutile d'essayer de comprimer l'œsophage à travers le pansement au moment de la déglutition. Au quatrième jour, on enlèvera la mèche et au huitième, les fils cutanés.

Dans les cas favorables, quand la suture œsophagienne a tenu, rien ne filtre hors de l'œsophage et la guérison est rapide. Au dixième jour, chez 2 de nos petits malades (1), il ne restait de non cicatrisé que l'orifice cutané de la mèche de drainage.

D'autres fois, au deuxième jour ou plus tard, on constate que les liquides filtrent à travers la suture. Si l'on a bien drainé, cela est sans inconvénient. Il persiste pendant quelque temps une fistule qui se ferme d'elle-même; dans un seul cas, nous l'avons vue durer deux mois.

V

C'est là, à vrai dire, la seule complication de l'œsophagotomie; c'est la seule, du moins, — avec une poussée de bronchopneumonie — que nous ayons observée chez nos 8 opérés, dont 7 ont guéri assez rapidement. La blessure du récurrent peut et doit être évitée; nous n'en parlerons pas. Cependant, objecte-t-on, on meurt après l'œsophagotomie, et cela de trois façons : par bronchopneumonie, par septicémie généralisée, par gangrène du médiastin. Ces accidents — et surtout la bronchopneumonie, qui est indiquée comme la cause de la mort des petits opérés dans de si nombreuses observations, et qui charge la mortalité de l'œsophagotomie — *sont la conséquence bien moins de l'intervention que de l'altération antérieure des parois œsophagiennes.* Et, quoique le fait puisse paraître paradoxal, le meilleur moyen de les prévenir est encore d'avoir recours à l'œsophagotomie précoce.

En effet, dans la plupart des cas, la bronchopneumonie existe avant l'intervention. On pourrait peut-être reprocher à l'anesthésie de donner un coup de fouet aux lésions pulmonaires déjà existantes. Mais comme, chez les jeunes enfants, elle est nécessaire pour la plupart des extractions par les voies naturelles — toujours, dit M. Gross (1) —, le danger est aussi grand dans un cas que dans l'autre. La bronchopneumonie, en pareille occurrence, *est d'origine sanguine; elle a sa porte d'entrée au niveau des ulcérations de la muqueuse, dues à la présence du corps étranger*, et c'est par l'infection des tuniques œsophagiennes à ce niveau que se fait la contamination. Peut-être l'irritation du récurrent englobé dans la péri-œsophagite, comme nous l'avons dit, intervient-elle aussi pour préparer le terrain. Mais ce n'est pas là une complication post-opératoire.

En ce qui nous concerne, nous n'avons eu qu'un seul décès sur nos 8 observations d'œsophagotomie; la fillette qui succomba avait été opérée au quatrième jour, ayant de la température, des râles fins de congestion pulmonaire et des lésions très nettes de péri-œsophagite; elle mourut au bout de *quatre semaines.*

De même, M. Lieblein, dans un cas auquel nous avons tantôt fait allusion, opéra, au lendemain de l'accident, un enfant de un an et demi qui avait déjà des râles diffus des deux poumons, et qui mourut rapidement avec de la bronchite capillaire et de la pneumonie lobaire droite.

Il en est fréquemment ainsi dans les cas publiés. Pour ceux où il n'est pas fait mention de l'état pulmonaire avant l'intervention, il est vraiment surprenant de voir avec quelle rapidité la mort survient. On a peine à croire que les lésions puissent évoluer aussi vite. D'autres fois on étiquette « mort par bronchopneumonie » la fin de tuberculeux cavitaires; ou bien l'infection pulmonaire chez des trachéotomisés. En voici des exemples :

Sur les 10 morts de la statistique de M. Gross, 3 sont attribuées à la bronchopneumonie. Ce sont les faits d'Arnolt, de M. Broca, de M. Reboul. Dans la première de ces observations, qui date de 1833 et que nous ne connaissons que par un court résumé, la mort par pneumonie survint *cinquante-six heures* après l'ablation d'un os resté trente-cinq jours en place (garçon de deux ans et demi). Dans le fait personnel que M. Broca a relaté au cours d'un rapport présenté à la Société de chirurgie de Paris (2), il s'agissait d'un enfant de seize mois, ayant peut-être un rétrécissement cicatriciel dû à un caustique, et sûrement quatre cailloux dans l'œsophage; le soir même de l'intervention, on *tube le petit malade* et le tube, rejeté, puis replacé, reste en place pendant trois jours. Au sixième jour l'enfant mourait; et l'autopsie révélait une *double bronchopneumonie tuberculeuse*, avec une *caverne* et *des noyaux caséeux au sommet gauche.* Il semble difficile d'admettre qu'il s'agisse là de bronchopneumonie post-opératoire!

Dans l'observation de M. Reboul (3), les faits sont plus typiques encore : l'enfant âgé de trois ans et demi a un passé très chargé (rougeole, otite, conjonctivite, *bronchites graves* et *répétées, adénites cervicales suppurées*). Il est petit, débile et souffreteux. On l'opère au sixième jour. La veille, la nuit a été mauvaise, l'enfant a eu de *nombreuses quintes de toux.* Le soir de l'intervention, la température est de 39°9. La mort survient au cinquième jour avec une dyspnée croissante. L'autopsie n'a pas été faite! Ici encore il paraît difficile de parler d'infection pulmonaire post-opératoire, et de mettre cette mort à l'actif de l'œsophagotomie.

Si nous prenons des faits plus récents, nous trouvons, dans la thèse de M. Bourdinière (1), 2 morts par bronchopneumonie chez des enfants. Dans le premier de ces cas (obs. IV), l'exploration avec la sonde avait déterminé des troubles respiratoires tels qu'on dut renoncer à la poursuivre. On fait l'œsophagotomie; au milieu de l'opération, l'*enfant asphyxie*, et on le *trachéotomise;* mort sept jours plus tard par bronchopneumonie. Dans la seconde observation (pièce de 5 centimes déglutie de la veille), le petit malade *meurt moins de vingt-quatre heures après l'opération* et l'autopsie révèle une bronchopneumonie du poumon gauche! Avec la meilleure volonté du monde, il est difficile d'admettre que l'opération puisse causer aussi rapidement des lésions anatomiques pareilles. Aussi souscrivons-nous complètement aux conclusions de M. Mackay (2), disant que « dans beaucoup de cas, la mort peut à peine être attribuée à l'opération ».

Une telle réserve est tout aussi justifiée quand on envisage les autres manières dont meurent les œsophagotomisés : sur les 7 derniers faits mortels de la statistique de M. Gross, nous trouvons 3 décès par accidents phlegmoneux : au troisième jour par abcès rétro-pharyngien (Demarquay, 1854), au deuxième et au troisième jour par phlegmon du cou (Schönborn, 1880, et Monnier, 1883). En outre, il y a une mort par gangrène du médiastin (Gross, 1903), et une par convulsions au bout de dix-huit heures (Gross, 1903). On peut, sans exagération aucune, dire que pareils malades sont morts malgré l'opération et non pas par elle.

Sur ces 10 faits, *une seule mort* est réellement causée, à vrai dire, par l'intervention : c'est le décès d'un petit opéré de M. Frœlich, qui succomba au cinquième jour à une *hémorrhagie* de la thyroïdienne inférieure ou de la jugulaire interne, produite par le contact d'une sonde placée à demeure dans la plaie œsophagienne. Nous avons dit plus haut que c'était là une pratique inutile et dangereuse. Nous avons recueilli ailleurs un fait identique, où la mort survint par ulcération de la jugulaire interne, au contact d'une mèche laissée douze jours en place, en arrière des vaisseaux. Pareil accident doit être évité désormais.

Dans les observations publiées depuis le mémoire de M. Gross, nous avons relevé encore une mort par septicémie survenue dix-huit ou vingt jours après l'opération, sans lésions définies et dans des conditions mal précisées (obs. V de la thèse de M. Bourdinière) : après l'ablation du drain au bout de quatre jours, et après des suites immédiates excellentes, l'enfant se met à vomir. Bientôt les vomissements deviennent incoercibles. On constate alors que la ligne de suture a cédé et qu'il s'écoule à la partie inférieure un liquide séro-purulent. Le mauvais état général s'accentue, les vomissements persistent. La plaie est le siège d'une large ulcération qui va jusqu'à la trachée et descend des deux côtés de l'œsophage, avec un fond sanieux et rouge... la mort survint dans le coma. Il est difficile de conclure à autre chose qu'à une septicémie œsophagienne.

---

(1) NORDMANN. Œsophagotomie externe pour sou resté dans l'œsophage. (*Soc. des sciences méd. de Lyon*, séance du 1er juin 1904, *in Lyon méd.*, 26 juin 1904, p. 1287.) — Voir la discussion qui a suivi cette présentation.

(1) GROSS. De l'œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage chez les enfants. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, fév. 1903.)

(2) BROCA. Rapport sur une observation de M. J. Lemaistre. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 2 déc. 1896, p. 761.)

(3) J. REBOUL. Corps étranger (pièce de 5 centimes) de l'œsophage thoracique chez un enfant; radiographie; œsophagotomie externe; mort par bronchopneumonie. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 25 mai 1898, p. 574.)

(1) J. BOURDINIÈRE. Contribution à l'étude de l'œsophagotomie externe. (*Thèse de Paris*, 1903.)

(2) W. A. MACKAY. A case of œsophagotomy : the after-treatment. (*Lancet*, 2 déc. 1899, p. 1516.)

Mis à part ces 2 derniers cas malheureux, il semble bien que l'on puisse laver l'œsophagotomie des principaux reproches qu'on lui a adressés chez l'enfant. Et si l'on tient compte de ce qu'elle est la seule ressource dans les cas désespérés, on est forcé de convenir que, en dépit de certaines statistiques, elle reste une excellente opération, plus bénigne qu'on ne le dit et d'exécution facile.

D'ailleurs, pour juger de la valeur d'une intervention, il ne faut pas s'en rapporter aux statistiques globales faites d'éléments dissemblables. Les statistiques intégrales, personnelles, ont une valeur tout autre. Dans le cas particulier de l'œsophagotomie, la nôtre nous permet d'abaisser la mortalité de 22 % (Balacesco et Cohn (1), statistique globale chez les enfants), de 14.28 % (Gross, statistique globale), de 14 % (Channac, statistique globale) à 12.5 %, chiffre qui peut paraître encore élevé, mais qui est faible si l'on songe à l'état précaire de certains opérés. Et si nous ajoutons à nos 8 œsophagotomies personnelles 2 autres cas que M. Thévenot, employant le même manuel opératoire, a opérés avec succès dans le service pendant les vacances de ces deux dernières années, nous arrivons à un total de 10 interventions avec un seul décès, soit une mortalité de 10 %.

Nous pouvons maintenant formuler quelques règles concernant la conduite à tenir en présence d'un corps étranger de l'œsophage chez l'enfant. A notre avis, avec les moyens éprouvés dont nous disposons à l'heure actuelle, l'extraction par les voies naturelles, à la pince, sans l'œsophagoscope, n'est autorisée que si le doigt atteint le corps étranger, ou si le miroir pharyngé permet de le voir et de guider les prises de l'instrument.

L'extraction au panier de Graefe expose, malgré toutes les précautions, à des accidents mortels, et doit être condamnée. Le refoulement dans l'estomac n'est permis que pour les objets mousses peu volumineux, d'un diamètre à peine égal à celui de l'œsophage, et pour les corps étrangers attaquables par les sucs digestifs et non toxiques. L'extraction par l'œsophagoscope est peut-être, pour les corps mousses récemment déglutis, malgré ses difficultés chez l'enfant, la méthode de demain.

En tout cas, pour le moment — et sans doute pendant longtemps encore pour les chirurgiens qui prendront plus volontiers un bistouri qu'un œsophagoscope —, étant donné que les corps étrangers, presque toujours, s'arrêtent chez l'enfant en arrière et un peu au-dessus de l'échancrure sternale, *la méthode d'extraction la plus sûre, la moins dangereuse, pour les cas habituels, est l'œsophagotomie externe*, pratiquée au lieu d'élection, suivie de la suture de la musculeuse et du drainage temporaire à l'angle déclive de la plaie.

Quant à la bronchopneumonie dont on a voulu rendre responsable l'œsophagotomie externe, elle est une conséquence de l'infection préexistante et ne saurait faire mettre en discussion les avantages de cette intervention.

L. Bérard, Professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

R. Leriche, Interne des hôpitaux de Lyon.

(1) Balacesco et Cohn. L'œsophagotomie externe cervicale comme traitement des corps étrangers de l'œsophage. (*Rev. de chir.*, fév. 1905, p. 265.)

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Réflexe paradoxal des fléchisseurs; ses relations avec le réflexe patellaire et le phénomène de Babinski, par M. A. Gordon.

On sait que le phénomène des orteils est généralement considéré comme une des manifestations cliniques d'une irritation ou d'une lésion des voies motrices de l'axe cérébro-spinal, et qu'il peut être le premier, voire même le seul signe révélateur d'une perturbation dans le système pyramidal (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 286). On observe, cependant, des cas où, malgré la participation, en apparence non douteuse, de ces voies au processus morbide, le réflexe de Babinski fait défaut. Pour peu qu'il n'existe pas d'autre symptôme suffisamment accentué, cette absence du phénomène des orteils est susceptible de rendre le diagnostic fort malaisé et d'induire en erreur, en faisant croire à une simple névrose là où il s'agit, en réalité, d'une affection organique du système nerveux. Cela étant, il nous paraît utile de signaler ici un autre réflexe accompagné toujours d'exagération des réflexes rotuliens, que M. Gordon a noté dans un certain nombre de cas à symptomatologie fruste où le signe de Babinski faisait défaut.

Voici comment il convient de s'y prendre pour mettre en évidence le réflexe en question :

Le patient étant couché sur le dos ou assis sur une chaise, les pieds (mais non pas les jambes) posés sur un tabouret et légèrement tournés en dehors, afin d'obtenir un relâchement complet des muscles de la jambe, le médecin se place en dehors du membre à examiner, applique les éminences thénar et hypothénar de sa main droite sur la face interne du tibia et exerce avec les doigts une pression sur la portion moyenne ou inférieure du mollet. La pression doit être profonde, de manière à être transmise aux muscles fléchisseurs des couches sous-jacentes; parfois, il est nécessaire de combiner cette manœuvre avec des mouvements latéraux des muscles superficiels. Le réflexe se traduit par une *extension du gros orteil ou de tous les orteils*. Or, comme il est évident que seuls les muscles fléchisseurs entrent ici en jeu, l'auteur propose de désigner le phénomène sous le nom de *réflexe fléchisseur paradoxal*.

Le fait que ce réflexe se substitue assez souvent au signe de Babinski dans les cas où le processus morbide paraît intéresser les voies motrices mérite d'attirer l'attention. Sur 31 malades de cette catégorie examinés par M. Gordon, 12 présentaient à la fois et le réflexe paradoxal et le phénomène des orteils; chez 10 le signe de Babinski existait, mais le réflexe en question était absent, ou *vice versa*; chez les 9 autres le phénomène des orteils était très marqué, le réflexe paradoxal étant cependant peu prononcé du même côté.

D'autre part, M. Gordon a examiné un grand nombre de sujets normaux ou atteints de maladies du système nerveux autres qu'une affection des voies motrices, et chez aucun il n'a pu obtenir le réflexe dont il s'agit.

Ajoutons que, dans les cas d'hémiplégie, ce réflexe se laisse déceler, le plus souvent, du côté sain. (*Rev. neurol.*, 15 novembre 1904.) — L. Ch.

Rein et bacille de Koch, par M. A. Jousset.

Dans le présent mémoire, où il passe successivement en revue toutes les lésions rénales directement ou indirectement produites par le bacille de Koch (amylose exceptée), M. Jousset s'efforce de donner une démonstration anatomique et expérimentale de l'unicité histogénique de ces lésions : toutes les tuberculoses rénales sont hématogènes et descendantes, la tuberculose nodulaire chirurgicale aussi bien que la tuberculose granulique médicale; il n'existe entre elles que des différences volumétriques.

D'après les recherches de l'auteur, cette donnée doit également s'appliquer à la néphrite des tuberculeux, lésion susceptible d'interprétations diverses, mais généralement attribuée jusqu'ici à une élimination de tuberculine par le rein. Or, pour M. Jousset, cette tuberculination, tout hypothétique, est absolument invraisemblable, et l'on peut substituer à la notion de néphrite toxi-spécifique celle de néphrite bacillaire. Toutefois, ce serait là une *bacillisation* d'ordre spécial, discrète (crypto-tuberculose), diffuse et désordonnée du parenchyme rénal, aboutissant à des lésions toutes différentes du nodule tuberculeux spécifique.

La dissémination du bacille, en pareil cas, s'opère encore par la voie sanguine. On parvient en effet, quelquefois par l'examen direct, et plus aisément par l'inoculation conduite suivant une méthode particulière, à démontrer la présence de bacilles erratiques dans le parenchyme ou les vaisseaux des reins de phtisiques atteints de néphrite subaiguë ou chronique. D'autre part, on n'observe dans ces reins ni granulations, ni amylose.

Cette démonstration, facile à faire en ce qui concerne les néphrites congestives et dégénératives ou les néphrites mixtes avec sclérose jeune, est au contraire très délicate pour les cirrhoses rénales constituées. L'inoculation du rein scléreux échoue le plus souvent, ce qui s'explique par l'ancienneté des lésions, l'atténuation ou la mort des bacilles sclérogènes. Cependant, pour ces cas spéciaux, la recherche directe des bacilles dans les foyers scléreux est quelquefois positive, comme l'a déjà signalé M. Heyn (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 108) et comme l'auteur a pu le constater à son tour.

On est donc autorisé à rapprocher les néphrites des tuberculeux des tuberculoses nodulaires du rein. Toutes dérivent d'une bacillisation hématogène qui, suivant son intensité, sa répartition et sa qualité, engendre des lésions spécifiques (grandes ou petites) ou aspécifiques (congestives, dégénératives ou scléreuses).

M. Jousset étudie enfin les rapports de la bacillémie et de la bacillurie; il conclut que, s'il n'y a pas de lésion rénale bacillaire sans infection du sang, inversement il n'y a pas de bacillémie sans atteinte — parfois très minime — du rein, désordres qui ont pour traduction inconstante la bacillurie, et pour traduction constante et nécessaire l'albuminurie, en sorte que ce dernier symptôme, sur lequel l'auteur a naguère attiré l'attention dans ce journal même (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 289-293), constitue au total le meilleur signe clinique de la bacillémie tuberculeuse. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, septembre 1904.)

Dysménorrhée due à l'imperforation d'une des cornes d'un utérus bicorne (uterus bicornis unicollis); ablation de cette corne et de ses annexes; guérison, par M. L. Desguin.

C'est d'un mécanisme assurément peu fréquent que relevait la dysménorrhée douloureuse, dans le cas relaté par M. Desguin; or, quelque rares qu'ils soient, les faits de ce genre méritent d'être connus, car ils peuvent bénéficier d'un traitement chirurgical essentiellement conservateur.

Une femme de trente et un ans, ayant mené à bien une grossesse cinq ans auparavant, se plaignait d'avoir, depuis le début de sa menstruation, des règles très douloureuses : les douleurs commençaient le lendemain de l'apparition de l'écoulement menstruel et persistaient, accompagnées de phénomènes de réaction péritonéale, une quinzaine de jours environ. A l'examen objectif, on constatait tous les signes d'une annexite du côté droit.

Cette femme réclamant instamment une opération, d'ailleurs justifiée par les souffrances qu'elle endurait, l'auteur intervint par voie abdominale. Le péritoine renfermait une centaine de grammes de liquide limpide, teinté de brun. A droite, les annexes formaient un bloc entouré d'adhérences, dont la déchirure laissa voir de petites cavités contenant les unes de la sérosité louche, les autres du sang noir. De ce côté la trompe, très irrégulière, s'insérait sur une masse sphérique ressemblant au premier abord à un fibrome ou à un abcès de la paroi utérine, mais qui, en réalité, n'était autre que la corne droite d'un utérus bicorne. Elle fut enlevée, en même temps que les annexes droites, par une section en biseau portant sur le tissu utérin, lequel fut ensuite soigneusement suturé. Les annexes gauches, qui étaient saines, furent laissées en place.

La dissection de la pièce montra que la corne réséquée ne communiquait plus avec la cavité utérine : atrésiée du côté de l'utérus, elle formait un véritable kyste sanguin qui devait, à chaque époque menstruelle, subir une notable surdistension, d'où l'apparition des crises dou-

loureuses. L'épaisseur de sa paroi, qui ne mesurait guère moins de 1 centimètre, expliquait qu'elle ne se fût pas rompue. Par contre, au niveau de la trompe, moins résistante, l'hémorrhagie cataméniale devait chaque fois soit fissurer la paroi, soit entraîner la rupture d'adhérences vasculaires, d'où l'épanchement hématique constaté dans le péritoine lors de l'intervention : d'après l'auteur, beaucoup de grossesses tubaires dites rompues sont, en réalité, intactes, et c'est par un mécanisme analogue qu'elles déterminent une hémorrhagie intrapéritonéale.

Quoi qu'il en soit, les suites opératoires furent tout à fait normales et, depuis lors, les règles ne sont plus douloureuses. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, septembre-octobre 1904.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Différence entre les deux pouls radiaux, influencée par la position des bras, en cas de processus de rétraction dans la cavité thoracique, par M. J. Sorgo.

L'auteur a eu l'occasion de constater, chez un homme atteint d'un endothéliome de la plèvre, une différence notable entre les deux pouls radiaux (en faveur du côté sain), mais cette différence persistait seulement tant que les bras restaient pendants, pour disparaître dès qu'ils étaient relevés verticalement. La matité et le rétrécissement de la moitié gauche du thorax, l'empiètement de cette matité sur le médiastin supérieur, le résultat caractéristique d'une ponction exploratrice (exsudat séreux avec de nombreuses cellules à vacuoles et cellules épithélioïdes atypiques), l'échec de l'ensemencement de l'expectoration et de l'exsudat, ainsi que le résultat négatif de l'inoculation de l'épanchement aux animaux, permettaient d'exclure, avec certitude, l'hypothèse d'une pleurésie tuberculeuse. Et comme, d'autre part, on ne remarquait aucun signe typique d'un anévrysme, force fut de conclure à l'existence d'un endothéliome de la plèvre. Ce diagnostic une fois admis, il devenait relativement aisé de comprendre le mécanisme du phénomène particulier susmentionné : on avait évidemment affaire soit à des adhérences entre le néoplasme induré et l'artère sous-clavière gauche — adhérences qui déterminaient une coudure du vaisseau, laquelle disparaissait une fois le bras relevé —, soit à une compression de l'artère par la tumeur, compression qui cessait par suite du changement d'attitude du bras et du déplacement consécutif de la sous-clavière.

Porté à admettre la première de ces hypothèses plutôt que la seconde, M. Sorgo s'est demandé si, dans les cas d'induration tuberculeuse des sommets pulmonaires, il ne pourrait pas également s'établir entre ces parties indurées et les artères sous-clavières des rapports anatomiques susceptibles d'influencer plus ou moins le pouls radial. Afin d'élucider ce point, l'auteur rechercha d'une façon systématique, chez tous les tuberculeux qu'il eut l'occasion d'examiner, s'il existait ou non une différence entre les deux pouls selon la position des bras.

Il fut ainsi à même de se convaincre qu'au cours de la tuberculose pulmonaire, il n'est pas rare d'observer une différence entre les deux pouls radiaux, due à la formation d'adhérences entre les sommets rétractés des poumons et les artères sous-clavières. Dans les cas où la coudure créée par les tiraillements que subit le vaisseau se laisse corriger par les modifications dans la position des parties constituantes de la ceinture scapulo-claviculaire, la différence des pouls ne se manifeste que dans une attitude déterminée des bras et disparaît aussitôt que le malade adopte une attitude opposée. Sur les 397 tuberculeux qu'il a examinés à cet égard, M. Sorgo en a trouvé 31 (c'est-à-dire 8 %) offrant une différence entre les deux pouls radiaux, différence se laissant influencer par la position des bras.

D'après l'expérience de l'auteur, le phénomène en question présenterait une certaine valeur diagnostique : son apparition au cours d'une tuberculose pulmonaire témoignerait — en l'absence de toute autre cause accidentelle — de l'évolution d'un processus de rétraction des sommets pulmonaires. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 décembre 1904.) — L. CH.

Tumeurs de l'hypophyse sans acromégalie, par M. J. Kollarits.

Le mémoire de M. Kollarits est consacré à la relation de 2 cas de tumeur du corps pituitaire ayant évolué sans donner lieu à aucun signe d'acromégalie. La corrélation qui existerait entre les deux affections étant toujours sujette à controverse, nous croyons devoir résumer ici les observations en question.

Dans l'une, il s'agit d'une jeune fille de seize ans qui, six mois après avoir contracté la syphilis, fut atteinte de douleurs violentes dans la tête et la nuque, avec exacerbation nocturne. A quelque temps de là, survint une paralysie de l'oculo-moteur externe droit. En outre, il y avait fréquemment des vomissements et du vertige.

Malgré un traitement hydrargyrique sévère, la situation ne tarda pas à se compliquer d'un ptosis droit, d'une paralysie de l'oculo-moteur externe gauche et d'une paralysie bilatérale de l'oculo-moteur commun. Cependant, les douleurs étaient devenues tellement intenses que l'on était obligé de recourir à des injections quotidiennes de 0 gr. 02 centigr. à 0 gr. 06 centigr. de morphine. Peu après, éclatèrent pour la première fois des crises de convulsions toniques avec dyspnée et perte de connaissance, qui se répétèrent souvent par la suite, à intervalles assez rapprochés. La malade succomba neuf mois après le début de l'affection.

A l'autopsie, on se trouva en présence d'un sarcome qui s'était substitué à l'hypophyse sans en laisser intacte aucune partie.

L'autre cas observé par M. Kollarits a trait à une femme de vingt-huit ans chez laquelle, un an avant la mort, apparut, comme premier trouble de la santé, une violente céphalée nocturne. Dans les six mois qui suivirent, la vision s'affaiblit progressivement; l'examen ophtalmoscopique ne révéla, même à la longue, qu'une apparence floue du bord temporal des papilles. Pendant un certain laps de temps, la deuxième branche du trijumeau fut, successivement des deux côtés, le siège d'une anesthésie douloureuse. En outre, il survint une exophtalmie très prononcée.

La malade ayant succombé aux progrès de son affection, on constata, à l'autopsie, l'existence d'un angiosarcome du corps pituitaire, dont aucun élément structural ne put être retrouvé.

Il s'agit donc, dans ces 2 faits, de sujets jeunes, porteurs d'une tumeur ayant détruit l'hypophyse en totalité, sans que toutefois aucun signe d'acromégalie ait pu être dépisté. Au point de vue symptomatologique, il résulte, de plus, de l'étude des observations précédentes que la céphalée nocturne constitue quelquefois un signe trompeur sur lequel on ne saurait baser le diagnostic différentiel entre la syphilis cérébrale et une tumeur intracrânienne. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVIII, 1.) — F. M.

Un cas de hernie abdominale de l'utérus gravide, par M. A. Rosner.

L'observation relatée dans le présent travail nous paraît digne d'être résumée, car elle semble encore unique en son genre.

Une multipare de trente ans avait depuis deux ans une hernie abdominale, quand elle redevint enceinte pour la cinquième fois. Comme elle éprouvait des douleurs et que sa hernie augmentait de volume, elle vint consulter l'auteur : celui-ci constata qu'à la partie antéro-inférieure de l'abdomen, un peu à droite de la ligne blanche, existait une tumeur grosse comme une tête d'enfant et qui paraissait recouverte simplement par la peau; à son intérieur on reconnaissait avec la plus grande netteté des parties fœtales et le fœtus semblait en entier contenu dans la tumeur. Tout autour de la base de cette dernière, on sentait très facilement les bords d'un anneau aponévrotique large comme la paume de la main. On engagea la malade à se laisser endormir, mais cette femme, d'esprit un peu borné, refusa. Elle paraissait être alors au cinquième ou au sixième mois de sa grossesse. Deux mois plus tard, elle revint, accusant de vives douleurs et une gêne extrême allant jusqu'à l'empêcher de marcher. La tumeur était énorme et répondait à peu près au volume d'un utérus à terme.

L'accouchement par les voies naturelles étant impossible, on se décida pour l'opération césarienne. Dès qu'on eut incisé la peau et le péritoine de la hernie, on tomba sur l'utérus qui fut incisé en long. Le fœtus extrait, la matrice se contracta bien et fut facilement réduite à travers l'anneau. Toutefois, comme le volume de l'organe rendait malaisée la fermeture de l'abdomen, et que le col, fermé, ne permettait pas le drainage, on recourut à l'opération de Porro avant de procéder à la reconstitution de l'abdomen. La malade guérit sans complications. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 décembre 1904.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'atropine contre la fièvre puerpérale.

Partant de cette considération que, dans les suites de couches pathologiques, la mise au repos de l'utérus infecté est une condition essentielle de guérison et que l'atropine, en vertu de l'action paralytique qu'elle exerce sur les fibres musculaires, remplit cette indication primordiale d'une manière particulièrement favorable, M. le docteur R. Drenkhahn (médecin militaire allemand) a eu, depuis dix ans, recours à l'alcaloïde en question dans de nombreux cas d'accouchement ou d'avortement suivis d'une ascension thermique. Notre confrère estime que, à cet égard, l'atropine offre sur l'opium l'avantage de ne pas provoquer de constipation opiniâtre; de plus, l'examen de la pupille permet de surveiller aisément et constamment l'action du médicament. Quant aux troubles de l'accommodation consécutifs à l'emploi de l'atropine, ils sont peu gênants; enfin, il est facile de remédier par le cathétérisme à la parésie vésicale que ce remède détermine assez souvent.

L'atropine n'exerce son action que sur l'utérus lui-même; par contre, elle est incapable d'enrayer une infection qui a gagné la voie lymphatique et tend à se généraliser. C'est ainsi que, chez une primipare de vingt-six ans, avec infection localisée à l'utérus, M. Drenkhahn obtint un succès complet en faisant absorber 0 gr. 06 centigr. de sulfate d'atropine en neuf jours, tandis que, chez une autre primipare du même âge, avec infection ayant déjà dépassé l'utérus, l'atropine demeura sans aucune action sur l'évolution des phénomènes généraux.

Le tamponnement des fosses nasales et du nasopharynx à l'aide d'une mèche de gaze munie d'un fil directeur.

Depuis quelques années, M. le docteur G. Lennhoff (de Berlin) a recours, pour le tamponnement des fosses nasales et du nasopharynx, au procédé que voici :

On commence par former avec une mèche de gaze stérilisée une série d'anses que l'on aplatit l'une contre l'autre de façon qu'il en résulte une sorte de soufflet d'accordéon. On traverse ensuite le milieu de ces anses d'un gros fil de soie que l'on fixe à l'une des extrémités de la mèche. Puis on saisit avec une pince l'autre bout du fil, qui est libre, on l'introduit dans la fosse nasale, on le ramène par la bouche et on le fait maintenir à ce niveau par un aide. La partie du fil qui se trouve dans le méat inférieur sert alors à diriger la mèche, que l'on enfonce en la faisant glisser sur le fil. Pour rendre le tampon plus serré, il suffit d'agir, par l'intermédiaire du bout libre du fil qui sort par la bouche, sur l'extrémité de la mèche qui a été introduite en dernier lieu et à laquelle on avait commencé par fixer l'un des bouts du fil.

D'après notre confrère, le tamponnement pra-

tiqué de la sorte serait beaucoup moins brutal que par les procédés habituels. En outre, il ne nécessite pas l'emploi d'un instrument spécial, tel que la sonde de Belloc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 7 et 14 février 1905.

Influence du traumatisme et des mouvements sur l'évolution des ostéo-arthrites tuberculeuses.

M. Lannelongue lit, en son nom et au nom de M. Achard, un travail dans lequel, après avoir rappelé qu'il a déjà établi que la tuberculose ne se comportait pas vis-à-vis des traumatismes de la même façon que les autres infections (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 164), il fournit à l'appui de cette opinion de nouveaux arguments. C'est ainsi qu'après injection de produits tuberculeux humains stérilisés et de cultures pures de tuberculose, MM. Lannelongue et Achard ont pu soumettre des cobayes et même des lapins à des traumatismes variés (contusions articulaires, fractures, luxations, décollements épiphysaires, etc.) sans provoquer l'apparition de lésions tuberculeuses au niveau des régions traumatisées. Au contraire, en inoculant des produits tuberculeux humains impurs (pus, crachats, fragments de poumons, etc., etc.), ils ont vu survenir des arthrites suppurées, ainsi que des arthrites et des ostéites tuberculeuses.

Il ressort, d'autre part, de nombreuses expériences faites sur des lapins, que, chez un animal dont on a rendu les jointures tuberculeuses, les lésions présentent une évolution beaucoup plus rapide lorsqu'on fait exécuter chaque jour, pendant quelques minutes, de légers mouvements aux articulations atteintes. Au bout d'un mois environ, une contracture permanente s'établit, comme cela a lieu chez l'homme.

De plus, l'examen anatomique des articulations, chez les animaux soumis à des mouvements et sacrifiés le cent vingt-quatrième jour de l'expérience, a révélé des lésions très nettes du cartilage d'encroûtement, une dénudation des surfaces osseuses articulaires, des ulcérations osseuses et de l'ostéite tuberculeuse.

Les traumatismes violents pratiqués chez des animaux placés dans les mêmes conditions, mais dont les jointures n'ont pas été mobilisées, n'ont rien produit de pareil.

La conclusion pratique qui se dégage de ces recherches, c'est que l'immobilisation est le traitement de choix des arthrites tuberculeuses chez l'homme; elles prouvent, en outre, qu'il y a un véritable danger à laisser ces articulations libres et surtout à leur faire exécuter des mouvements pour augmenter l'étendue du champ articulaire.

Pylorospasme avec hypersécrétion et tétanie.

M. Lancereaux fait, à propos d'une note de MM. Jonnesco et Grossman (de Bucarest), un rapport que nous résumons ainsi :

Il existe actuellement dans la littérature médicale une quarantaine de cas de tétanie dus à un rétrécissement fibreux, cicatriciel ou cancéreux de l'orifice pylorique de l'estomac.

Considéré par certains auteurs comme un effet de l'hypersécrétion acide de l'estomac, ce rétrécissement, d'après le rapporteur, est la véritable cause des accidents gastriques, non seulement dans les cas de cancer, où la sécrétion acide de l'estomac est diminuée, mais encore lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement fibreux ou cicatriciel.

L'obstacle apporté au cours des matières alibiles par les diverses variétés de rétrécissement rend compte à la fois de la dilatation de l'estomac et des fermentations qui se produisent au sein de son contenu.

On doit supposer l'existence d'un rétrécissement de l'orifice du pylore toutes les fois que l'on se trouve en présence d'un malade atteint de crises de vomissements et de péristaltisme; lorsque à ces deux signes viennent s'ajouter des accès de tétanie, le doute n'est plus possible.

On est alors autorisé à intervenir chirurgicalement, comme l'ont fait avec succès MM. Jonnesco et Grossman, pour lever l'obstacle au cours des matières alimentaires. Sur 11 cas, réunis par ces auteurs, où l'opération a été pratiquée, il y a eu 8 guérisons et 3 morts par complications péritonéales post-opératoires.

Sur la distomatose hépatique au Tonkin.

M. Kermorgant fait une communication dans laquelle, se basant sur des faits qui ont été recueillis par M. Gaide (médecin des troupes coloniales), il insiste sur la fréquence de la distomatose hépatique au Tonkin. Cette affection, causée par le *Distoma sinense*, est extrêmement commune chez les indigènes, dont les selles contiendraient presque toujours les œufs de ce parasite; elle se traduit par une congestion du foie avec hypertrophie notable de l'organe, signes d'insuffisance hépatique, ictère plus ou moins accusé, etc., mais ne paraît pas avoir en soi un pronostic bien sombre; il est évident, en tout cas, qu'elle constitue une cause aggravante de toute affection hépatique déjà existante ou se produisant ultérieurement.

Dangers du lait des vaches tuberculeuses, même en l'absence de mammite.

M. Moussu communique une série de recherches expérimentales sur le lait des vaches tuberculeuses, et conclut en disant que toute vache tuberculeuse devrait être exclue de la production laitière, parce que la tuberculisation mammaire au début est impossible à déceler d'une façon certaine, et surtout parce que des bacilles virulents peuvent passer au travers d'une mamelle saine.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 février 1905.

Myélites par toxines tuberculeuses.

M. E. Clément. — On a décrit, chez les tuberculeux, des névrites périphériques indépendantes de toute lésion médullaire ou radiculaire, et dues à l'action des toxines bacillaires. J'ai pu constater qu'il existe aussi des myélites toxiques tuberculeuses, comparables, au point de vue pathogénique, à ces névrites périphériques.

Cliniquement, ces myélites réalisent le syndrome du *tabes incipiens* (douleurs fulgurantes, abolition des réflexes rotuliens, signe de Romberg, signe d'Argyll-Robertson), au point de masquer les troubles pulmonaires sur lesquels, du reste, les malades n'attirent pas l'attention. On pourrait parler, en pareil cas, d'une « forme larvée, initiale de la tuberculose pulmonaire à type tabétique ».

Autant que j'ai pu en juger, ce syndrome tabétique ne poursuit pas son évolution, mais s'en tient à sa première période ; de son côté, la tuberculose m'a paru avoir une marche lente dans les cas de ce genre.

Les gaz du sang artériel dans l'anesthésie chloroformique.

M. J. Tissot adresse une note relative à des expériences d'où il résulte que, au cours de l'anesthésie chloroformique, la proportion des gaz contenus dans le sang artériel ne varie pas tant que la ventilation pulmonaire ne subit pas elle-même de modifications appréciables. Quand la ventilation pulmonaire diminue, le taux de l'oxygène artériel diminue également. Au contraire, si la ventilation pulmonaire augmente, ce qui est constamment le cas lorsqu'on emploie des doses faibles de chloroforme, la proportion d'oxygène fixé par le sang artériel devient supérieure à la normale.

MM. H. Bertin-Sans et **J. Gagnière** envoient une note tendant à démontrer que l'accommodation visuelle est due non à un phénomène actif, comme l'admet la théorie d'Helmholtz, mais bien à un phénomène passif, ainsi que l'a soutenu M. Tscherning.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 3 et 10 février 1905.

Effets immédiats de la décapsulation du rein dans les néphrites.

M. Claude. — J'ai observé avec M. Duval 2 malades atteints de néphrite scléreuse compliquée d'accidents urémiques, chez lesquels la décapsulation de l'un des reins a permis d'étudier les effets de cette opération au point de vue clinique et physiologique.

Chez le premier patient, artérioscléreux âgé de cinquante et un ans, ayant 1 gramme d'albumine par litre d'urine et offrant des symptômes d'urémie et de l'amblyopie, on nota après la décapsulation une augmentation considérable des éliminations urinaires évaluées par la cryoscopie et par l'analyse chimique. L'urée notamment s'éleva jusqu'à 48 grammes par jour, puis peu à peu les éliminations récupérèrent leur taux normal. En même temps, l'état général s'améliora, l'albuminurie disparut presque complètement, les phénomènes urémiques cessèrent, la pression artérielle descendit à 22 centimètres et l'amblyopie parut diminuer.

Le second malade, âgé de trente et un ans, présentait des accidents urémiques extrêmement graves (anurie, dyspnée, vomissements), survenus au cours d'une néphrite saturnine de date ancienne. On nota, pendant les jours qui précédèrent l'opération, des signes d'affaiblissement cardiaque, indice d'une péricardite qui ne se révéla d'une façon certaine que le lendemain de l'opération. Malgré cette complication, le malade supporta bien l'intervention, les éliminations augmentèrent peu à peu, les accidents urémiques s'atténuèrent, mais le quatrième jour survint subitement une congestion œdémateuse du poumon, qui détermina la mort en quelques heures.

Vu les constatations faites dans ces 2 cas, on peut admettre que la décapsulation d'un seul rein suffit à déterminer une augmentation notable des éliminations urinaires dans certaines formes de néphrite et qu'elle provoque un abaissement de la pression artérielle. L'activité fonctionnelle du rein est donc accrue avec un moindre travail du cœur. La décapsulation me paraît particulièrement indiquée chez les sujets atteints de néphrite chronique scléreuse, dont les reins, jusque-là perméables, sont frappés d'insuffisance sous l'influence de poussées congestives et œdémateuses; en libérant les parties restées saines de ces organes et en facilitant la circulation, cette opération peut assurer à nouveau la dépuration urinaire.

M. Bernard. — L'exagération des éliminations urinaires qui succède à la décapsulation du rein est un phénomène essentiellement passager, et cela vraisemblablement parce que le débridement du tissu rénal consécutif à cette intervention est lui-même temporaire. Quand on sacrifie, en effet, les animaux qui ont subi quelque temps auparavant la décapsulation, on constate une régénération complète de l'enveloppe du rein, qui enserre cet organe de toutes parts et l'étrangle souvent plus qu'il ne l'était avant l'opération. Il n'est pas démontré, il est vrai, que les choses se passent de la même façon chez l'homme que chez l'animal; on peut cependant redouter, en s'appuyant sur ces résultats expérimentaux, que la décapsulation de reins humains déjà scléreux — après un amendement non douteux, mais éphémère, des accidents mécaniques ou néphritiques — ne favorise bientôt la production de nouveaux foyers de sclérose. En somme, les résultats fournis par la décapsulation du rein dans les cas d'urémie ne me paraissent pas supérieurs à ceux que l'on obtient couramment avec la saignée.

M. Claude. — Je crois la décapsulation préférable à la saignée, parce qu'elle modifie profondément le fonctionnement du rein sur lequel les émissions sanguines restent sans action. Il me semble également difficile d'admettre que la capsule qui se reforme après la décapsulation soit capable de déterminer un étranglement du tissu rénal comparable à celui qui existait auparavant, car cette capsule est surtout constituée par un tissu conjonctif lâche, facilement perméable aux vaisseaux.

Claudication intermittente et thrombose de l'aorte abdominale chez un tabagique.

M. Rénon montre l'aorte abdominale d'un homme de cinquante-huit ans, atteint depuis cinq ans d'une claudication intermittente et chez lequel l'auscultation du cœur révélait une arythmie très prononcée, sans aucun bruit pathologique, qui succomba à la suite d'une gangrène des orteils du pied gauche avec asphyxie générale des extrémités.

A l'autopsie, on trouva l'aorte athéromateuse au niveau de sa crosse et de sa portion thoracique, et complètement oblitérée dans sa portion abdominale par un caillot adhérent. Ce caillot commençait au niveau de l'orifice de l'artère mésentérique inférieure restée libre, et s'était étendu progressivement aux artères iliaques et à celles de tout le membre inférieur, jusqu'à la pédieuse.

Le patient n'était ni alcoolique, ni syphilitique, mais il fumait avec excès et c'est peut-être là la cause de ses accidents, le tabac étant, comme l'adrénaline, un poison vaso-constricteur. A ce point de vue, il est intéressant de noter que naguère M. Erb a signalé la forte proportion de grands fumeurs que l'on rencontre parmi les sujets atteints de claudication intermittente (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 142).

M. Josué rappelle qu'il a pu pratiquer à des chiens des injections intraveineuses de nicotine pendant un temps très long, sans jamais déterminer la moindre altération de l'aorte ni des autres vaisseaux. On sait, par contre, que ces lésions se produisent très rapidement à la suite d'injections d'adrénaline.

Confusion mentale primitive avec lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

M. Dufour relate, en son nom et au nom de M. Brelet, l'observation d'une jeune femme de vingt ans, hystérique, qui présentait tous les signes du syndrome psychopathique connu sous le nom de confusion mentale, en même temps qu'un certain état fébrile. Or, au cours de ces accidents, l'examen du liquide céphalo-rachidien extrait par ponction lombaire décela la présence d'un très grand nombre de lymphocytes.

Il semble résulter de cette constatation, non signalée jusqu'ici, que le cortex et les méninges ne sont pas étrangers au processus de la confusion mentale. En outre, ce fait prouve que, contrairement à ce qui est généralement admis, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, chez les sujets atteints de troubles psychiques, n'est pas un indice certain de paralysie générale.

M. Mosny dit avoir constaté également une lymphocytose très nette du liquide céphalo-rachidien chez 2 femmes atteintes, l'une de confusion mentale, l'autre de délire et d'agitation de parole et d'action. Or, ces malades offraient une tumeur blanche (du genou chez l'une, du cou-de-pied chez l'autre); on peut donc admettre que chez elles la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dépendait d'une réaction méningée d'origine tuberculeuse.

Sialorrhée réflexe au cours des cancers de l'œsophage.

M. Antony communique les observations de 3 malades atteints de cancer de l'œsophage, qui ont présenté à diverses reprises, au cours de leur affection, une salivation incessante de jour et de nuit, composée à la fois de salive buccale ou parotidienne et d'un liquide provenant de la sécrétion exagérée des glandes du pharynx et de l'œsophage. Cette sialorrhée réflexe par irritation de la muqueuse œsophagienne est encore accrue par la régurgitation des liquides qui s'accumulent dans le diverticule œsophagien situé au dessus des tumeurs de cet organe.

Cas de neurofibromatose avec autopsie.

M. Laignel-Lavastine montre, en son nom et au nom de M. R. Leroy, les nerfs brachial cutané interne, médian, cubital, radial et sciatique poplité externe d'une femme de vingt-quatre ans, atteinte de neurofibromatose généralisée. Ces nerfs, disséqués jusqu'à leurs filets terminaux, sont le siège de petites tumeurs ovoïdes formant de distance en distance des renflements d'autant plus apparents qu'on examine des filets nerveux de plus petit calibre. Dures et blanchâtres, ces tumeurs paraissent faire corps avec le tronc nerveux dont elles partagent la gaine fibreuse. Il n'a pas été constaté de productions semblables au niveau des centres nerveux ni des viscères.

M. Danlos fait une communication avec présentation de malades, tendant à démontrer que, jusqu'à présent, l'introduction du radium dans la thérapeutique des affections cutanées n'a pas donné de résultats supérieurs à ceux des autres procédés de traitement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 4 et 11 février 1905.

Régime circulatoire de la glande hépatique.

M. E. Géraudel. — Il résulte d'une série de recherches (coupes sériées, injections vasculaires) que je viens de faire dans le but de préciser le domaine respectif de l'artère hépatique et de la veine porte, que le premier de ces vaisseaux — qui serait mieux nommé artère biliaire — irrigue exclusivement les territoires biliaires de la glande hépatique, ainsi que les voies biliaires extra et intra-hépatiques, à l'exclusion des lobules de cette glande, tandis que la veine porte assure uniquement la nutrition de la glande hépatique proprement dite, c'est-à-dire des lobules.

En d'autres termes, si l'on compare le foie au poumon, on constate que l'artère hépatique ou biliaire correspond à l'artère bronchique et la veine porte à l'artère pulmonaire.

Méthode clinique de dosage de l'acidité du suc gastrique.

M. P. Carnot. — La méthode de dosage de l'acidité gastrique sur laquelle je désire appeler l'attention est analogue à celle des tubes de Mett, pour l'appréciation de l'activité digestive des différents sucs. Elle consiste à utiliser des tubes capillaires remplis de gélose dans laquelle on a incorporé une petite quantité de phosphate bicalcique. Ce sel se dissolvant dans les milieux acides, il suffit, pour connaître la quantité d'acide chlorhydrique contenue dans un suc gastrique, de placer un des tubes de gélose phosphatée dans le liquide à essayer et de mesurer la longueur de la portion de ce tube où s'est effectuée la dissolution du phosphate de chaux. La comparaison du chiffre obtenu avec ceux qui sont fournis par des solutions étalons d'acide chlorhydrique indique le taux d'acidité du liquide examiné.

Influence de la splénectomie sur l'inoculation de bacilles tuberculeux dans le péritoine.

M. F. Arloing (de Lyon). — Dans les cas ordinaires, le bacille tuberculeux de S. Arloing, poussant dans le bouillon en cultures homogènes, inoculé dans le péritoine du lapin, permet une survie de deux à trois mois avec conservation passable de l'état général. A l'autopsie, on trouve des tubercules épiploïques très petits et rares, sans autres lésions organiques.

Si l'on pratique la splénectomie au cours de cette infection, on constate que cette opération favorise chez le lapin et le cobaye l'envahissement bacillaire. La preuve en est que chez les animaux splénectomisés les lésions épiploïques sont plus accusées que chez les témoins.

Cependant la splénectomie, dans l'infection péritonéale, exerce une action favorisante moins marquée que dans l'infection intraveineuse par les mêmes bacilles (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 405).

Augmentation de la durée de la gestation coïncidant avec des troubles mentaux.

M. Ch. Féré relate l'observation d'une jeune femme de vingt-neuf ans, ayant eu antérieurement 3 enfants venus au monde exactement à neuf mois et qui, s'étant trouvée enceinte pour la quatrième fois alors qu'elle avait une atteinte de confusion mentale, ne fut délivrée qu'au bout de dix mois, bien qu'à ce moment la guérison de l'affection mentale fût avérée depuis cinq mois environ. Il fut possible, dans ce cas, de calculer assez exactement l'âge de la grossesse, la malade ayant dû être isolée une semaine après le dernier rapport sexuel.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 25 janvier et 1er février 1905.

La photothérapie du lupus.

M. Levy-Dorn déclare, à propos de la récente communication de M. E. Lesser sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 45), qu'il est indéniable que la photothérapie donne parfois des guérisons complètes, dans les cas de lupus; même quand ce résultat n'est pas obtenu, l'amélioration est des plus appréciables. Comme moyen adjuvant de la photothérapie, l'orateur préconise la photocautérisation.

M. Holländer fait observer que la photothérapie n'est pas applicable au lupus des muqueuses, lequel représente 60 % des cas au minimum; à cet égard, le traitement par l'air chaud lui est supérieur. L'orateur est d'avis qu'il faut commencer par ce dernier, puis compléter le résultat en ayant recours à la photothérapie ou aux substances radioactives.

M. Blaschko croit qu'il est inexact de dire, comme l'a fait M. E. Lesser, que la photothérapie est le seul caustique à action élective; les caustiques chimiques forts (lessive de potasse, acide chlorhydrique) ou faibles (acide pyrogallique) agissent aussi d'une façon élective; quand ils ont détruit la plus grande partie du tissu lupique, on peut achever la guérison, ainsi que le fait M. Holländer après le traitement par l'air chaud, au moyen des rayons lumineux ou des substances radioactives. Enfin, il ne faut pas négliger la tuberculine, qui a donné d'assez nombreux succès à l'orateur.

M. Senator cite à ce sujet un cas de lupus qu'il a traité, en 1890, par la tuberculine et qui, il y a deux ans, était encore exempt de récidive.

M. F. Lesser pense que c'est surtout pour reconnaître si la guérison est complète que la tuberculine peut rendre des services : tant que cette substance détermine la moindre réaction, on peut être assuré qu'il reste quelque noyau tuberculeux.

Quant à la photothérapie, l'orateur estime que la longueur du traitement, et son prix élevé, en font une méthode peu pratique, malgré les excellents résultats qu'elle donne au point de vue cosmétique.

Hypospadias féminin avec intégrité des organes génitaux.

M. Mackenrodt présente une jeune fille qui offrait un hypospadias complet. Le canal de l'urèthre était remplacé par une fente ouverte sur le côté droit du vestibule et atteignant en profondeur le col de la vessie : on eût dit que la paroi uréthrale avait été sectionnée d'un coup de ciseaux. Mais la particularité la plus remarquable de cette observation, c'est que la malformation était strictement limitée à l'urèthre, les organes génitaux, tant internes qu'externes, étant absolument normaux.

D'après l'orateur, on ne trouverait dans la littérature médicale qu'un fait de ce genre (Slawjanski), et encore laisse-t-il place au doute, car l'incontinence d'urine, révélatrice de l'hypospadias, n'apparut qu'après trois ans de mariage, de sorte que l'on peut supposer qu'il s'agissait d'une lésion acquise, par traumatisme lors des rapprochements sexuels.

Chez sa malade, M. Mackenrodt a fait une autoplastie qui a donné un résultat fonctionnel parfait.

M. Arnheim communique un cas de sténose congénitale très prononcée de l'orifice pulmonaire, ayant simulé une persistance du trou de Botal.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 6 février 1905.

Le diabète sucré chez l'enfant.

M. Langstein fait une communication tendant à démontrer que le diabète sucré est plus fréquent chez l'enfant qu'on ne le croit d'ordinaire; c'est ainsi qu'en moins d'un an l'orateur a pu en observer 8 cas dans le service de M. Heubner.

Le diagnostic de cette affection est en général délicat dans l'enfance, la polydipsie et la polyphagie y faisant souvent défaut. En outre, il faut se tenir en garde contre l'erreur créée par la lactosurie qui est assez commune chez les jeunes sujets atteints de gastro-entérite, et qui n'a rien à voir avec le diabète.

Au point de vue de l'étiologie, on pouvait, dans 2 des cas relatés par M. Langstein, incriminer un traumatisme céphalique; dans 1 cas

seulement l'hérédité était en cause : le père du petit malade, ainsi qu'une sœur de ce dernier, âgée de cinq ans, étaient morts diabétiques.

Les troubles des échanges organiques sont parfois très accentués dans le diabète infantile : dans une des observations communiquées par l'orateur, un enfant de quinze mois éliminait de 200 à 250 grammes de sucre par jour, et 14 grammes d'acide oxybutyrique. Pour diminuer l'excrétion de cet acide, on abaissa la quantité de graisse alimentaire en substituant au lait du babeurre; en outre, on obtint de bons résultats contre la glycosurie en donnant, comme hydrocarboné, de la farine d'avoine; sous l'influence de ce régime, l'élimination de sucre descendit à 70 ou 80 grammes, celle d'acide oxybutyrique à 2 ou 3 grammes.

Le diabète infantile a un pronostic très grave; il aboutit presque toujours à un coma mortel; c'est que l'enfant, même quand on réduit notablement la quantité des substances hydrocarbonées de son régime, offre une tendance marquée à l'acidose. L'orateur a cependant observé un cas de guérison, chez une fillette de sept ans, sans traumatisme, sans hérédité, dont les urines contenaient de 1 à 2 % de sucre; grâce à la farine d'avoine, la glycosurie tomba à 0.4, puis à 0.1 %, enfin disparut; après deux semaines on put redonner des hydrates de carbone ordinaires sans retour offensif de la glycosurie.

Pour l'orateur, le régime à la farine d'avoine constitue le meilleur traitement de l'affection.

M. Litten rappelle qu'il existe un coma dyspeptique simulant de très près le coma diabétique, où notamment l'haleine et les urines ont l'odeur d'acétone, et qui cependant n'a rien à voir avec le diabète; il ne faut donc pas, chaque fois qu'il existe des manifestations comateuses avec élimination d'acétone, en conclure sans plus qu'il s'agit d'un état diabétique.

M. Magnus-Levy confirme la gravité exceptionnelle du diabète infantile; il y a cependant des exceptions, et l'orateur peut citer le cas d'un homme de trente ans, diabétique depuis son enfance.

Pour ce qui est du régime, M. Magnus-Levy n'a pas obtenu toujours de bons effets de la farine d'avoine. Quant à la limitation des graisses pour diminuer le taux d'acide oxybutyrique, l'orateur fait observer que ses propres recherches expérimentales lui permettent de penser que ce n'est pas seulement aux dépens des aliments que cette dernière substance prend naissance; d'ailleurs, si l'on doit restreindre le plus possible chez les diabétiques l'ingestion des hydrocarbonés, réduire aussi celle des albuminoïdes, limiter enfin celle des graisses, que restera-t-il à leur donner?

M. Mohr dit avoir au contraire obtenu d'excellents effets de la cure de farine d'avoine; mais il est essentiel pour cela de supprimer toute autre substance hydrocarbonée. La farine d'avoine sera donnée à la dose quotidienne de 250 grammes; on peut y ajouter quelque albuminoïde et un peu de beurre. Qu'avec ce régime l'assimilation des hydrocarbonés soit suffisante, la chose est démontrée par l'augmentation de poids qu'offrent les malades.

M. Hirschfeld craint que l'administration de babeurre, prescrite par M. Langstein, ne soit pas sans inconvénient, en ce qu'elle réduit par trop le taux des substances grasses. Quant à la farine d'avoine, elle a donné à l'orateur des succès et des échecs; certains malades par exemple ne la supportent pas; mais il est incontestable qu'elle diminue l'acidose, et à ce titre elle mérite toujours d'être essayée.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 11 février 1905.

L'épidémie actuelle d'influenza.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Kretz** a signalé que, sur les nombreux cadavres dont il a fait l'autopsie cet hiver, il n'y en a que 11 où il ait pu trouver le bacille de Pfeiffer; l'hiver passé, le nombre des cas positifs fut de 18; il y a deux ans, il atteignit 32. D'autre part, la recherche du même microbe dans l'expectoration de sujets offrant le tableau clinique de l'influenza a toujours été négative cette année. Ces faits tendent à démontrer que l'influenza épidémique s'éteint et que les cas actuels ressortissent à la grippe endémique, laquelle est contagieuse, mais bénigne.

M. C. Sternberg dit avoir examiné cet hiver les crachats de 70 malades atteints d'influenza et n'avoir trouvé que 13 fois le bacille de Pfeiffer; dans les autres cas, il y avait des diplocoques, du bacille de Friedländer. Sur les pneumonies mortelles observées cette année au « Rudolfiner-Haus », il n'y en eut que 5 à bacilles de l'influenza; l'année passée, on en compta 4 dans le même espace de temps; en 1899, pendant l'épidémie d'influenza, il y en eut 100. Ces recherches prouvent également qu'il ne s'agit pas actuellement d'influenza épidémique.

Le traitement chirurgical des calculs biliaires.

M. Fink (de Carlsbad), se basant sur 50 observations de lithiase biliaire chirurgicalement traitée, déclare qu'à son avis l'opération est indiquée dans les cas de longue durée, quand il y a infection des voies biliaires ou occlusion chronique du canal cholédoque; c'est surtout dans cette dernière éventualité qu'il ne faut pas attendre longtemps, sous peine de voir survenir des complications graves. Les 50 interventions pratiquées par l'orateur comprennent : 6 cholécystostomies, 17 cholécystectomies, 1 cholécystentéro-anastomose, 11 cholédochotomies, 15 cholédochotomies avec cholécystectomie. Un seul malade a succombé à la suite de l'opération.

M. Clairmont attire l'attention sur la dégénérescence maligne de la vésicule biliaire dans la cholélithiase; cette complication fut trouvée, dans le service de M. von Eiselsberg, 13 fois sur 56 opérations.

M. J. Schnitzler estime que les indications du traitement opératoire des calculs biliaires doivent être plus radicales que ne l'a indiqué M. Fink, parce que l'expectation fait perdre un temps précieux pendant lequel il peut survenir des lésions graves, telles que la perforation de la vésicule biliaire.

M. von Eiselsberg regarde la cholécystectomie comme l'opération idéale dans la cholélithiase. Le canal cystique doit être extirpé aussi complètement que possible, pour obvier à la possibilité de la formation d'une nouvelle vésicule aux dépens du moignon du canal cystique, vésicule dans laquelle pourraient de nouveau se former des calculs. La cholécystentérostomie doit être réservée à des cas spéciaux, ceux, par exemple, où il y a compression ou rétrécissement du canal cholédoque.

L'action de l'adrénaline sur les vaisseaux.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. L. Braun** a relaté les résultats des recherches qu'il a entreprises pour élucider la question de savoir si l'artériosclérose consécutive à l'emploi de l'adrénaline est due à l'élévation de la pression sanguine ou à l'action toxique du médicament. Ces expériences ont confirmé d'abord le fait que l'usage prolongé de l'adrénaline donne lieu à une artériosclérose typique. De plus, cet effet se produit même lorsque l'élévation de la pression sanguine, provoquée par l'adrénaline, a été empêchée par l'injection simultanée de nitrite d'amyle. D'où la conclusion que c'est à l'action toxique de l'adrénaline qu'il faut attribuer l'artériosclérose.

Ce fait montre, de plus, que la diminution thérapeutique de la pression dans l'artériosclérose humaine ne constitue qu'un traitement symptomatique, sans influence sur l'affection elle-même.

Le chimisme gastrique et l'atonie de l'estomac.

Dans la séance du 9 février de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE, **M. R. Kaufmann** a dit avoir examiné le chimisme gastrique de 22 individus sains et avoir trouvé qu'il y avait 2 fois acholie, 3 fois absence d'acide chlorhydrique libre, 8 fois l'acidité totale était inférieure à 60, 9 fois elle dépassait ce taux. La limite supérieure de l'acidité était de 80 à 100, la quantité d'acide chlorhydrique libre variait de 0 à 3 ‰. Les chiffres classiques (30 à 60 d'acidité totale, 0.07 à 1.5 ‰ d'acide chlorhydrique libre) ne sont donc pas exacts.

On attribue généralement les troubles dont souffrent les malades atteints d'hypo ou d'hyperacidité à la diminution ou à l'exagération de l'acidité. Or, l'orateur a constaté, dans 20 cas d'hyperacidité, que l'acidité, 4 fois seulement supérieure à 90, était inférieure à 80 dans la moitié des cas; dans un tiers elle était même au-dessous de 70. La quantité d'acide chlorhydrique libre était 9 fois inférieure à 1.5 ‰; sa limite supérieure était 2.4 ‰. Chez les patients offrant les troubles ordinaires de l'hyperacidité, l'acidité du suc gastrique n'était donc pas supérieure à ce qu'elle est chez l'homme sain. Inversement, dans 15 cas de prétendue hypoacidité, l'acidité n'était le plus souvent pas inférieure à la normale.

Les troubles gastriques doivent donc être attribués à un autre facteur que les variations de l'acidité; ce facteur, pour M. Kaufmann, est l'atonie de l'estomac, que l'on peut mettre en évidence par l'insufflation d'air et par l'examen radioscopique; plus rarement, c'est la neurasthénie qu'il faut incriminer. Ce qui prouve le bien fondé de cette opinion, c'est la disparition de l'atonie après la guérison, alors que le degré de l'acidité reste le même.

Dr SCHNIRER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

PHYSIOLOGIE

Ewart (R. J.). The mechanism of the aortic valves in health and disease. (*Lancet*, 26 nov.)

Grijns (G.) et **Noyons** (A. K.). De absolute gevoeligheid van het menschelijk oog voor licht. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 10 déc.) — La sensibilité absolue de l'œil humain à l'égard de la lumière.

Herz (M.). Ueber den Einfluss von Kaltreizen auf die Arterien. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 nov.) — Influence du froid sur les artères.

Mendel (L. B.). Some aspects of the newer physiology of the gastrointestinal canal. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 nov.)

Oppenheimer (C.). Die Fermente und ihre biologische Bedeutung. In-8°, 48 p. Berlin.

Ott (I.). A text-book of physiology. In-8°, 563 p. avec fig. Philadelphie.

Pineles (F.). Klinische und experimentelle Beiträge zur Physiologie der Schilddrüse und der Epithelkörperchen. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 1-2.) — Recherches cliniques et expérimentales sur la physiologie du corps thyroïde et des corpuscules épithéliaux.

Pruszynski (J.). O ozywianiu serca. (*Gaz. lekarska*, 19 nov.) — De la résurrection du cœur.

Réthi (L.). Die sekretorischen Nervenzentren des weichen Gaumens. (*Wien. med. Presse*, 27 nov.) — Les centres sécréteurs du voile du palais.

Strajesko (N.). Contribution à la physiologie de l'intestin (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 déc.)

Voïatchek (V.). L'étude de la fonction de l'oreille moyenne basée sur l'anatomie comparée (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, nov.)

Wertheim-Salomonson (J.) et **Schoute** (G. J.). Psycho-optische onderzoekingen over het verband van de prikkelingswet met de wet van Weber-Fechner. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 3 déc.) — Recherches psycho-optiques sur la corrélation entre la loi d'excitation et la loi de Weber-Fechner.

MÉDECINE

Abbruzzetti (A.). Sul collasso delle vene in rapporto con la pressione nell'atrio destro; studio critico-sperimentale. (*Riforma med.*, 6, 13, 20 et 27 sept. et 4 oct.)

Aldrich (Ch. J.). Compressed-air illness, or caisson disease. (*Med. News*, 26 nov.)

Bernheim. De l'accélération et du ralentissement du pouls par numération accélérée et ralentie à haute voix. (*Rev. de méd.*, déc.)

Bradford (E. H.). Arthritis deformans. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 17 nov.)

Cecchini (A.). Contributo allo studio del sintoma del Grocco con speciale riguardo alla pleurite sierosa o sierofibrinosa destra. (*Riv. critica di clinica medica*, 26 nov.)

Cecikas (J.). Des affections syphilitiques du cœur. (*Rev. de méd.*, déc.)

Ferrarini (G.). Sopra un caso di splenomegalia con cirrosi epatica; ricerche cliniche e anatomo-patologiche. (*Sperimentale*, LVIII, 4.)

Funkenstein (O.). Ueber Polyposis intestinalis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.)

Gairdner (W. T.). On the methods of percussion employed in Edinburgh and Glasgow; with special reference to the importance of minimising the stroke in most cases in the delimitation of areas. (*Edinburgh Med. Journ.*, nov.)

Gaultier (R.). Mort subite chez un diabétique avec albuminurie présentant à l'autopsie de la thrombose coronarienne avec ramollissement limité de la pointe du cœur, sans rupture. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, oct.)

Gennari (C.). Sopra un caso di perforazione del setto interventricolare determinata da endocardite ulcerosa. (*Riv. critica di clinica medica*, 5 nov.)

Giglio (G.). Contributo clinico allo studio della « bronchite fibrinosa essenziale ». (*Gazz. degli Osped.*, 27 nov.)

Gilbert (A.) et **Lereboullet** (P.). La maladie de Banti existe-t-elle? (*Rev. de méd.*, déc.)

Schönborn (S.). Gefrierpunkts- und Leitfähigkeits-Bestimmungen; ihr praktischer Wert für die innere Medizin. In-8°, 77 p. Wiesbaden. — La détermination du point de congélation et de la conductibilité et sa valeur en pathologie interne.

Schrötter (H. von). Beitrag zur Oesophagoskopie bei Fremdkörpern. (*Wien. med. Wochensch.*, 5 et 12 nov.) — Sur l'œsophagoscopie pour corps étrangers.

Seiler (F.) et **Ziegler** (H.). Ueber die Sahlische Methode der Magenuntersuchung; Erwiderung auf die Kritiken derselben. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 5-6.) — Sur le procédé de Sahli pour l'examen de l'estomac.

Shoemaker (J. V.). A case of Hodgkin's disease. (*New York Med. Journ.*, 12 nov.)

Sicard (M. H.). A contribution to the study of ulcerative endocarditis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Strasburger (J.). Ein Verfahren zur Messung des diastolischen Blutdruckes und seine Bedeutung für die Klinik. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 5-6.) — Un procédé pour mesurer la pression sanguine pendant la diastole et sa valeur en clinique.

Tallant (Alice W.). Some observations on the occurrence of Broadbent's sign. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 27 oct.)

Tolot et **Sarvonat.** Contribution à l'étude de la rupture spontanée de l'aorte. (*Rev. de méd.*, nov.)

Villanène (K.). 2 cas de cancer primitif des poumons (en russe). (*Roussk. Vratch*, 30 oct.)

MALADIES INFECTIEUSES

Ascoli (V.). Successioni morbose della malaria. (*Policlinico*, partie méd., XI, 11 et 12.)

Aubert et **Jacquin.** Notes sur l'épidémie de peste qui a régné dans le nord de la Nouvelle-Calédonie (juillet-septembre 1903). (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Bachmann (P.) et **De Bil** (E.). Quelques cas de desquamation tardive observés au cours d'une épidémie de scarlatine. (*Echo méd. du Nord*, 20 nov.)

Bellei (G.) et **Collina** (M.). Semplificazione del metodo di Widal per la siero-diagnosi del tifo. (*Policlinico*, 26 nov.)

Bosanquet (W. C.). Serums, vaccines, and toxines in treatment and diagnosis. In-12, 344 p. avec fig. Londres.

Buhlig (W. H.). Laboratory aids in the rapid diagnosis of rabies. (*Amer. Medicine*, 26 nov.)

Chostak. 3 cas d'infection charbonneuse sans manifestation locale (en russe). (*Prakt. Vratch*, 4 et 11 déc.)

Dotchevsky (I.). Contribution à l'étude de la transmission de la malaria (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 20 et 27 nov. et 4 déc.)

Duval (C. W.). The protozoön of scarlet fever; preliminary report. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, nov.)

Fischer (C.). Die Gelegenheit zur Ansteckung mit Tuberkulose in der Vorgeschichte der Lungenkranken. (*Zeitsch. f. Tuberkulose u. Heilstättenwesen*, VI, 5.) — Les différentes circonstances d'infection tuberculeuse dans les antécédents des phtisiques.

Flérov (K.). De la courbe thermométrique dans le typhus récurrent (en russe). (*Vratcheb. Viéstnik*, 14 et 21 nov.)

Gallenga (P.). Contributo allo studio dei fenomeni cardiaci nella malaria. (*Gazz. degli Osped.*, 20 nov.)

Gouzien (P.). Considérations sur la tuberculose dans l'Inde française. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Besta (C.). Due idioti microcefali; contributo allo studio della microcefalia pura. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 2-3 et 4.)

Bianchi. Trattato di psichiatria. In-8°, 844 p. avec fig. Naples.

Blanche de la Roche (A.). Un cas d'hystéro-épilepsie à étiologie très rare (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, déc.)

Boigey (M.). La neurasthénie dans l'armée. (*Rev. neurol.*, 30 oct.) — [Cette indication annule celle de la page 58[3], dont la date est erronée.]

Calabrese (A.). Sindrome cerebellare ed idrocefalo cronico. (*Riv. critica di clinica medica*, 12 et 19 nov.)

Crocq (J.). Le phénomène plantaire combiné; étude de la réflectivité dans l'hystérie. (*Rev. neurol.*, 15 nov.) — [Cette indication annule celle de la page 70[2], dont la date est erronée.]

Croner (W.). Ueber familiäre Tabes dorsalis und ihre Bedeutung für die Aetiologie der Erkrankung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 déc.)

Dejerine (J.) et **Thomas** (A.). Contribution à l'étude de l'aphasie sensorielle. (*Rev. neurol.*, 15 août.)

Dunogier (S.). De l'odontalgie neurasthénique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 20 nov.)

Edsall (D. L.). Two cases of violent but transitory myokymia and myotonia apparently due to excessive hot weather. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Fuchs (A.) et **Rosenthal** (R.). Physikalisch-chemische, zytologische und anderweitige Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit. (*Wien. med. Presse*, 30 oct., 6, 13 et 20 nov.) — Sur le liquide céphalo-rachidien.

Funkenstein (O.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Tumoren des Kleinhirnbrückenwinkels (zentrale Neurofibromatose, Akustikusneurome). (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 1-2.)

Gordon (A.). Réflexe paradoxal des fléchisseurs; ses relations avec le réflexe patellaire et le phénomène de Babinski. (*Rev. neurol.*, 15 nov.) — [Cette indication annule celle de la page 70[2], dont la date est erronée.]

Serbinovsky (V.). Quelques résultats de l'examen des épileptiques à l'hôpital militaire de Kiev (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 30 oct., 13 et 20 nov.)

Soukhanov (S.). Sur le syndrome de Ganser ou le symptomo-complexus des réponses absurdes. (*Rev. neurol.*, 15 sept.)

Stenger. Die rheumatische Facialisparalyse und ihre ätiologischen Beziehungen zum Ohr. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 5-6.)

Testi (A.). Paralisi spinale spastica primaria. (*Clinica moderna*, 16 nov.)

Tzeitline (V.). Un cas de myélite aiguë (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, nov.)

Valobra (I.) et **Bertolotti** (M.). Sopra alcuni riflessi ossei degli arti inferiori in condizioni normali e patologiche. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, LXVII, 11-12.)

Vincent (Th. N.). Delirium tremens. (*New York Med. Journ.*, 12 nov.)

Virchoubsky (A.). Sur l'acroasphyxie (en russe). (*Prakt. Vratch*, 13 nov.)

Zesas (D. G.). Ueber die hysterische Skoliose. (*Arch. internation. de chir.*, II, 1.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bollack (L.). Ein Fall von Dermographismus bei einem Icterischen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.)

Bulkley (L. D.). Diseases of the skin connected with errors of metabolism. (*Med. Record*, 26 nov.) — Les affections cutanées en connexion avec les troubles du métabolisme.

Campbell (R. R.). Differential diagnosis between pseudomembranous angina of syphilis and diphtheritic angina. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 nov.)

Chebaïev (N.). Contribution au traitement du psoriasis (en russe). (*Vratcheb. Viéstnik*, 28 nov. et 5 déc.)

Detre (L.) et **Sellei** (J.). Hämagglutinations-Untersuchungen bei syphilitischen und gesunden Individuen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXII, 3.)

Diatchkov (N.). Un cas de lésion gommeuse grave de la face avec dactylite gommeuse (en russe). (*Prakt. Vratch*, 20 et 27 nov.)

Giorgi (E.). Contributo allo studio delle anomalie dei peli. (*Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle*, 6.) — Anomalies du système pileux.

Hagen. Note sur le pian au Cambodge. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Hartzell (M. B.). Disease of the nails accompanied by arthritis of the distal joints of the fingers and toes. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, oct.) — Sur une affection des ongles associée à l'arthrite des articulations de la dernière phalange des doigts et des orteils.

Hübner (H.). Ueber Albuminurie bei Scabies. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.)

Jordan (A.). Ueber Hautveränderungen bei Nierenkranken. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1[er] déc.) — Sur les altérations cutanées des néphritiques.

Klemperer (F.). Ueber Fieber bei Syphilis der Leber. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.) — Sur la fièvre dans la syphilis du foie.

Little (E. G.). Leprosy in Jamaica. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, déc.)

CHIRURGIE

Alglave (P.). Dispositions vicieuses du côlon ascendant provoquées par l'abaissement du rein droit; de leur mécanisme et de leurs conséquences probables; de leur traitement rationnel. (*Rev. de chir.*, déc.)

Astros (L. d') et **Molinié** (J.). Corps étranger de la bronche lobaire inférieure droite; extraction par la bronchoscopie directe; exposé de la méthode. (*Marseille méd.*, 1[er] déc.)

Battle (W. H.), **Corner** (E. M.) et **Wilson** (E.). The surgery of the diseases of the appendix vermiformis and their complications. In-8°, 208 p. Londres.

Bickel (O.). Beitrag zur Diagnose und Therapie der Oesophagusdivertikel. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 3.)

Bindi (F.). Note critiche sui resultati del metodo Fiorani nella cura degli angiomi. (*Gazz. degli Osped.*, 4 déc.)

Blake (J. A.). The treatment of diffuse peritonitis. (*New York Med. Journ.*, 19 nov.)

Bloodgood (J. C.). An early case of ulcer of the stomach. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, nov.)

Bockenheimer (Ph.). Totalexstirpation der Scapula, Knochenregeneration und spätere Function (unter besonderer Berücksichtigung der Osteomyelitis scapulæ). (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 1.)

Bogolioubov (V.). Les kystes hydatiques du rein (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 5.)

Brown (J. Y.). Report of a case of strangulated umbilical hernia in which cecum, appendix, ascending and transverse colon were found gangrenous in sac; artificial anus made at primary operation followed ten weeks later by double resection to restore intestinal continuity. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Brunn (W. von). Weitere Untersuchungen über die Vereiterung tuberkulöser Gewebe. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 2-4.) — Nouvelles recherches sur la suppuration des tissus tuberculeux.

Bülow-Hansen (V.). Om behandlingen af luxatio coxæ congenita. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, déc.)

Cernezzi (A.). La sterilizzazione del catgut col metodo del Claudius nella pratica chirurgica. (*Riforma med.*, 4 oct.)

Coenen (H.). Ueber Gaumengeschwülste. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 2.) — Sur les tumeurs du palais.

Cornil (V.) et **Schwartz** (E.). Note sur un cas de fistule du canal thyréoglosse (étude clinique et histologique). (*Rev. de chir.*, déc.)

Davis (J. D. S.). Gunshot wound of the abdomen; report of a case; 18 perforations; intestinal resection (5 ft. 7 in.) with Murphy button; recovery. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu; 18 perforations; résection de 1 m. 70 centimètres d'intestin; guérison.

Delore (X.). Cancer de la thyroïde; fréquence, formes cliniques, traitement. (*Rev. de chir.*, mai, oct. et déc.)

Diterikhs (M.). Tumeurs hystériques du sein (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 5.)

Doyen (E.). Etiologie et traitement du cancer. In-8°, 173 p. avec fig.

Dunin (T.). Przewlekle ropienie na palcach rak z osadzaniem sie weglanu wapnia. (*Gaz. lekarska*, 26 nov.) — Suppuration chronique des doigts avec dépôts de carbonate de chaux.

Duvergey (J.). Perforation d'un ulcère latent de l'estomac. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 27 nov.)

Ebel (H.). Ueber traumatische Luxationen im Talocruralgelenke. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 3.)

Ehrhardt (O.). Ueber angeborenen Schulterhochstand. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 2.) — De la position élevée de l'épaule, d'origine congénitale.

Filontchikov. Les solutions aqueuses d'iode et leur emploi à titre d'antiseptique, en chirurgie (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, déc.)

Fiori (P.). Contributo alla conoscenza dei tumori retroperitoneali. (*Policlinico*, partie chir., XI, 12.)

Fürstenheim (W.). Fussgelenksdistorsion als Todesursache; ein Beitrag zur Unfallehre. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 nov.) — Entorse tibio-tarsienne ayant déterminé la mort.

Graser. Zur Diagnose chronischer Entzündungen und Eiterungen, besonders an den Knochen (Caries oder Necrose?). (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 nov.) — Sur le diagnostic des inflammations et suppurations chroniques, notamment de celles des os.

Villar (F.). Technique de l'anastomose du facial et du spinal, du facial et de l'hypoglosse dans le traitement des paralysies faciales. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 8 oct.)

Vrédène (R.). La torsion du rectum en tant que procédé de traitement du prolapsus rectal (en russe). (*Roussk. Vratch*, 30 oct.)

Walker (J. W. Th.). Osteomata of the brain. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, nov.) — Ostéomes du cerveau.

Walko (K.). Ueber Pericystitis nach latenter Perityphlitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 nov.)

Walsham et **Paterson** (H. J.). A handbook of surgical pathology. 3e éd. In-8°, 552 p. Londres.

Walton (G. L.). Fracture of the base of the skull; a contribution based on the clinical and pathological records of 50 cases. (*Ann. of Surgery*, nov.) — Fracture de la base du crâne.

Westerman (C. W. J.). Bijdrage tot de ætiologie van de appendicitis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 5 nov.)

Williams (D. H.). Penetrating wounds of the chest, perforating the diaphragm, and involving the abdominal viscera; case of successful spleen suture for traumatic hæmorrhage. (*Ann. of Surgery*, nov.) — Plaies pénétrantes du thorax, intéressant le diaphragme et les viscères abdominaux.

Yarotzinsky (L.). De l'emploi du catgut iodé en chirurgie (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 21.)

Zamouravkine (K.). Un cas d'anévrysme de la carotide consécutif à une blessure par arme à feu (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, nov.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Anspach (B. M.). Inversion of the uterus; the treatment in cases complicated by necrosis of the inverted part. (*Amer. Medicine*, 26 nov.)

Baisch (K.). Die Unentbehrlichkeit der Perforation des lebenden Kindes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 déc.) — Sur certaines indications formelles de l'embryotomie sur l'enfant vivant.

Beyea (H. D.). Retrodisplacement of the uterus; an experience of 11 years in its treatment; with the report of a statistical study of 465 cases operated upon by a method of ventrosuspension. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, nov.)

Bumm (E.). Ueber Behandlung und Heilungsaussichten der Sterilität bei der Frau. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 nov.) — La stérilité chez la femme; traitement et pronostic.

Henkel (M.). Ueber Lumbalpunktion bei Eklampsie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 nov.)

Richelot (L.-G.). Sur un anus vaginal. (*Gynécologie*, oct.)

Sampson (J. A.). The invasion of carcinoma cervicis uteri into the surrounding tissues and its bearing on the more radical operations for that disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 oct. et 5 nov.)

Sippel. Die Nephrotomie bei Anurie Eklamptischer. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 nov.)

Sonnenfeld (J.). Klinische Erfahrungen bei Placenta prævia, mit besonderer Berücksichtigung des späteren Befindens der Patientinnen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.)

Tavildarov (F.). Sur la transplantation des uretères avec résection de la vessie dans l'hystérectomie abdominale totale pour cancer (opération de Wertheim) (en russe). (*Roussk. Vratch*, 30 oct. et 6 nov.)

Varnek (L.). Un cas d'inversion complète de l'utérus (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 22.)

Vydrine (M.). Un cas d'inversion complète de l'utérus après le travail (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 22.)

Wanner. Zwei Kaiserschnitte bei Eklampsie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 nov.) — Opération césarienne dans 2 cas d'éclampsie.

Wetherill (H. G.). The difficulties and dangers of « accouchement forcé »; a simple, safe and successful method. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 nov.)

Wiener (G.). Extrauteringravidität bei gleichzeitig bestehender Intrauteringravidität. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 nov.) — Grossesse à la fois intra et extra-utérine.

Zabala (A.). Sobre etiologia y tratamiento de las rupturas espontáneas del útero durante el parto. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, sept.-oct.)

PÉDIATRIE

Baginsky (A.). Der acute Gelenkrheumatismus der Kinder. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 et 28 nov.) — Le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant.

Deutsch (E.). Die Riga'sche Krankheit. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 1-3.)

Francioni (C.). La malattia da siero. (*Sperimentale*, LVIII, 5.)

Glorieux. Un cas de paraplégie chez une fillette de sept ans. (*Policlinique*, 1er déc.)

Gourévitch (G.). Zur Kasuistik der Hirschsprung'schen Krankheit. (*Prag. med. Wochensch.*, 24 nov. et 1er déc.)

Hartier (E.). Contribution à l'étude de la paralysie spinale spastique infantile (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 20 et 27 nov. et 4 déc.)

Hecker (R.) et **Trumpp** (J.). Atlas und Grundriss der Kinderheilkunde. In-8°, XXIII-482 p. avec fig. et planches. Munich. — Atlas-manuel de pédiatrie.

Ibrahim (J.). Klinische Beiträge zur Kenntnis der cerebralen Diplegien des Kindesalters und der Mikrocephalie. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 5 et 6.)

Leschziner (L.) et **Rieger** (F.). Ueber die Ausscheidung des an Säuren gebundenen Schwefels im Säuglingsurin bei verschiedener Ernährungsweise. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 1-3.) — Sur l'élimination du soufre des acides sulfoconjugués par l'urine du nourrisson suivant le mode d'alimentation.

Moro (E.). Vergleichende Studien über die Verdauungsleukocytose beim Säugling. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 1-3.) — Sur la leucocytose digestive chez le nourrisson.

Morse (J. L.). Rheumatoid disease in children. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 17 nov.)

Neugebauer (F. von). Drei interessante Beobachtungen analoger Missbildung (Hernia funiculi umbilicalis). (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Kelly (A. B.). The so-called empyema of the antrum of Highmore in infants (osteomyelitis of the superior maxilla). (*Edinburgh Med. Journ.*, oct.)

Kerrison (Ph. D.). The present status of the treatment for deafness due to chronic catarrhal otitis media. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 nov.) — Etat actuel du traitement de la surdité due à l'otite moyenne catarrhale.

Lombard (E.) et **Bourgeois** (H.). Procédé sous-muqueux applicable aux diverses variétés de déviation de la cloison nasale; modification au procédé de Petersen. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, oct.)

Love (J. K.). Diseases of the ear. In-4°, 356 p. avec fig. Londres. — Les maladies de l'oreille.

Milligan (W.). Ménière's disease; a clinical and experimental inquiry. (*Brit. Med. Journ.*, 5 nov.)

Myles (R. C.). Operative treatment of the faucial tonsils with a view to the prevention of cervical adenitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 oct.)

Neumann (H.). Eine antiseptische Behandlung der Mittelohreiterungen. (*Wien. med. Presse*, 13 nov.) — Traitement antiseptique des otites moyennes.

Onodi. The disturbances of vision and development of blindness of nasal origin induced by disease of the posterior accessory sinuses. (*Brit. Med. Journ.*, 5 nov.)

Reyt. Un cas d'empyème odontogène du sinus maxillaire. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 10 sept.)

Rhodes (J. E.). Hemorrhage of the larynx. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 oct.)

Semon (Sir Felix). On cancer of the larynx. (*Lancet*, 5 nov.)

Shurly (B. R.). Intubation; including a report of some unusual cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 oct.)

Syme (W. S.). A case of congenital word-deafness. (*Brit. Med. Journ.*, 5 nov.) — Surdité verbale congénitale.

Texier (V.). Sur un cas de corps étranger des fosses nasales par explosion d'une arme à feu. (*Gaz. méd. de Nantes*, 22 oct.)

Yonge (E. S.). Some observations on the mode of origin of nasal polypus. (*Brit. Med. Journ.*, 5 nov.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Betagh (G.). Osservazioni cliniche e ricerche sperimentali sugli effetti del cloroformio somministrato in ambienti forniti di fiamme a gas illuminante. (*Policlinico*, partie chir., XI, 12.)

Mercier (M.). Satyriasis suivi d'exhibitionnisme. (*Ann. d'hyg. publ.*, déc.)

Paris (A.). Epilepsie et aliénation mentale longtemps méconnues (24 condamnations); utilité de l'examen médical de la plupart des vagabonds, inculpés ou condamnés, et notamment des récidivistes. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 nov.)

Rossi (A.). Avvelenamento acuto per sublimato corrosivo; contributo alle lesioni renali da sublimato; osservazioni cliniche ed istologiche. (*Riforma med.*, 13, 20 et 27 sept.)

Strassmann (F.) et **Schulz** (A.). Untersuchungen zur Kohlenoxydvergiftung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 nov.) — Recherches sur l'intoxication oxycarbonée.

Viviani (U.). Identificazione dell'omicida per ugnature al collo della vittima esumata (revisione di perizia). In-8°, 38 p. avec fig. Arezzo. — Identification d'un assassin par les traces des ongles sur le cou de la victime.

Wagner (Ch. G.). Feigned insanity: malingery revealed by the use of ether. (*Med. News*, 19 nov.) — Simulation de la folie, démasquée par l'emploi de l'éther.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bertrand (G.). Sur la composition chimique et la formule de l'adrénaline. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

Grant (L.). On hæmophilia and its treatment. (*Lancet*, 5 nov.)

Jürss (F.). Beiträge zur Kenntnis der Wirkungen einiger als Volksabortiva benutzten Pflanzen: Tanacetum, Thuja, Myristica. In-8°, 112 p. avec planches. Stuttgart. — Sur les effets de quelques plantes employées comme remèdes populaires pour provoquer l'avortement (tanaisie, thuïa, myristica).

Lamb (G.). On the serum therapeutics of cases of snake-bites. (*Lancet*, 5 nov.) — La sérothérapie des morsures de serpent.

Lesignoli (G.). Sul calomelano come diuretico. (*Policlinico*, 12 nov.)

Norström (G.). Diseases of the joints and their treatment by massage. (*New York Med. Journ.*, 29 oct.) — Les affections articulaires et leur traitement par le massage.

Poulsson (E.). Om alkoholens virkninger samt bemerkninger om dens therapeutiske anvendelse. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, nov.) — Action de l'alcool et remarques sur son emploi en thérapeutique.

Stewart (W. B.). Hydrastis; some of its therapeutic uses. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 nov.)

Strasser (A.). Albuminurie und physikalische Therapie. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, oct.)

Suter (F. A.). Zur Serumbehandlung des Starrkrampfes, insbesondere über Tetanuserkrankungen trotz prophylaktischer Serumtherapie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 1.) — Sur la sérothérapie du tétanos, notamment de l'inefficacité des injections préventives.

Touin (L.). Néphrite post-hémoglobinurique et opothérapie. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Allaire (G.). Traitement du cancer par les rayons X. (*Gaz. méd. de Nantes*, 22 oct. et 5 nov.)

Cheney (W. F.). Report of a case of splenomedullary leucemia treated for nine months by the X-ray. (*Med. News*, 5 nov.)

Cowen (R. J.). X-rays, their employment in cancer and other diseases. In-8°, 142 p. Londres.

Ewart (R. J.). X-ray therapeutics. (*Edinburgh Med. Journ.*, nov.)

Finsen (N. R.). The red light treatment of smallpox. (*Lancet*, 5 nov.) — Traitement de la variole par la lumière rouge.

Guilleminot (H.). Quelques observations relatives au traitement des carcinomes et épithéliomes par les rayons X. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 nov.)

Guttmann (W.). Elektrizitätslehre für Mediziner; Einführung in die physikalischen Grundlagen der Elektrodiagnostik, Elektrotherapie und Röntgenwissenschaft. In-8°, 224 p. avec fig. Leipzig.

Henrard (E.). Sur un cas d'ulcus rodens de la face dorsale du tronc traité par la radiothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 nov.)

Holzknecht (G.). Zur Farbentransformationstherapie (Sensibilisirung; Fluorescenz). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 nov.)

Polland (R.). Therapeutische Versuche mit Radium und sensibilisierenden Substanzen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 nov.)

Sjögren (T.). Om Röntgenbehandling af sarkom. (*Hygiea*, oct.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Bonney (S. G.). Remarks upon the general principles of management of pulmonary tuberculosis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 15 sept.)

Carter (W. S.). The consumption and elimination of water in dry and moist climates, with special reference to the cause of Bright's disease. (*Med. News*, 12 nov.) — L'absorption et l'élimination de liquides dans les climats secs ou humides, notamment au point de vue de l'étiologie de la maladie de Bright.

Drjévetzky (A.). Recherches comparées sur les échanges caloriques chez l'homme dans les bains d'eau douce et dans les bains salés à 15 ou 20 % (en russe). (*Roussk. Vratch*, 13 nov.)

Haudek (M.). Der Einfluss des Seeklimas auf die Ausheilung tuberkulöser Gelenk- und Knochenaffektionen im Kindesalter. (*Wien. med. Presse*, 13 nov.) — L'influence du climat maritime sur la guérison des arthrites et ostéites tuberculeuses de l'enfance.

Nenadovics (L.). Zur Balneotherapie der Frauenkrankheiten. (*Wien. med. Presse*, 2 oct.) — La balnéothérapie en gynécologie.

Szmurlo (I.). O klimatycznem znaczeniu stepów na poludniowschodzie Rosyi oraz leczeniu kumysem. (*Gaz. lekarska*, 8 et 22 oct.) — La valeur climatique des steppes du sud-est de la Russie et le traitement par le koumis.

BACTÉRIOLOGIE

Atlassoff (J.). De la symbiose du bacille typhique avec d'autres microbes; la fièvre typhoïde expérimentale. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

Harbordt. Typhusreaktion in Abszessinhalt und Blut nach 23 Jahren. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 5 nov.) — Réactions éberthiennes du contenu d'un abcès et du sang au bout de vingt-trois ans.

Hofmann (A.). Untersuchung über die Aetiologie der Noma. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 1.)

Maassen (A.). Ueber das Reduktionsvermögen der Bakterien und über reduzierende Stoffe in pflanzlichen und tierischen Zellen. (*Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, XXI, 3.)

Miller (J.). The histogenesis of the tubercle. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, nov.)

Moore (E. W.) et **Revis** (C.). The neutral-red reaction for bacillus coli communis. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, nov.)

Pinto (A. A.). Le gonocoque. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Preble (H. B.). Pneumococcus endocarditis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Savage (W. G.). The coagulation of milk by bacillus coli communis. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, nov.) — La coagulation du lait par le colibacille.

Sciallero (M.). Modificazioni morfologiche dei bacilli della tubercolosi in soggetti refrattarii, immunizzati e curati col metodo specifico antitubercolare. (*Gazz. degli Osped.*, 23 oct.)

Sobernheim (G.). Ueber die Agglutination der Milzbrandbakterien durch spezifisches Serum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 oct.) — L'agglutination du bacille du charbon par le sérum spécifique.

GÉNÉRALITÉS

Bertrand (A.). Mes vieux médecins. In-16, 336 p.

Hoppe (H.). Die Tatsachen über den Alkohol; eine Darstellung der Wissenschaft vom Alkohol; mit zahlreichen statistischen Tabellen. 3e éd. In-8°, 536 p. Berlin. — Les faits relatifs à l'alcool, exposés au point de vue scientifique.

Milevsky (S.). Les moyens de transport pour malades et blessés dans la guerre russo-japonaise (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, nov.)

Varenne (G.). Les navires-hôpitaux japonais. (*Arch. de méd. navale*, oct.)

Wortabet (J.). Sanitary laws and customs in the East, specially among Jews and Mohammedans. (*Edinburgh Med. Journ.*, oct.) — Lois et coutumes d'hygiène en Orient, notamment parmi les Israélites et les Mahométans.

VARIA

Mortalité et morbidité comparées des Israélites.

Dans un récent travail, publié par le *Nederland Tijdschrift voor Geneeskunde*, M. le docteur B. H. Stephan (d'Amsterdam) étudie la mortalité et la morbidité comparées des Juifs et des populations qui les entourent, à l'aide des statistiques de la ville d'Amsterdam et des principaux Etats où l'on tient compte des différences confessionnelles.

Un fait qui frappe tout d'abord, c'est que la mortalité des Juifs est relativement faible; à Amsterdam, elle est seulement de 12 ‰ environ, alors que celle du reste de la population est de 17 ‰. Cette différence tient surtout à ce que la mortalité de l'enfance (au-dessous de quinze ans) et celle de la vieillesse sont moindres chez eux que chez les chrétiens. On pourrait être tenté d'imputer le fait à des conditions hygiéniques ou sociales meilleures. Mais, à New-York, les émigrants russes ou polonais — israélites pour la plupart et fort misérables — ont une mortalité de moitié moindre que celle des autres nationalités et, de même qu'à Amsterdam, cette supériorité tient en particulier à la faible léthalité de l'enfance. D'autre part, dans cette dernière ville, si les Juifs ne sont pas dans un dénuement comparable à celui de leurs coreligionnaires slaves de New-York, ils habitent du moins les quartiers les plus peuplés et partant les plus malsains, et cependant leur mortalité est inférieure à celle des quartiers riches.

Un autre fait digne de remarque, c'est que la proportion des mort-nés est, chez les Juifs, inférieure à celle de la population ambiante. En Prusse, par exemple, on comptait ces dernières années 32 mort-nés par 1,000 naissances chez les Juifs, et 35 chez les chrétiens. A Amsterdam, M. Stephan a recueilli des chiffres bien plus démonstratifs encore : 338 mères israélites ayant donné le jour à 1,762 enfants n'ont eu que 59 mort-nés, soit 33.4 par 1,000 naissances, alors que la proportion pour la ville entière est de 46.9. Cependant la natalité des Juifs — au moins en quelques pays — est inférieure à celle du reste de la population : à Amsterdam, elle n'est que de 23.5 par 1,000 habitants, au lieu de 28.3.

Pour ce qui est de la morbidité, il est à remarquer que les Israélites paraissent peu réceptifs à l'égard des diverses maladies infectieuses. Pour la tuberculose, en particulier, on trouve qu'à New-York les Slaves (juifs en majeure partie) ont une mortalité 3 ou 4 fois moindre que celle des autres nationalités, et cela malgré la condition misérable dans laquelle ils vivent pour la plupart. En Hollande et en Allemagne, on a toutefois constaté depuis de longues années que les Israélites sont beaucoup plus réceptifs que les chrétiens à l'égard de la diphtérie. De même, en ce qui concerne les maladies constitutionnelles, ils seraient particulièrement aptes à contracter le diabète : à Francfort et en Prusse, cette prédisposition serait 5 ou 6 fois supérieure à celle de la population indigène.

Au point de vue des affections nerveuses, c'est un fait bien connu que les Juifs fournissent un fort contingent de psychoses (démences, hystérie, névroses diverses). Les statistiques des asiles confirment toutes cette prédisposition qui atteint ou dépasse le double de celle des chrétiens. Il en est de même pour l'idiotie qui, en Wurtemberg, en Bavière, dans le grand-duché de Bade et en Prusse, est notablement plus commune dans la population israélite (une fois et demie) que chez les Allemands; on peut en dire autant de la cécité congénitale et de la surdi-mutité. En revanche, l'épilepsie, le tabes, la paralysie générale progressive, les névroses d'origine alcoolique, et, d'une manière générale, les affections organiques des centres nerveux sont beaucoup plus rares chez les Juifs que chez les chrétiens.

Les conditions historiques ou sociales propres aux populations israélites peuvent dans une certaine mesure expliquer les constatations précédentes. Il est en outre trois facteurs qui, d'après l'auteur, joueraient un grand rôle dans la faible mortalité ou morbidité du Juif, surtout pendant l'enfance : ce sont la rareté de la syphilis, la rareté de l'alcoolisme et le culte de la famille. Ce dernier facteur, tout moral qu'il soit, se traduit même en chiffres. C'est ainsi qu'à Berlin, jusque dans ces dernières années, le divorce entre Juifs était très rare : en 1896, malgré l'ascension générale du nombre des divorces, on en comptait 3.26 seulement pour 1,000 mariages chez les Israélites, contre 3.35 chez les catholiques et 4.73 chez les protestants. A cet égard, il est curieux de noter que la femme juive est de toutes la plus réfractaire au divorce : sur 100 jugements, 15 avaient été prononcés à la requête d'une femme chrétienne et 3.5 seulement à la requête d'une juive

TRAVAUX ORIGINAUX

La névrite ascendante consécutive à l'appendicite.

Les nombreux travaux publiés sur l'appendicite durant ces dernières années, tant en France qu'à l'étranger, ont montré combien étaient multiples les formes cliniques de cette affection, combien variées ses complications. L'infection à point de départ appendiculaire est capable, en effet, de créer non seulement des complications *locales*, des péritonites enkystées ou généralisées, mais encore des complications *lointaines*, des adultérations viscérales toxiques ou infectieuses. C'est ainsi que l'on connaît fort bien les lésions hépatiques, rénales, pulmonaires au cours de l'appendicite, et c'est même la possibilité de ces complications qui suggère à de nombreux cliniciens la nécessité d'une intervention chirurgicale précoce, destinée à supprimer le foyer originel où naissent et l'infection et l'intoxication.

I

Parmi toutes les complications signalées au cours des appendicites aiguës, subaiguës ou chroniques, il y a lieu de remarquer que les complications intéressant le système nerveux central ou périphérique ne sont presque jamais mentionnées. On se convainc facilement de ce fait à la lecture des monographies consacrées à l'appendicite par MM. Talamon (1), Legueu (2), Monod et Vanverts (3), Guinard (4), Schlange (5), Brun et V. Veau (6).

Comme l'a rappelé M. Jalaguier (7), M. Piard signale, dans sa thèse inaugurale (8), 2 observations d'abcès du cerveau au cours de l'appendicite, l'une publiée par M. McClelland en 1888, l'autre, inédite, qui lui a été communiquée par M. Roux (de Lausanne). A ces cas, nous ajouterons celui de M. Cassirer (9). Cet auteur, en effet, a observé un abcès du bulbe semblant s'être développé au cours d'une appendicite. Cet abcès entourait les noyaux d'origine et les filets du facial; il s'étendait jusqu'à la protubérance annulaire.

M. Dieulafoy (10), au sujet des accidents nerveux des appendicites, écrit les lignes suivantes: «... L'intoxication appendiculaire se révèle par des accidents nerveux simulant la méningite (convulsions épileptiformes, coma), avec ou sans ictère grave, avec ou sans urémie. Dans un cas de Rénon, le malade, fortement intoxiqué, succomba avec des symptômes bulbaires, grands accès de dyspnée, cyanose du visage et des extrémités, asphyxie, syncope. J'ai vu, avec Legry et Hartmann, une malade atteinte d'appendicite gangreneuse avec péritonite. Dans la soirée qui suivit l'opération, la malade se sentit soulagée et la journée du lendemain fut bonne. Le surlendemain, on constate une légère teinte subictérique. Le jour suivant, Hartmann trouve que la malade a un air étrange, elle est peu nette dans ses réponses; à midi elle est sans connaissance, elle répète continuellement les mêmes mots et lance des cris inarticulés. Je la vois à sept heures du soir, elle est immobile, l'œil fixe, et pousse de temps en temps un cri bref et strident. La perte de connaissance est absolue, les pupilles sont égales, la respiration est un peu accélérée; il n'y a ni paralysie oculaire, ni paralysie faciale, ni hémiplégie, ni contractures. Ces symptômes négatifs éloignent l'idée d'une méningite et la malade succombe, le lendemain, à son intoxication cérébrale. — Gérard-Marchant, à qui j'en parlais, m'a fait part d'un cas analogue, il s'agit d'une fillette opérée de péritonite appendiculaire. Les suites de l'opération sont excellentes, quand le surlendemain on constate une teinte subictérique des conjonctives; dans la soirée, l'excitation commence, la tête est agitée de mouvements involontaires, la petite malade pousse des cris, perd connaissance et succombe dans la journée du lendemain, sans fièvre, sans accélération du pouls; elle meurt intoxiquée. — Tels sont les accidents nerveux toxiques; il ne faut pas les confondre avec les accidents cérébraux d'origine infectieuse (abcès de l'encéphale). Ces infections à distance sont plus tardives que les accidents toxiques. »

(1) C. Talamon. Appendicite et pérityphlite. Paris, 1892. — La colique appendiculaire et les formes non chirurgicales de l'appendicite. Paris, 1900.

(2) F. Legueu. De l'appendicite; pathogénie, clinique, traitement. Paris, 1897.

(3) C. Monod et J. Vanverts. L'appendicite. Paris, 1897.

(4) A. Guinard. Article « Appendicite » *in* « Traité de chirurgie clinique et opératoire » de A. Le Dentu et Pierre Delbet, t. VII. Paris, 1898.

(5) Schlange. Article « Appendicite » *in* « Handbuch der praktischen Chirurgie » de E. von Bergmann, P. von Bruns et J. von Mikulicz. 2e éd., t. III. Stuttgart, 1903.

(6) Brun et V. Veau. Article « Appendicite » *in* « Traité des maladies de l'enfance » de J. Grancher et J. Comby. 2e éd., t. V. Paris, 1905.

(7) Jalaguier. Article « Appendicite » *in* « Traité de chirurgie » de S. Duplay et P. Reclus. 2e éd., t. VI. Paris, 1898.

(8) E. Piard. Des suppurations à distance dans l'appendicite. (*Thèse de Paris*, 1896, p. 122-123.)

(9) R. Cassirer. Ueber metastatische Abscesse im Centralnervensystem (isolirter metastatischer Abscess im Pons und in der Medulla oblongata; multiple metastatische Abscesse im Rückenmark). (*Arch. f. Psychiatrie*, 1902, XXXVI, 1, p. 153.)

(10) G. Dieulafoy. Manuel de pathologie interne. 14e éd., t. II, p. 445. Paris, 1904.

On voit, par les citations précédentes, que la littérature médicale est bien pauvre sur la question des accidents nerveux de l'appendicite.

Or, nous avons eu récemment l'occasion d'observer un homme présentant une paralysie des membres inférieurs, qui a avec une appendicite antérieure des rapports de causalité évidents. Cette observation nous paraît fort intéressante à un double point de vue. D'abord, elle réalise une modalité clinique d'une complication non encore décrite de l'appendicite ou de la péri-appendicite. D'autre part, au point de vue neurologique, elle offre un bel exemple d'une névrite ascendante dont on peut suivre presque schématiquement les différentes étapes.

II

M. Legueu envoyait, le 4 novembre 1904, à la clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière, un homme de trente-neuf ans qu'il avait récemment opéré à l'hôpital Necker pour une appendicite, et qui présentait des troubles nerveux dans les membres inférieurs. Voici d'ailleurs — ce point est important — quelle avait été dans ce cas l'évolution de l'appendicite et des accidents nerveux.

C'est au mois de mai 1903 que cet homme, qui exerçait la profession de maçon, eut une première crise d'appendicite. Cette crise nécessita un repos au lit de trois à quatre semaines. Il est à noter que, huit ou dix jours après le début de l'appendicite, le malade eut des douleurs violentes dans la cuisse droite. Ces douleurs continues, avec des exacerbations paroxystiques, offraient les caractères et la localisation des douleurs de la névralgie crurale; elles existaient au niveau du triangle de Scarpa et de la région antérieure et interne de la cuisse jusque vers l'articulation du genou. Les douleurs suivaient aussi le trajet du cordon spermatique, irradiaient vers le testicule droit qui avait tendance à remonter vers l'anneau inguinal.

Ces manifestations douloureuses s'amendèrent en même temps que les accidents appendiculaires. Aussi, depuis le mois de juin jusqu'au mois de septembre, notre malade put reprendre l'exercice de sa profession; il avait toutefois quelques douleurs intermittentes dans la région crurale antérieure.

Au mois de septembre survint une seconde crise d'appendicite. Alors apparurent des douleurs à la région postérieure de la cuisse, des signes évidents de névralgie sciatique. Ces différents symptômes s'amendèrent; le patient reprend son métier de maçon jusqu'au mois de février 1904, conservant cependant certaines sensations pénibles durant la marche.

Au mois de février 1904, nouvelle crise appendiculaire. A cette époque, pour la première fois, survinrent des douleurs dans la région du mollet droit et des sensations de fourmillement dans le pied. Cette crise d'appendicite guérit comme les précédentes, mais, quand le malade commença à se lever, il remarqua qu'il avait une certaine difficulté à soulever le membre inférieur droit et qu'il boitait. D'ailleurs, durant les mois qui suivirent, il constata que son membre inférieur droit s'amaigrissait d'une façon très sensible.

Au mois d'août il eut encore une attaque d'appendicite. Alors les symptômes douloureux s'exacerbèrent dans le territoire du nerf crural et du nerf sciatique droit. A cette époque, il commença à ressentir des douleurs dans le territoire du nerf sciatique gauche.

En raison de ces crises appendiculaires récidivantes, cet homme, qui habitait la province, vint à Paris et se fit admettre dans le service de M. Legueu, qui l'opéra le 19 septembre; on constata des adhérences péri-appendiculaires nombreuses, l'appendice était en position rétro-cæcale, sa libération fut difficile; il n'y avait pas de suppuration locale.

Après cette intervention, le malade continua encore à souffrir dans ses membres inférieurs. Ces douleurs étaient très vives. De plus, la parésie s'accentua, les pieds devinrent tombants, ce qui témoignait de la paralysie des muscles extenseurs, les deux membres inférieurs s'atrophièrent. Il convient de remarquer, toutefois, que la paralysie et l'atrophie musculaire étaient surtout accentuées au niveau du membre inférieur droit.

C'est alors que le malade fut reçu à l'hospice de la Salpêtrière.

Quand nous l'avons examiné, nous avons constaté la symptomatologie suivante :

La paralysie du membre inférieur droit était complète et totale; le pied était tombant, dans l'attitude de l'équinisme. Au membre inférieur gauche, les phénomènes parétiques étaient un peu moins accentués. C'est ainsi que les mouvements de flexion et d'extension des orteils étaient esquissés, que les mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe pouvaient se faire, sans aucune force d'ailleurs; enfin, les mouvements de flexion et d'extension de l'articulation du genou et de l'articulation coxo-fémorale étaient encore possibles avec une certaine force, et le malade était capable de résister quand on s'y opposait. L'adduction de la cuisse était bonne, mais l'abduction très défectueuse.

L'atrophie musculaire était considérable sur tout le membre inférieur droit; à gauche, elle était bien moindre, et semblait limitée aux muscles des régions antérieure et postérieure de la jambe.

L'état des différents réflexes des membres inférieurs était fort important à déterminer. Or, à droite, les réflexes achilléen, rotulien, contra-latéral des adducteurs, cutané plantaire, crémastérien étaient abolis. A gauche, les réflexes rotulien et achilléen étaient très faibles, les réflexes cutané plantaire et contra-latéral des adducteurs nuls, le réflexe crémastérien normal. Les réflexes cutanés abdominaux étaient normaux à gauche et très faibles à droite.

L'examen électrique des muscles a été pratiqué par M. Huet, qui a constaté une réaction de dégénérescence très accusée dans *tous* les muscles du membre inférieur droit (fessiers, tenseur du fascia lata, adducteurs, couturier, triceps crural, muscles postérieurs de la cuisse, muscles antérieurs, externes et postérieurs de la jambe, muscles plantaires). Dans tous ces

muscles l'excitabilité faradique était très diminuée, l'excitabilité galvanique diminuée aussi, avec des contractions lentes et secousse de fermeture plus faible au pôle négatif qu'au pôle positif. — En ce qui concerne le membre inférieur gauche, il y avait des traces de réaction de dégénérescence dans les muscles postérieurs de la cuisse, dans les adducteurs, les muscles postérieurs de la jambe, les péroniers, l'extenseur des orteils et les muscles plantaires; au contraire il n'y en avait pas dans le jambier antérieur, le triceps crural, le couturier, ni dans les fessiers. Pour ces derniers muscles, toutefois, l'excitabilité faradique et galvanique était assez fortement diminuée.

Le malade n'avait plus de douleurs spontanées, mais la pression des muscles du mollet et de la cuisse était douloureuse à droite; de ce côté, on retrouvait les points de la névralgie sciatique; le signe de Lasègue était positif. A gauche, les douleurs à la pression étaient bien moindres.

On ne constatait pas de troubles de la sensibilité objective, pas de troubles des sphincters. Il existait quelques perturbations vasomotrices caractérisées par des sueurs exagérées; les pieds, principalement le pied droit, étaient toujours froids.

Abstraction faite de ces phénomènes observés dans les membres inférieurs, l'état général de cet homme était satisfaisant; il n'y avait chez lui aucun trouble des différents viscères.

En résumé, notre malade, après une série de crises d'appendicite, a présenté successivement à droite des phénomènes de névrite du nerf crural, puis du nerf obturateur, enfin du sciatique, avec atrophie des muscles innervés par ces nerfs. Ultérieurement, des troubles analogues sont apparus dans le domaine du plexus sacré gauche. On peut suivre dans cette histoire morbide les étapes successives des lésions nerveuses qui atteignent d'abord le nerf crural, puis le nerf obturateur et le nerf sciatique à droite, ensuite le plexus sacré à gauche. On voit également dans cette observation l'influence évidente exercée sur les phénomènes douloureux et paralytiques par les crises appendiculaires : l'amélioration de ces phénomènes coexistait avec les rémissions de l'appendicite; leur exacerbation, au contraire, coïncidait avec les poussées inflammatoires aiguës appendiculaires ou péri-appendiculaires.

III

Nous venons de dire que l'affection dont il s'agit, chez cet homme, est une névrite des nerfs des membres inférieurs. Nous croyons absolument inutile de discuter ce diagnostic, car il est bien certain qu'aucune autre affection ne peut être mise en cause. Mais cette névrite, de par son évolution, est une névrite très particulière, une névrite ascendante. On ne peut admettre, en effet, une polynévrite infectieuse ou toxique réalisée par l'infection ou l'intoxication sanguines, car on ne comprendrait pas comment cette polynévrite aurait, durant une année, évolué par étapes successives, atteignant d'abord le nerf crural droit, puis le plexus sacré de ce côté, enfin le plexus sacré gauche. Au contraire, la marche progressive, extensive des lésions donne à cette névrite appendiculaire tous les caractères de la névrite ascendante.

Pour bien faire saisir la pathogénie de cette névrite ascendante ayant son point de départ au niveau du nerf crural, il nous paraît nécessaire de rappeler quelques notions d'anatomie sur les rapports du cæcum et de l'appendice iléo-cæcal.

Quand le cæcum occupe sa situation normale, sa paroi postérieure repose dans la fosse iliaque. Entre le cæcum et le muscle psoas iliaque, on trouve le péritoine pariétal, le tissu cellulaire sous-péritonéal, le *fascia iliaca*, le tissu cellulaire sous-aponévrotique. Dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, on voit les vaisseaux iliaques externes et le nerf génito-crural; dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique, chemine le nerf crural, entre les muscles psoas et iliaque. La situation du cæcum n'est pas constante chez les différents sujets; cet organe peut occuper une situation haute (lombaire, prérénale ou sous-hépatique), ou une situation basse (pelvienne).

L'appendice vermiculaire, relativement au cæcum et au côlon ascendant, est susceptible aussi d'occuper des situations dissemblables. Il peut avoir des positions sous-cæcales, précæcales, latéro-cæcales, rétro-cæcales. La position rétro-cæcale de l'appendice est relativement fréquente. Ainsi, dans la statistique de M. Biggs, portant sur 136 cas, l'appendice était rétro-cæcal 32 fois; MM. Tuffier et Jeanne, sur 118 autopsies, ont rencontré l'appendice rétro-cæcal 32 fois, M. John Ferguson 65 fois sur 200 cas, M. Tarnetzky 19 fois sur 56 cas.

Il y a quatre ans environ, M. Robinson (1) étudiait les rapports de l'appendice avec le muscle psoas, par conséquent aussi avec le nerf crural, point qui nous intéresse spécialement au sujet de notre malade. Cet auteur a basé son travail sur les relevés de 418 autopsies, dont 300 concernant des hommes et 118 des femmes. Il a rencontré des adhérences péri-appendiculaires dans 50 % des cas chez l'homme, dans 40 % des cas chez la femme. Comme ces adhérences unissent le plus souvent l'appendice au muscle psoas, M. Robinson distingue à l'appendice deux positions principales : l'une fixe, en relation plus ou moins directe avec le psoas, l'autre mobile, en relation habituelle avec les anses intestinales. Il désigne respectivement ces deux variétés sous les noms de colonique et de potentielle. La position colonique offre de nombreuses variétés, dont deux principales : la variété pelvienne et la variété iliaque. Dans la première, qui se rencontre dans 37 % des cas chez l'homme, dans 48 % chez la femme, l'appendice embrasse le bord interne du psoas et plonge plus ou moins — parfois en entier —, avec le cæcum, dans l'intérieur de la cavité pelvienne. Dans la variété iliaque, l'appendice repose immédiatement sur le psoas d'où il rayonne dans des directions variables. Cette position s'observe dans 46 % des cas chez l'homme, dans 20 % des cas chez la femme. Dans la position potentielle ou entéronique, l'appendice est en rapport avec les anses de l'intestin. Comme l'indique son nom de « potentielle », cette position peut être prise par tout appendice libre d'adhérences ou dont les adhérences sont suffisamment longues pour lui permettre de se déplacer au milieu des anses intestinales. Cette possibilité se rencontre dans 80 % des cas, pour les deux sexes.

D'après ces documents anatomiques, on comprend que, chez certains sujets, l'appendice ait avec le muscle psoas et avec le nerf crural des rapports beaucoup plus intimes que chez d'autres. Aussi s'explique-t-on comment, dans les inflammations de l'appendice avec péri-appendicite simple ou suppurée, le psoas et le nerf crural peuvent parfois être le siège de lésions. On connaît des cas de psoïtis dans l'appendicite : MM. Leudet, Vigla, Gangolphe, Couraud, Blanc et Vitaut, J. Roger, Audard, Delbet en ont signalé. C'est incontestablement dans les cas d'appendicite rétro-cæcale que l'infection du psoas ou du nerf crural peut se faire avec le plus de facilité; rappelons d'ailleurs que, chez le malade qui nous intéresse, M. Legueu constata, au cours de son opération, que l'appendice était en position rétro-cæcale.

IV

Aussi bien, la marche et l'extension des lésions névritiques chez notre patient s'expliquent-elles facilement par les considérations qui précèdent; la subordination des symptômes cliniques aux lésions nerveuses apparaît évidente à la lecture de l'observation.

Notre malade, à sa première crise d'appendicite, a eu peut-être de la psoïtis, mais de plus une infection du nerf crural, par contiguïté ou continuité. Cheminant à travers les espaces lymphatiques du nerf crural, l'infection a gagné le plexus lombaire et atteint le nerf obturateur qui naît du plexus lombaire par trois racines provenant des deuxième, troisième et quatrième nerfs lombaires, de même d'ailleurs que le nerf crural qui tire son origine de ces mêmes paires par trois grosses racines convergeant l'une vers l'autre et se réunissant dans l'épaisseur du muscle psoas. L'infection du plexus sacré s'est faite par l'intermédiaire du tronc lombo-sacré. Ce tronc lombo-sacré est, on le sait, constitué par la branche antérieure de la cinquième lombaire, grossie de l'anastomose que lui envoie la branche antérieure de la quatrième. Le plexus sacré étant infecté par la névrite ascendante, on s'explique les troubles douloureux observés dans le domaine du sciatique et les troubles parétiques qui se sont montrés dans les muscles fessiers, dans les muscles postérieurs de la cuisse, dans les muscles des régions antéro-externe et postérieure de la jambe et dans les muscles du pied.

Enfin, l'infection des plexus a atteint la moelle et amené l'infection des racines et des nerfs du côté gauche; mais il semble que, dans ce stade ultime, l'infection ait été atténuée et légère, puisque l'on ne constate que des traces de réaction de dégénérescence dans les muscles postérieurs de la cuisse, dans les adducteurs, dans les muscles postérieurs de la jambe, dans les péroniers, l'extenseur des orteils et les muscles plantaires. Au niveau du jambier antérieur, il n'y a pas de réaction de dégénérescence, pas plus que dans le triceps crural, le couturier et les fessiers. Rappelons toutefois que, dans ces derniers muscles, l'excitabilité faradique et galvanique est assez fortement diminuée.

L'inflammation appendiculaire a donc déterminé chez notre malade un processus de névrite ascendante. Dans d'autres cas, la compression simple des nerfs du plexus lombaire peut expliquer les symptômes de pseudo-coliques néphrétiques, que l'on rencontre parfois dans l'appendicite. M. Dieulafoy (1) a insisté sur une forme d'appendicite larvée qui prend les apparences de la colique néphrétique; il cite une belle observation, dans laquelle l'opération donna la raison des symptômes pseudo-néphrétiques éprouvés par le malade pendant les crises appendiculaires. En effet, « la tumeur appendiculaire accolée à la face antérieure du muscle psoas était en connexion intime avec le nerf génito-crural qui chemine sur ce muscle. L'excitation du rameau génital de ce nerf, qui se distribue à la peau du scrotum et au crémaster, explique la douleur et la rétraction testiculaire; l'excitation de son rameau crural, qui donne des filets cutanés à la partie supérieure et antérieure de la cuisse, explique les douleurs de cette région ». Ainsi donc se trouve vérifiée la pathogénie des symptômes qui, chez le malade de M. Dieulafoy, avait donné à l'appendicite quelque apparence de colique néphrétique.

V

Le processus de *névrite ascendante*, que nous avons décrit chez notre patient au cours de l'appendicite, trouve son explication dans ce fait que les microbes ou les toxines peuvent suivre la voie des nerfs, remonter plus ou moins haut vers le névraxe et créer même parfois des lésions médullaires secondaires (2).

(1) B. Robinson. The appendix in relation to the psoas muscle in three hundred male and one hundred and eighteen female adult autopsies; trauma of the psoas muscle produces appendicitis. (*Ann. of Surgery*, avril 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 318.)

(1) G. Dieulafoy. (*Loc. cit.*, p. 465.)

(2) G. Guillain. La forme spasmodique de la syringomyélie; la névrite ascendante et le traumatisme dans l'étiologie de la syringomyélie. (*Thèse de Paris*, 1902.)

Dans la pathologie humaine, des faits anatomiques et cliniques de Gilles de la Tourette et Chipault, de M. Marinesco, de M[lle] de Majewska, de M. Flatau, de M. Fitchner, de M. Dejerine, ceux qui ont été rapportés déjà par l'un de nous, montrent la réalité de la névrite ascendante discutée par certains auteurs.

Expérimentalement, M. Homén (1), injectant des streptocoques dans le sciatique de lapins, a suivi la progression de ces microorganismes dans les voies lymphatiques des nerfs, les ganglions spinaux, les racines rachidiennes et la moelle elle-même. Les altérations histologiques dues à l'inoculation du microbe existent sur tout le parcours du nerf et en général dans les racines et ganglions spinaux correspondants, ainsi que dans la moelle. Les altérations du nerf se modifient, quant à leur étendue et à leur répartition, à mesure qu'on s'éloigne du lieu de l'injection. Dans les ganglions spinaux correspondants, les altérations sont relativement faibles; dans les racines, elles sont de même nature que dans le nerf, mais moins prononcées; en général, elles sont plus marquées dans les racines postérieures que dans les antérieures. Chez les animaux inoculés avec des toxines dans le nerf, l'auteur a constaté que les altérations sont moins accentuées, qu'il y a moins d'infiltration leucocytaire; dans les ganglions spinaux et la moelle, au contraire, les altérations sont tout aussi marquées et réparties à peu près de même qu'à la suite de l'inoculation de microbes.

Nous rappellerons aussi que la toxine tétanique, que le virus rabique se propagent par la voie des nerfs vers le système nerveux central. La toxine diphtérique suit parfois la même voie, et M. Babonneix (2) a bien montré qu'on peut, par injection de toxine diphtérique dans le nerf sciatique, déterminer des paralysies à distance.

Les accidents nerveux de la lèpre nous paraissent également dépendre bien souvent d'une névrite ascendante créée par le bacille de Hansen.

MM. Sicard et Cestan (3), étudiant récemment la structure des méninges et leurs rapports avec les ganglions et les racines rachidiennes, ont pensé qu'il y avait anatomiquement, au niveau du nerf de conjugaison, « une véritable barrière, une ligature pour ainsi dire, s'opposant au passage, à la migration vers le nerf périphérique des éléments cellulaires, des corps microbiens ou particules mécaniques renfermés dans les espaces sous-arachnoïdiens ou sous-pie-mériens ». M. Nageotte (4), au contraire, ne croit pas que les nerfs radiculaires et les culs-de-sac sous-arachnoïdiens jouent un rôle particulier de protection vis-à-vis de l'espace sous-arachnoïdien dans les névrites ascendantes.

Telle est également notre opinion. Nous estimons, et la clinique le démontre, que les nerfs peuvent conduire les infections, que les microbes et les toxines passent fort bien des nerfs vers la moelle, la progression ascendante étant peu influencée par une barrière anatomique d'épaisseur très minime et de structure peu dense.

La question de la névrite ascendante et des infections du système nerveux central par la voie nerveuse périphérique est très importante au point de vue de la pathologie générale. Cette notion permettrait d'élucider, croyons-nous, si l'on y pensait plus souvent, bien des cas de myélites ou de névrites dont l'origine réelle semble impossible à déterminer.

Sans autrement insister sur ces considérations de neurologie pure, nous rappellerons, pour conclure, que l'histoire de notre malade nous a appris à connaître un nouveau méfait de l'appendicite. Maintenant devront être décrites parmi les complications de l'appendicite, à côté du foie, du rein, du poumon appendiculaires, les *névrites appendiculaires*. Le système nerveux peut donc être lésé au cours des appendicites, et gravement lésé. Notre observation prouve aussi l'utilité des interventions chirurgicales précoces. Il ne nous appartient pas de discuter l'opportunité des opérations à chaud ou à froid, pendant les crises d'appendicite d'apparence bénigne ou quelques semaines plus tard; mais il nous paraît incontestable que, dans les appendicites à répétition, il ne faut pas attendre trop longtemps avant d'intervenir. Chez notre malade, la névrite ascendante a évolué en plusieurs mois; à chaque crise aiguë d'appendicite, alors qu'augmentait la virulence microbienne et que s'élaboraient des poisons nouveaux, les phénomènes de névrite s'accentuaient. Nul doute qu'une ablation précoce de l'appendice eût évité les lésions des plexus lombo-sacrés qui ont amené le malade à la clinique des maladies nerveuses.

F. Raymond, Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

Georges Guillain, Chef de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

(1) E. A. Homén. Die Wirkung der Streptokokken und ihrer Toxine auf verschiedene Organe des Körpers. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, 1898, XXV, 1, p. 4-97.)

(2) L. Babonneix. Nouvelles recherches sur les paralysies diphtériques. (*Thèse de Paris*, 1904.)

(3) J.-A. Sicard et R. Cestan. Etude de la traversée méningo-radiculaire au niveau du trou de conjugaison; le nerf de conjugaison (nerf radiculaire spinal); quelques déductions cliniques. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 24 juin 1904, p. 715, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 204.)

(4) J. Nageotte. Le nerf radiculaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 1[er] juillet 1904, p. 744.)

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Tétanos et quinine, par M. E. Vincent.

Abstraction faite des cas anciens, antérieurs à la période antiseptique, d'assez nombreuses observations de tétanos consécutif à des injections hypodermiques de quinine ont été publiées ces dernières années, sans qu'il fût d'ordinaire possible d'incriminer une faute d'asepsie du côté de la peau du malade, ou des instruments, ou de la solution employée; et le fait est d'autant plus singulier que, malgré leurs indications beaucoup plus fréquentes, les piqûres de morphine, de cocaïne, de caféine, etc., ne paraissent pas exposer au même accident : M. Vincent n'a trouvé dans la littérature médicale qu'un seul cas de tétanos survenu à la suite d'une injection de morphine. Il y a donc tout lieu de supposer que les préparations de quinine peuvent exercer — à l'instar de certaines solutions salines (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 181) — une action favorisante sur l'infection tétanique. C'est à vérifier ce point que sont destinées les expériences dont l'auteur rend compte dans le présent travail.

Après s'être assuré que le chlorhydrate neutre de quinine, sel le plus employé en injections chez les paludéens, a pour les animaux de laboratoire une toxicité inférieure à celle qu'on lui attribue pour l'homme, l'auteur injecta sous la peau de cobayes une faible quantité de culture de tétanos, chauffée à 80° pendant trois heures pour détruire la toxine et additionnée de 0 gr. 02 à 0 gr. 05 centigr. de chlorhydrate neutre de quinine, tandis que des témoins recevaient seulement la culture. Or, ces derniers survécurent, tandis que les premiers eurent, au bout de trois jours, un tétanos mortel en vingt-quatre à quarante-huit heures, parfois même un tétanos suraigu avec présence des bacilles de Nicolaïer dans les viscères, ce qui tranche vivement sur les allures d'infection exclusivement locale, qui sont habituelles au tétanos.

Quand les injections sont faites au sein des viscères, et non plus sous la peau, la marche de l'infection est encore plus rapide et la survie plus brève; la mort peut survenir en quatorze à seize heures.

Dans une seconde série de recherches, M. Vincent introduisit isolément, mais *toujours au même point*, la solution de quinine et la culture chauffée. Si c'est celle-ci qui est d'abord inoculée, l'injection quinique, pratiquée de un à quatre jours plus tard, fait constamment éclater l'infection; retardée d'une semaine, elle donne des résultats positifs dans le tiers des cas; au delà de sept jours, le tétanos est exceptionnel. Lorsque, inversement, on injecte en premier lieu la solution de quinine, l'inoculation tétanique réussit encore au bout de six et huit jours, bien que le médicament ait été depuis longtemps éliminé : c'est par la lésion locale — véritable ulcère sous-cutané à cicatrisation lente — que crée l'injection de quinine, que se fait alors l'infection.

Mais il y a plus : à un cobaye, on inocule, sous la peau du flanc *droit*, cinq gouttes de culture privée de toxine; deux jours après on lui injecte, sous la peau du flanc *gauche*, 0 c.c. 10 d'une solution stérilisée de chlorhydrate neutre de quinine à 50 %; trois jours plus tard, le tétanos apparaît, mortel en vingt-quatre à trente-six heures, tandis que les témoins, n'ayant reçu que la culture ou que la quinine, ne sont en rien incommodés. Et à l'autopsie, on constate qu'au point d'inoculation de la culture il n'y a pas eu multiplication du microorganisme, car l'examen des frottis ne montre aucun bacille, et seul l'ensemencement donne une culture; au contraire, là où a été introduit le sel quinique, on trouve un exsudat blanchâtre, œdémateux, renfermant en abondance le bacille de Nicolaïer à l'état de pureté. Le bacille a donc colonisé non pas au point où il a été inoculé, mais au foyer même d'injection du chlorhydrate neutre de quinine. Chez les animaux qui sont ainsi détenteurs de spores tétaniques à l'état latent, le pouvoir que possède le médicament de réveiller l'infection disparaît au bout de six à huit jours en moyenne. Si la quinine est injectée avant l'inoculation de culture, le résultat est parfois encore positif, mais avec beaucoup moins de constance.

Enfin, ce n'est qu'injectée sous la peau que la quinine peut faire éclater l'infection tétanique latente : introduite *per os*, administrée en lavement, injectée dans la vessie ou dans les voies respiratoires, déposée sur la muqueuse nasale, elle se montre inoffensive à ce point de vue. Même résultat négatif lorsque c'est la culture qui est ingérée — fût-ce avec du verre pilé, de façon à blesser la muqueuse —, tandis que la quinine est donnée par voie sous-cutanée.

Les raisons de cette influence hautement favorisante de la quinine sur l'infection tétanique sont faciles à concevoir : cette substance, en effet, entrave la défense leucocytaire; elle agit d'une façon manifeste sur les globules blancs, qu'elle paralyse à faible dose, qu'elle tue à dose élevée; c'est ainsi qu'après l'injection de quinine on observe, chez le lapin ou le cobaye, une hypoleucocytose qui réduit parfois le nombre des leucocytes d'un tiers ou même de moitié. Ceci dit pour l'action *générale* du médicament sur l'infection tétanique, son action *locale* s'explique de même par son influence chimiotactique négative : si l'on insère, sous la peau de l'oreille du lapin, des tubes capillaires renfermant des solutions à titres divers de bichlorhydrate de quinine, il est aisé de constater que le bouchon qui se forme à l'entrée du tube est constitué presque exclusivement par de l'albumine coagulée, avec de très rares globules blancs.

La conclusion pratique à tirer de ces faits, c'est que, chez tout paludéen offrant quelque plaie mal soignée ou porteur de la moindre excoriation ayant pu livrer passage au bacille de Nicolaïer, il faudra être très circonspect dans l'administration de la quinine par voie hypodermique : à cet égard, M. Vincent recommande d'injecter, en même temps que la solution quinique, du sérum antitétanique à titre préventif. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, décembre 1904.) — F. F.

Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période tertiaire, par M. P. Ravaut.

La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, chez les syphilitiques, témoigne, pour la

plupart des auteurs, de la participation du système nerveux central à l'infection générale, et constitue parfois même un symptôme révélateur très précoce de cette participation; aussi M. Ravaut a-t-il recherché comment ce liquide se comportait, au point de vue cytologique, chez un certain nombre de syphilitiques atteints de manifestations tertiaires variées, groupés selon la nature même de ces manifestations.

Il a pu constater tout d'abord que les lésions cutanées, osseuses ou muqueuses, même les plus persistantes ou les plus étendues, ne s'accompagnaient d'aucune modification du liquide céphalo-rachidien. Exception doit être faite cependant pour les perforations du voile du palais, qui fréquemment déterminent une lymphocytose marquée. C'est là une particularité que l'on ne saurait pour le moment expliquer, mais dont il importe d'être prévenu, la constatation d'une réaction rachidienne en pareil cas pouvant entraîner à des déductions diagnostiques et pronostiques absolument inexactes.

Chez les malades affectés de lésions oculaires (atrophie papillaire, névrite optique, etc.), on constate presque constamment une lymphocytose, souvent très considérable. La chose n'a du reste rien de surprenant pour qui songe aux relations étroites existant entre l'organe de la vision et les centres nerveux. Mais de plus les variations de cette lymphocytose sont susceptibles de fournir de précieuses indications : d'autant plus intense que la lésion oculaire est plus récente, la réaction méningée régresse et disparaît ordinairement une fois la phase atrophique installée; aussi, lorsqu'elle subsiste alors que ce dernier stade est atteint, faut-il y voir l'indice d'une syphilis nerveuse en évolution, d'un tabes monosymptomatique, par exemple, dans un cas cité par M. Ravaut.

Enfin l'auteur a pu s'assurer qu'un certain nombre de phénomènes nerveux, les uns subjectifs (céphalée, vertige, bourdonnements d'oreille, bizarreries de caractère), les autres objectifs (troubles pupillaires, modifications des réflexes tendineux), n'offrant par eux-mêmes, surtout quand ils existent isolément, aucune signification bien précise, doivent être considérés comme relevant d'une atteinte du névraxe pour peu qu'ils soient accompagnés de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, tandis que, dans l'hypothèse contraire, ils n'ont d'autre valeur que celle de manifestations banales, ou du moins d'origine non syphilitique.

Ajoutons qu'une série de syphilitiques anciens, sans lésions actuelles d'aucune sorte, furent trouvés absolument normaux au point de vue du liquide céphalo-rachidien.

Au total, pour M. Ravaut, la lymphocytose céphalo-rachidienne, survenant chez un syphilitique en dehors de toute autre cause susceptible de la provoquer, est *toujours* l'indice d'une lésion spécifique de l'axe cérébro-spinal, ou de l'œil, qui n'en est qu'une dépendance. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, décembre 1904.) — F. F.

De l'ovariotomie pendant la grossesse, par M. J. Audebert.

L'opportunité de l'ovariotomie chez la femme enceinte est encore discutée : on reproche à cette intervention d'être une cause d'accouchement prématuré, et en outre d'exposer la parturiente à de sérieux dangers d'éventration, vu les efforts que la cicatrice encore toute fraîche de la laparotomie a à supporter pendant le travail. Cependant, d'assez nombreux auteurs ont dû, poussés par des circonstances particulières, pratiquer l'ovariotomie au cours de la gestation, et les résultats de ces opérations de nécessité ne paraissent pas défavorables; c'est du moins ce que M. Audebert, qui a observé un fait de ce genre, s'efforce de démontrer dans le présent mémoire.

Sa malade, une femme de trente-sept ans, ayant eu antérieurement quatre grossesses avec accouchements normaux, s'aperçut, quelques mois avant de devenir enceinte pour la cinquième fois, qu'elle portait une petite tumeur, mobile et indolore, du volume d'une noix, dans la fosse iliaque gauche. Au cours de la grossesse, cette tumeur, jusqu'alors stationnaire, se mit à augmenter rapidement de volume, sans causer tout d'abord de gêne appréciable; mais, au sixième mois, survinrent à son niveau de vives douleurs accompagnées de pollakiurie, de constipation opiniâtre et d'amaigrissement progressif; ces troubles ne firent que s'aggraver, et c'est alors que la patiente se décida à entrer à l'hôpital, dans le service de l'auteur.

A ce moment, on constatait une grossesse de sept mois environ; l'utérus, normalement développé, siégeait dans la partie droite de l'abdomen, dont la moitié gauche était occupée par une volumineuse tumeur offrant tous les caractères d'un kyste ovarien à type mucoïde pauciloculaire et mesurant 35 centimètres de hauteur sur 27 de diamètre transverse.

L'état général étant relativement bon, malgré l'amaigrissement, on se résolut à temporiser, et, grâce à une hygiène sévère, au repos au lit, etc., etc., on put gagner bien près d'un mois. Mais au bout de ce temps l'amaigrissement se mit à faire des progrès inquiétants, l'appétit devint presque nul; la surdistension abdominale était alors extrême : le kyste mesurait en effet 40 centimètres sur 33. Il fallut bien opérer.

L'intervention n'offrit pas de difficultés particulières : elle dura en tout trente-cinq minutes; le kyste, pauciloculaire comme on l'avait pensé, et contenant plus de 3 litres de liquide, pesait encore 2,280 grammes après avoir été vidé. Les suites immédiates furent bonnes, mais, malgré l'emploi préventif de la morphine en injections sous-cutanées, le travail se déclara bientôt et la délivrance eut lieu — sans aucun incident — trente-six heures environ après l'ovariotomie. Les sutures abdominales, qui avaient été faites à trois plans, résistèrent parfaitement, et les résultats furent aussi satisfaisants pour la mère que pour l'enfant : celui-ci, une fille du poids de 2 kilos 500 au moment de la naissance, se développa normalement par la suite.

Les statistiques globales d'interventions de ce genre que M. Audebert a pu rassembler dans la littérature comprennent au total 241 cas avec 5 morts (soit 2 % environ) : on en peut conclure que la grossesse n'aggrave pas sensiblement le pronostic de l'ovariotomie. Quant aux risques d'interruption de la grossesse, ils se chiffrent par la proportion de 20 % ; mais si l'on admet, avec certains auteurs, que l'avortement ou l'accouchement prématuré survient spontanément, en pareille occurrence, dans 23 % des cas, on conviendra que le meilleur moyen de sauvegarder la vie de l'enfant est de procéder à l'ovariotomie. Pour ce qui est du moment le plus favorable à cette intervention, l'auteur — contrairement à M. Pinard, qui opère dès que le diagnostic de tumeur ovarique est posé — estime que, à moins de grossesse encore tout au début, il faut attendre le plus possible, afin de donner au fœtus, en cas d'accouchement prématuré, le maximum de chances de survie; et c'est ainsi que, dans son observation personnelle, la temporisation lui a permis de reculer jusqu'au huitième mois, pour le plus grand bénéfice de l'enfant, le moment de l'accouchement. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, novembre 1904.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Présence de protozoaires dans une parotide malade, par M. A. Tietze.

L'observation publiée par l'auteur a trait à un petit garçon de quatre mois, qui, issu de parents bien portants et élevé par une nourrice saine, ne présenta absolument rien d'anormal jusqu'à l'âge de dix semaines. A cette époque, ses parents étaient de passage dans une ville où sévissait une épidémie d'oreillons, mais il ne semble pas que l'enfant se soit trouvé en contact avec des personnes malades. Cependant on ne tarda pas à remarquer sur la joue droite du nourrisson, immédiatement en avant de l'oreille, la présence d'une petite proéminence paraissant indolore, qui, au bout de huit jours, atteignait déjà la grosseur d'une phalange de pouce et par la suite continua à augmenter de volume. L'existence de cette tumeur n'avait aucunement influencé l'état général du petit patient, dont le développement semblait s'effectuer d'une manière normale. Lorsque M. Tietze fut appelé pour la première fois à voir l'enfant, les choses se présentaient comme il suit : la joue droite était fortement repoussée en avant par une tumeur ayant le volume d'une pomme et qui, par sa situation et son étendue, correspondait à une parotide hypertrophiée. La peau qui recouvrait la tuméfaction était tendue, mobile, pâle et parsemée de quelques veines; sa température n'était pas élevée. Il n'existait pas, non plus d'hyperthermie générale. A la palpation, on percevait une tumeur lobulée, solide, non compressible et rappelant, par sa consistance, la glande parotide. Immobile par rapport aux parties sous-jacentes, cette tumeur s'étendait, en arrière, jusque dans le voisinage de l'apophyse mastoïde, en avant jusqu'à l'arcade zygomatique et, en bas, jusqu'à l'angle du maxillaire inférieur. On ne constatait ni phénomènes de déplacement du côté de l'organe auditif, ni paralysie faciale, et il n'existait pas la moindre trace de tuméfaction de la parotide du côté opposé; les autres glandes salivaires, ainsi que les glandes lacrymales, n'étaient pas hypertrophiées. On ne remarquait pas d'adénopathies ganglionnaires, pas plus au niveau du cou que dans les autres régions du corps. L'examen du petit malade ne dénotait, d'ailleurs, aucune affection générale.

Croyant avoir affaire à une phlegmasie chronique, de nature indéterminée, de la parotide, l'auteur institua un traitement approprié (pansements humides). Mais comme, dans l'espace de trois semaines, on ne vit survenir aucune amélioration, les parents consultèrent M. Czerny, qui diagnostiqua un lymphangiome et conseilla de procéder aussitôt à l'extirpation du néoplasme. Peu satisfait de son propre diagnostic, M. Tietze n'hésita plus à intervenir chirurgicalement : après avoir mis à nu la tumeur et avoir constaté qu'elle était réellement constituée par la parotide démesurément hypertrophiée, il l'excisa, non sans quelques difficultés, la glande venant s'insinuer dans tous les interstices musculaires et étant abondamment pourvue de vaisseaux artériels et veineux. La guérison fut complète au bout de trois semaines, mais on vit survenir une paralysie des trois branches du nerf facial du même côté, paralysie qui, toutefois, se dissipa dans la suite. Actuellement l'enfant se porte très bien, sans avoir jamais présenté la moindre récidive.

La tumeur extirpée ayant été soumise à l'examen microscopique, on ne fut pas peu surpris de constater — outre l'existence d'un processus inflammatoire chronique sclérogène, se traduisant par la disparition progressive des éléments glandulaires et leur remplacement par un tissu conjonctif jeune, riche en cellules et en noyaux — la présence, dans les conduits de la glande, fortement diminués de nombre, de corpuscules ronds paraissant de nature parasitaire. Ces corpuscules étaient trois ou quatre fois plus gros que les cellules épithéliales normales de la parotide : fixant très bien les substances colorantes, ils ne pouvaient guère être confondus avec des cellules dégénérées. Au surplus, MM. Neisser, Flügge, Rohde et Schaudinn, après avoir examiné les préparations de M. Tietze, furent également d'avis qu'il s'agissait de protozoaires. Selon M. Schaudinn, les corpuscules en question seraient vraisemblablement des amibes, voisines de l'*Entamœba buccalis* de Prowazek.

L'auteur serait porté à croire que, chez son petit malade, le processus morbide avait été déterminé par la pénétration des protozoaires dans la parotide, cette infection ayant probablement eu pour porte d'entrée le canal de Sténon, hypothèse d'autant plus plausible que, d'après M. Schaudinn, la cavité buccale donnerait assez souvent abri à cette sorte de parasites.

Ajoutons que la constatation faite par M. Tietze éclaire, dans une certaine mesure, la pathogénie de la maladie de Mikulicz (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 37-39) et qu'elle cadre bien avec les vues du chirurgien de

Breslau sur la nature infectieuse de cette affection et sur la pénétration de l'agent pathogène par les muqueuses. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 3.) — L. CH.

L'action exercée par les rayons de Röntgen sur les ovaires, par M. L. HALBERSTÄDTER.

On se rappelle que M. Albers-Schönberg a eu l'occasion de constater qu'en soumettant des lapins ou des cobayes mâles, pendant un laps de temps assez long, à l'action des rayons de Röntgen, on leur fait perdre le pouvoir de se reproduire, ces rayons ayant pour effet de déterminer une nécrospermie ou même une azoospermie absolue (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 364); ajoutons que, tout récemment, M. F. T. Brown a relaté à l'Académie de médecine de New-York des faits analogues *constatés sur l'homme* et reconnaissant une origine professionnelle. De son côté, M. Halberstädter a institué une série de recherches expérimentales en vue de se rendre compte de l'influence exercée par les rayons X sur les ovaires.

Ces expériences ont consisté à soumettre un certain nombre de lapines à l'action des rayons de Röntgen, en n'exposant qu'un seul côté de l'abdomen, l'autre moitié du ventre étant convenablement protégée par des plaques de plomb; après un nombre variable de séances — celles-ci duraient une demi-heure —, on extirpait les deux ovaires et on comparait leur état. En procédant de la sorte, l'auteur a été à même de se convaincre que les rayons X influent sur l'ovaire, en amenant la disparition des follicules de Graaf : dix jours après le commencement des expériences, ces follicules sont déjà notablement moins nombreux, et, au bout d'une quinzaine de jours, ils ont complètement disparu. Chez les animaux ayant été exposés à l'action des rayons à des intervalles assez longs, et chez lesquels les follicules de Graaf faisaient défaut, on constatait encore la présence de follicules et d'ovules primordiaux, de sorte qu'il se peut que, dans leurs ovaires, il se forme ultérieurement d'autres follicules de Graaf. Par contre, dans les cas où le traitement avait été plus intense, les follicules et les ovules primordiaux eux-mêmes étaient soit complètement détruits, soit très rares et atteints de dégénérescence. M. Halberstädter estime, cependant, que de nouvelles recherches sont nécessaires pour déterminer si les ovaires en question ont perdu, *d'une manière définitive*, le pouvoir de former des follicules de Graaf.

Ce qui frappe surtout à l'examen histologique des ovaires ayant été soumis à l'action des rayons de Röntgen, c'est l'existence d'un grand nombre de vacuoles rondes, nettement délimitées, qui paraissent dépourvues de revêtement endothélial et qui présentent, en leur milieu, une masse homogène, se colorant d'une manière diffuse par l'éosine et où l'on distingue parfois des restes de noyau. Ces vacuoles — qui correspondent, peut-être, à des follicules dégénérés — se rencontrent également dans les ovaires normaux, mais seulement en petit nombre, tandis que, sous l'influence de l'exposition aux rayons X, elles deviennent très abondantes (1). Quant aux corps jaunes, l'auteur les a retrouvés même dans les ovaires des animaux soumis à un traitement intensif par les rayons de Röntgen, sans qu'il fût possible d'y déceler des lésions histologiques susceptibles d'être mises, avec certitude, sur le compte de l'action de ces rayons.

Fait curieux, les altérations sus-mentionnées commencent à se manifester alors que l'on ne constate encore aucune réaction du côté des téguments cutanés de l'abdomen, d'où il est permis de conclure que les ovaires sont de beaucoup plus sensibles à l'action des rayons de Röntgen que la peau.

Les résultats expérimentaux dont il vient d'être question suggèrent tout naturellement quelques considérations pratiques relatives à la prophylaxie des lésions déterminées par les rayons X. C'est ainsi que les femmes occupées dans les laboratoires de radiographie devraient se protéger convenablement contre l'action de ces rayons. D'autre part, il importe de ne pas perdre de vue les effets nocifs de ceux-ci sur les ovaires toutes les fois que, chez une femme, on applique la radiothérapie à la région abdominale. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 janvier 1905.) — L. CH.

(1) Dans la séance du 7 février 1905 de la « Réunion biologique de Bordeaux », MM. J. Bergonié, L. Tribondeau et D. Récamier ont relaté les résultats d'expériences en tout point comparables : chez 4 lapines dont l'un des ovaires avait été exposé respectivement pendant soixante, quatre-vingts, cent vingt et cent quarante minutes à l'action des rayons de Röntgen, la diminution de poids de l'ovaire exposé, par rapport à son congénère, variait de 32 à 85 %. Les auteurs insistent aussi sur la présence de « cavités à blocs hyalins » qui leur paraissent marquer la place des anciennes vésicules de Graaf dégénérées. Il est à noter que ce n'est que chez l'animal ayant subi pendant cent quarante minutes l'action des rayons que les altérations histologiques étaient réellement accentuées. — L. CH.

Sur les arrachements mésentériques étendus dans la contusion de l'abdomen, par M. RUDOLF NEUMANN.

S'il n'est pas rare, à la suite de contusions graves de l'abdomen, de trouver des hématomes et des suffusions sanguines plus ou moins larges entre les deux feuillets du mésentère, ces lésions n'ont, en général, qu'une importance médiocre et toute relative. Il en va autrement des déchirures mésentériques, et spécialement des déchirures « en travers » qui croisent et sectionnent les vaisseaux : même courtes, elles peuvent provoquer une hémorrhagie immédiate sérieuse, et devenir l'origine d'un rétrécissement intestinal ultérieur; les expériences de M. Schloffer ont bien montré quelle était la part des lésions mésentériques dans la pathogénie des strictures de l'intestin, consécutives aux traumatismes, sans plaie, de l'abdomen.

Enfin, les arrachements du mésentère, sur un long segment, l'intestin fût-il intact, sont bien plus graves encore : tous les cas que l'auteur a pu retrouver dans la littérature se sont terminés par la mort, plus ou moins vite après le traumatisme (de trente minutes à trois jours); ils sont, d'ailleurs, assez peu nombreux, et ne se montent qu'à 9, parmi lesquels l'observation de Hermez est particulièrement curieuse : le blessé, qui était tombé d'un troisième étage, mourut au bout d'une demi-heure; on trouva le mésentère déchiré et séparé de l'intestin sur toute sa longueur.

Il s'agit aussi, dans le fait relaté par M. Neumann, d'un arrachement mésentérique, moindre sans doute, mais encore très étendu; et, de plus, l'intervention, pratiquée d'urgence, fut suivie de guérison. En voici le résumé : un enfant de douze ans est renversé par un chariot, dont une roue lui passe en travers sur le ventre; on le transporte à la clinique chirurgicale de Königsberg. Il est d'une pâleur livide, les pupilles dilatées, le pouls à peine perceptible, à 134; la paroi abdominale est dure et tendue, la matité hépatique est conservée; on constate, de plus, une matité très nette dans les zones déclives, et jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. Les signes d'une hémorrhagie interne deviennent de plus en plus nets, le pouls monte à 160 : M. Garré opère dans la nuit. On trouve un demi-litre de sang liquide dans l'abdomen; une déchirure de la tunique séreuse, au niveau de l'S iliaque; le mésentère rompu et séparé de l'intestin grêle sur une longueur de 1 m. 50, la rupture commençant à 15 ou 20 centimètres de la valvule iléo-cæcale; à son autre extrémité, une artère mésentérique saigne en jet. On lie le vaisseau, on réunit, à ce niveau, la déchirure mésentérique, sur une longueur de 5 centimètres, par un surjet; on répare l'S iliaque; on maintient au dehors le long segment d'iléon « détaché », et, la toilette du péritoine étant faite, on ferme la plaie de laparotomie, en ne laissant passer que les deux bouts de l'anse d'intestin grêle à réséquer. Effectivement, après les avoir liés, à la soie, on excise la portion intermédiaire, et l'on fixe, au péritoine pariétal, l'un au-dessus de l'autre (le bout inférieur en dessus), les deux culs-de-sac intestinaux. Trente-six heures après, on fait le premier pansement, et, sans rien ouvrir, on se contente de ponctionner avec une aiguille fine le bout supérieur distendu : il sort des gaz et un peu de liquide fécal clair, non sanglant. Le lendemain, la ligature de ce bout supérieur est enlevée, et l'on y introduit un gros tube de caoutchouc, par lequel s'écoule en quantité du liquide jaune clair. L'anus artificiel se trouvant, de la sorte, très élevé, l'alimentation est fort insuffisante, et l'état général devient de plus en plus mauvais. Aussi, quinze jours après, applique-t-on déjà l'entérotome, qui crée, entre les deux bouts, une communication d'environ 4 centimètres; deux semaines plus tard, on se mettait en devoir de fermer l'anus contre nature, et l'intervention réussissait. Dès lors, les selles redevinrent normales et l'alimentation régulière; revu au bout d'un an, le jeune blessé était en parfaite santé et avait repris beaucoup de poids.

La résection était, ici, de toute nécessité, un si long segment d'intestin, privé de son mésentère, étant voué fatalement à la gangrène. Il convient de rappeler, à ce propos, que l'on a cherché à préciser dans quelles conditions l'intestin pouvait « survivre » à la séparation mésentérique : un arrachement du mésentère, à son attache même sur le bord intestinal, quelque court soit-il, est toujours suivi de sphacèle; si la rupture siège plus loin de l'intestin, elle peut, sans danger, affecter une longueur plus grande; pourtant, au delà de 9 centimètres, elle doit être tenue pour dangereuse et suspecte.

On a dû recourir, dans le cas de M. Neumann, à la résection en deux temps, par nécessité, l'état alarmant du blessé commandant de finir vite et ne permettant pas de réaliser l'entéro-anastomose primitive. Malgré la longueur du segment excisé, les résultats immédiats et les suites fonctionnelles ultérieures ont été satisfaisants, et, du reste, d'après ce que nous ont appris les nombreux travaux de ces dix dernières années sur les résections étendues de l'intestin grêle, une ablation de pareille longueur, chez un enfant de treize ans, n'a rien d'anormal.

Toujours est-il que le succès obtenu est fort encourageant et qu'il témoigne en faveur de la laparotomie, dans ces contusions graves de l'abdomen, qui se traduisent par des accidents d'hémorrhagie interne. Quel que soit le mécanisme des déchirures mésentériques — et l'auteur, dans son cas, admet l'arrachement —, l'intervention précoce permet seule de parer à leurs graves conséquences. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — L.

Mort pendant l'accouchement par suite d'hémorrhagie interne due à la rupture d'un vaisseau mésentérique, par M. JACOBY.

L'auteur relate un cas de mort subite survenue pendant le travail, et dont la véritable cause reste encore incertaine, aucun exemple de ce genre n'ayant, semble-t-il, été publié.

Une secondipare de vingt-cinq ans, de bonne santé habituelle — malgré quelques palpitations éprouvées au début de la grossesse, mais ne dépendant pas d'une affection organique du cœur —, se trouvait enceinte de six mois et demi, quand, à la suite d'une vive émotion, elle fut prise de douleurs. Elle se rendit aussitôt à une maternité, où, après un jour et une nuit de repos, les douleurs s'arrêtèrent. Pensant à une fausse alerte, elle se disposait à rentrer chez elle, quand, dans l'escalier de sortie, elle fut subitement prise d'une syncope. On la ramena dans la salle de travail : elle était pâle, exsangue; le pouls et la respiration, à peine perceptibles, faisaient même par instants complètement défaut. Cependant, à force d'excitants, on parvint à la ranimer; son état général s'était même si bien remis, que dans la journée elle put fournir, sur ses antécédents, les détails les plus circonstanciés. On voulut néanmoins accélérer le travail, dans la pensée que cette syncope était due à quelque cardiopathie latente. Dans ce but, on appliqua une bougie cervicale; à sept heures du soir, la poche des eaux se rompit, mais, à l'instant même, la malade fut prise d'un nouvel accès syncopal; elle succomba au bout de dix minutes.

A l'autopsie, on trouva le ventre rempli par 4 litres ½ de sang. Comme il existait quelques hématomes infiltrés autour du pancréas et dans

le mésocôlon, l'auteur est d'avis que l'hémorrhagie était due à la rupture d'une branche des vaisseaux mésentériques; en effet, tous les autres organes, y compris l'utérus, paraissaient absolument sains. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 décembre 1904.) — R. DE B.

Sur le traitement du coryza aigu,
par M. A. HENLE.

L'auteur a eu l'idée de traiter le coryza aigu par le procédé de la stase artificielle que M. Bier préconise contre les inflammations aiguës. Dans ce but, il se sert du bracelet pneumatique qu'il a imaginé (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 16), et avec lequel il réalise la constriction du cou. Il convient toutefois de ne pas porter la pression à l'intérieur de la chambre à air au-delà de 25 millimètres de mercure; on ne doit donc nullement chercher à atteindre les pressions de 60 et 100 millimètres dont on use parfois dans certaines autres régions, telles que les membres. Le bracelet est laissé en place une, deux ou trois heures suivant l'intensité des phénomènes inflammatoires, et l'on peut en répéter l'application le même jour ou le lendemain.

Sur les 6 cas où l'auteur a eu recours au procédé en question, il n'a éprouvé qu'un seul échec. Chez tous les autres malades — lui compris —, les phénomènes aigus n'ont pas tardé à s'amender, et, en général, la guérison a été complète dès le lendemain. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 février 1905.) — F. M.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Polynévrite à localisations insolites, compliquant une fièvre typhoïde, par M. A. GORDON.

Il est de notion courante que la dothiénentérie est susceptible de donner lieu à une polynévrite se manifestant soit au cours même de l'affection, soit comme une de ses suites plus ou moins éloignées. Mais habituellement les lésions nerveuses sont, en pareille occurrence, limitées aux extrémités : la paralysie faciale est peu commune, et la coexistence d'une paralysie brachiale associée à une paralysie périphérique de la face plus rare encore. Aussi l'observation publiée par M. Gordon, et qui se rapporte précisément à cette double localisation insolite de la polynévrite typhoïdique, mérite-t-elle d'être signalée.

Il s'agissait, dans ce cas, d'un homme de trente ans, exempt d'antécédents pathologiques — personnels et héréditaires — tant soit peu importants, qui, à la fin du deuxième septénaire d'une fièvre typhoïde, lorsque la température était tombée à 37°2, commença à éprouver des douleurs dans le membre supérieur droit. Il s'aperçut, en même temps, qu'il avait une certaine difficulté à mâcher les aliments et que les liquides qu'il buvait avaient tendance à s'écouler hors de sa bouche par le côté droit; de plus, il se trouvait dans l'impossibilité de fermer l'œil droit. Il n'existait pas de sensations douloureuses du côté de la face, qui était nettement déviée à gauche. Les douleurs du bras ne tardèrent pas à être suivies d'un affaiblissement progressif du membre, à telles enseignes que le malade fut bientôt incapable de tenir pendant quelque temps un objet dans sa main. A l'examen, l'auteur constata l'existence d'une paralysie faciale droite très nette, encore que peu accentuée; on remarquait, de ce côté, un certain degré d'affaiblissement des muscles frontal, orbiculaire des paupières et buccinateur; la langue était déviée à droite. Le membre supérieur droit était affaibli dans sa totalité : l'élévation, l'abduction du bras, l'extension et la flexion de l'avant-bras et de la main étaient notablement diminuées dans leur étendue. La paralysie était plutôt flasque, et les réflexes tendineux du côté droit étaient diminués. La musculature du bras était réduite de volume et molle, mais celle de l'avant-bras était dans un meilleur état; par contre, la main droite était également plus petite que la gauche. On notait une sensibilité assez marquée des troncs nerveux de toute l'extrémité supérieure droite; la pression profonde exercée sur les muscles provoquait des douleurs; les régions axillaire et sus-claviculaire du même côté n'étaient, toutefois, pas douloureuses. Il fut impossible de constater d'autres troubles de la sensibilité. Le patient se plaignait de douleurs lancinantes dans le bras droit, et surtout d'une sensation de faiblesse et d'engourdissement.

Tous ces phénomènes morbides commencèrent à s'atténuer aussitôt après la période aiguë de la dothiénentérie.

Au point de vue du diagnostic, on pouvait hésiter entre une poliomyélite aiguë antérieure et une polynévrite. Mais l'absence de rigidité, l'état des réflexes et de la motilité, l'évolution de la maladie et les caractères de la participation du nerf facial aux troubles morbides ne plaident guère en faveur d'une lésion médullaire. (*Amer. Medicine*, 31 décembre 1904.) — L. CH.

Septicémie par le bacille pyocyanique, combinée avec une tumeur à blastomycètes, par MM. J. R. EASTMAN et TH. V. KEENE.

Les auteurs ont observé un fait d'infection générale par le bacille pyocyanique, ce qui est déjà rare, et qui se combina avec une tumeur à blastomycètes développée sur la plaie même ayant donné naissance à la septicémie, ce qui ne semble pas encore avoir été signalé.

Une jeune fille de dix-sept ans, de bonne constitution, mais ayant eu dans son enfance la plupart des maladies spéciales à cet âge, et qui, de plus, semblait fortement entachée d'hystérie, présentait, depuis une chute, un gonflement de l'avant-bras gauche, des accidents nerveux divers et de l'engourdissement de la main. Elle se trouvait dans cet état depuis cinq ou six mois, quand son médecin habituel, soi-disant pour supprimer la compression du nerf radial, lui fit une première, et, vu l'échec de celle-ci, une seconde incision sur la face externe de l'avant-bras gauche. A la suite de cette dernière intervention, la patiente recouvra la sensibilité de sa main, mais, au bout de cinq semaines, la plaie opératoire n'était pas encore cicatrisée : il persistait un petit ulcère gros comme l'extrémité de l'auriculaire. A ce moment apparurent, à la surface des bourgeons charnus, trois petites vésicules ayant les dimensions de grains de millet : elles augmentèrent, devinrent confluentes, recouvrirent toute la plaie et se rompirent en laissant écouler un liquide clair et séreux; le tout s'accompagna de vives douleurs et de quelques contractures dans le membre malade. Il se reforma ainsi plusieurs vésicules et, quinze jours après leur première apparition, la plaie prit une teinte bleuâtre, ainsi que la sérosité qui s'en écoulait. Cependant l'ulcère primitif avait atteint la largeur d'une paume de main.

Deux semaines après l'apparition du pus bleu, la malade avait présenté un degré d'excitation nerveuse extrêmement marqué : maux de tête, contractions musculaires involontaires, émotivité, affaiblissement de la mémoire; puis, peu à peu, tous ces symptômes firent place à une prostration qui confinait à l'hébétude. Entre temps on avait essayé de faire disparaître la plaie et les douleurs par tous les moyens possibles, mais sans succès; la patiente s'affaiblissait; son poids était tombé de 50 kilos 500 à 34 kilos 500.

Cette jeune fille était malade depuis un an, quand elle vint se confier à MM. Eastman et Keene. Sur la face antéro-externe de son avant-bras existait une large ulcération, extrêmement douloureuse, à bords nets et indurés, légèrement surélevés. Le fond de l'ulcération, en général bleuâtre, était brun en quelques points. L'exsudat était toujours bleuâtre et séreux. Un premier examen bactériologique montra l'existence de bacilles pyocyaniques et de blastomycètes : ceux-ci se rencontraient de préférence dans les croûtes brunâtres. La rate était hypertrophiée.

Treize mois après le début de l'affection, on excisa l'ulcère et la plaie fraîche fut pansée toutes les heures au sublimé. L'état psychique et l'état local s'améliorèrent aussitôt. Le résultat de cette intervention paraissait devoir être satisfaisant et le pus bleu avait disparu, quand, au bout de trois semaines, la malade, ayant remis des vêtements qu'elle avait portés chez elle, fut prise d'un frisson violent; le bras redevint douloureux et la plaie, examinée trois heures plus tard, montra trois petites taches bleues.

De nouveau l'état général déclina, l'hébétude reparut et la plaie se mit à sécréter du pus bleu. Un examen bactériologique fait à cette date révéla encore des bacilles pyocyaniques et des blastomycètes. Les urines étaient albumineuses et il y avait de la leucocytose. La patiente était pourtant afébrile, bien que le pouls battît entre 90 et 130. On revint alors à tous les traitements locaux précédemment employés, mais on recourut en même temps à l'usage interne de l'iodure de potassium. Ce dernier médicament, bien qu'il fallût le suspendre quelquefois, pour cause d'intolérance, finit cependant par amener la guérison.

Durant les derniers temps de la maladie, la mère de cette jeune fille vint se plaindre de « boutons » dont l'un avait déterminé une adénite axillaire qui s'ouvrit et laissa écouler un liquide séreux où l'examen microscopique démontra aussi un grand nombre de blastomycètes. D'autre part, il est probable — mais on n'eut pas l'occasion de s'en assurer par le microscope — qu'un autre enfant de cette femme fut également atteint de « boutons » de même nature. Il existait donc dans cette famille une véritable épidémie à blastomycètes. (*Ann. of Surgery*, novembre 1904.) — R. DE B.

De la nécessité qu'il y a d'examiner soigneusement les pièces se rapportant à des cas douteux de grossesse extra-utérine, par M. J. W. BOVÉE.

Dans l'espace de quatre ans et demi, l'auteur a eu l'occasion d'opérer 10 femmes, dont l'histoire clinique, tout comme l'aspect macroscopique des pièces enlevées au cours de l'intervention, militait fort en faveur de l'existence d'un avortement tubaire ou d'une grossesse tubaire rompue. Or, à l'examen microscopique de ces mêmes pièces, on fut à même de se rendre compte que ce diagnostic était complètement erroné : en réalité, il s'agissait 6 fois d'un hématosalpinx, 1 fois d'une salpingite chronique avec hématome de l'ovaire, 1 fois d'une sclérose de l'ovaire avec hémorrhagie profuse, 1 fois d'un adénome kystique papillaire de l'ovaire avec salpingite et 1 fois d'une salpingite chronique avec lésions des deux ovaires, l'un d'eux étant atteint de sclérose avec hémorrhagies, et l'autre ayant subi la dégénérescence carcinomateuse.

Fort de ces constatations, M. Bovée n'hésite pas à conclure que maintes femmes sont opérées pour une soi-disant grossesse ectopique, alors qu'elles présentent une tout autre affection. Il y a plus : comme, dans la majorité des cas, on n'a pas soin de soumettre les pièces extirpées à l'examen microscopique, le diagnostic de grossesse extra-utérine est maintenu, à tort, même après l'intervention opératoire. Cela étant, l'auteur insiste particulièrement sur la nécessité qu'il y a d'examiner au microscope toute pièce anatomique que l'on croit pouvoir se rapporter à une grossesse ectopique : c'est seulement en procédant de la sorte que l'on peut établir un diagnostic exact et assurer, au besoin, un traitement approprié. En ce qui concerne notamment les observations personnelles de M. Bovée, il convient de faire remarquer que, 2 fois sur 10, l'examen microscopique a révélé l'existence d'une tumeur maligne de l'ovaire, laquelle serait restée complètement méconnue sans le secours du microscope. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 décembre 1904.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Mode d'emploi du baume du Pérou dans le traitement des plaies et des ulcères atones.

Nous avons déjà fait connaître les bons résultats que le baume du Pérou, soit seul, soit associé au nitrate d'argent, aurait donnés à

divers chirurgiens dans le traitement des plaies et ulcères atones, notamment contre les ulcères variqueux (Voir *Semaine Médicale*, 1893, Annexes, p. II, 1903, p. 353, et 1905, p. 7). M. le docteur Bohdanowicz (de Nice) nous adresse à ce sujet la note suivante :

« Je me sers du baume du Pérou depuis dix ans, époque où, faisant un voyage d'étude à l'étranger, j'ai pu séjourner à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Cracovie, dirigée alors par M. le professeur L. Rydygier.

Le baume du Pérou y était employé couramment, pur ou associé au nitrate d'argent, dans le traitement des ulcères produits par la tuberculose cutanée où il donnait des résultats supérieurs aux autres topiques, grâce peut-être à l'acide cinnamique qu'il contient.

J'ai essayé dans ma pratique d'élargir l'application de ce médicament. Antiseptique autant que le sont toutes les substances de ce genre, le baume du Pérou n'a généralement pas besoin d'être secondé par l'adjonction d'autres antiseptiques et si, dans mes formules, j'aime à lui adjoindre souvent une très petite quantité d'acide salicylique, c'est plutôt en vue de l'action spéciale de ce dernier médicament sur le revêtement cutané.

Sous l'influence du baume du Pérou, le bourgeonnement se fait plus rapidement que sous l'influence de tous les topiques et caustiques connus. Je n'ai jamais remarqué qu'il produisît la moindre irritation des tissus environnants recouverts de peau saine. Dans presque tous les ulcères, dans les plaies atones et anfractueuses, dans les fistules même, à moins qu'elles n'aient pour cause un foyer trop profond et inaccessible, on peut compter sur l'action du baume du Pérou plutôt que sur celle de n'importe quel autre topique. Il m'est arrivé de guérir par ce moyen, dans l'espace d'un mois et demi, des pertes de substance produites par la brièveté des lambeaux après amputation, et sur lesquelles on avait essayé sans résultat, des années durant, l'action de tous les topiques et de toutes les cautérisations.

Je répète que je n'ai pas remarqué que l'adjonction du nitrate d'argent augmentât sensiblement le pouvoir cicatrisant du baume.

Aujourd'hui, après dix années d'expérimentation, je puis dire que l'on peut employer le baume du Pérou sans crainte d'aucune espèce et avec grande chance de succès dans le traitement des ulcères et des plaies atones de toute nature. On peut le prescrire en pommade de 3 à 15 %, ou pur ou même associé au nitrate d'argent, suivant le besoin et la sensibilité du malade, car il y a des cas, rares il est vrai, où son application est légèrement douloureuse.

Je dirai plus : on peut compter sur la guérison certaine par le baume du Pérou de tous les ulcères et plaies atones, les ulcères cancéreux, lupiques et syphilitiques exceptés. »

Traitement de la phlegmatia alba dolens des nouvelles accouchées par la déchloruration.

Il y a environ deux ans, M. Chantemesse signalait les bons effets que lui avait donnés la cure de déchloruration dans 6 cas de phlegmatia alba dolens d'origine typhoïdique (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 247).

De son côté, M. le docteur H. Signoret relate dans sa thèse inaugurale, inspirée par M. le docteur Bar, accoucheur des hôpitaux de Paris, 5 observations de phlegmatia alba dolens consécutive à l'accouchement et où l'institution du régime déchloruré, de même que dans les faits de M. Chantemesse, exerça une action des plus bienfaisantes.

Quoique, d'après notre confrère, toutes les formes de phlegmatia alba dolens soient susceptibles de bénéficier de la déchloruration, celles-là surtout paraissent appelées à en retirer profit, où l'œdème constitue le symptôme prédominant.

Avant d'appliquer le traitement, on détermine le degré de rétention des chlorures, en se basant soit sur le bilan des entrées et des sorties en chlorure de sodium, soit sur l'épreuve de la chlorurie provoquée. Quant au régime en lui-même, il implique simplement la suppression du sel ajouté d'ordinaire aux aliments tant avant qu'après la cuisson. Le choix de ces derniers importe peu; cependant il semble bon de donner la préférence aux viandes grillées, aux purées de légumes, aux fruits cuits et aux pâtisseries.

Il convient d'ailleurs de surveiller les progrès réalisés par le traitement à l'aide du dosage répété des chlorures urinaires. Mais en l'espèce il vaut mieux, contrairement à ce qui se fait d'habitude, s'abstenir des pesées successives préconisées par certains auteurs, afin d'éviter à la malade les dangers d'une embolie.

Dans les 5 cas observés par notre confrère, la disparition des œdèmes a été obtenue en un laps de temps relativement court : dix à douze jours d'un traitement rigoureux ont toujours suffi. Aussi le régime a-t-il, dans tous les cas, été fort bien supporté par les malades.

Inhalations d'oxygène par le nez.

Lorsqu'on fait respirer de l'oxygène à un malade, on se sert habituellement d'un tube en caoutchouc dont l'une des extrémités est reliée au réservoir d'oxygène, tandis que l'autre est maintenue dans la bouche du malade, ou encore porte un masque ou un entonnoir que l'on applique sur le visage de ce dernier.

Or, d'après l'expérience d'un confrère autrichien, M. le docteur Fleischer (de Vienne), on obtiendrait un résultat bien supérieur en introduisant simplement le bout du tube en caoutchouc dans l'une des narines et en faisant inhaler l'oxygène par le nez. Ce procédé, outre sa plus grande efficacité, présenterait l'avantage d'éviter les crises d'apnée auxquelles on expose le sujet en lui faisant respirer exclusivement de l'oxygène, ce qui est surtout le cas lorsqu'on se sert d'un masque ou d'un entonnoir. De plus, il entraîne une consommation beaucoup moins considérable d'oxygène.

Chez deux enfants atteints de bronchite capillaire, notre confrère, alors que l'inhalation par la bouche avait été entièrement inefficace, a obtenu un succès immédiat en substituant la voie nasale à la voie buccale : on vit, en effet, les lèvres se colorer aussitôt, la dyspnée disparaître et la respiration se régulariser. En outre, on put par là même faire prendre aux petits malades de grandes quantités de lait, ce qui constitue également un avantage appréciable à l'actif de la méthode.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 février 1905.

Fièvre jaune et moustiques.

M. Chantemesse fait sur ce sujet, en son nom et au nom de M. F. Borel, une communication dans laquelle, après avoir rappelé que la fièvre jaune est transmise par le *Stegomyia fasciata*, moustique dont l'habitat se trouve circonscrit par les 43es parallèles nord et sud, il s'efforce de démontrer que l'étude des cas de fièvre jaune observés en Europe au siècle dernier concorde pleinement avec cette théorie étiologique. En effet, dans les pays situés au nord du 43e parallèle nord (presque toute la France continentale, Angleterre), il n'y a jamais eu à proprement parler d'épidémie de fièvre jaune, les cas étant restés peu nombreux et les sujets infectés l'ayant toujours été à bord du bateau qui avait importé la maladie, tandis que dans les pays situés au sud de ce même parallèle (Espagne, Portugal, Italie), on a observé des épidémies véritables, ayant fait parfois de très nombreuses victimes.

L'orateur fait ensuite remarquer que depuis quarante ans le nombre des épidémies de fièvre jaune a notablement diminué en Europe, sans que l'on ait modifié le système de défense sanitaire. La raison de ce fait doit être recherchée dans les progrès de la navigation et de la construction des navires : d'une part, les vaisseaux modernes en fer sont mieux aérés que les anciens bateaux en bois et présentent des cales plus étanches, double condition défavorable à la multiplication des moustiques; d'autre part, l'abréviation de la durée des traversées, par suite de la substitution de la navigation à vapeur à la navigation à voile, a pour résultat que le navire arrive dans les zones froides, où le moustique ne saurait vivre, avant que cet insecte, qui aurait pu s'infecter sur un malade du bateau, ait eu le temps de terminer son incubation.

Ces notions étiologiques commandent la prophylaxie. Celle-ci, en pays infecté, se résume en la protection contre les moustiques. En France, à l'arrivée de tout bateau provenant d'un pays contaminé, une des trois hypothèses suivantes doit être envisagée :

Ou bien rien ne s'est produit à bord pendant la traversée : libre pratique immédiate peut être accordée en toute saison, et sans qu'il soit effectué aucune mesure de désinfection;

Ou bien un ou deux cas de fièvre jaune, manifestement contractés dans le pays contaminé, ont évolué à bord sans donner lieu à aucun accident consécutif : libre pratique immédiate sera encore accordée, sans aucune mesure restrictive, ni pour les hommes, ni pour les effets, ni pour les marchandises;

Ou bien enfin des cas de fièvre jaune en série et à répétition se seront produits durant la traversée : on devra alors évacuer le navire, et procéder de suite — au large si possible — à des fumigations à l'acide sulfureux dans tous les locaux habités; si même tout ou partie de la cargaison est de nature à abriter des moustiques (bananes, fruits, sucre, bois humide), les cales seront également fumigées; les personnes atteintes de fièvre jaune au moment de l'arrivée seront transportées à l'hôpital; dans les ports où il n'existe pas de lazaret, elles pourront être placées sans inconvénient à l'hôpital de la ville : la fièvre jaune, en effet, ne saurait être considérée en France comme une maladie contagieuse.

Des mesures plus rigoureuses seraient naturellement nécessaires dans les régions (Algérie, Corse, presque unanimité des colonies françaises) où vit le *Stegomyia*, ainsi que dans les très rares points du territoire métropolitain situés au sud du 43e parallèle nord (îles d'Hyères, Port-Vendres).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 13 et 20 février 1905.

Variations, au cours d'une même maladie, des mécanismes des phénomènes morbides.

MM. Charrin et **Le Play.** — Au cours d'une même maladie, d'un organe à l'autre, suivant en partie les réactions des tissus et sans introduire un élément autre que l'agent de cette maladie et le sujet contaminé, les phénomènes pathologiques changent. De nouvelles recherches nous ont amenés à établir que non seulement ces phénomènes, symptômes, lésions, etc., varient, mais que les mécanismes, les processus pathogéniques qui président à leur genèse sont en rapport avec la constitution des parenchymes atteints : chacun de ces parenchymes, au point de vue de la quantité ou de la qualité met en jeu des procédés spéciaux, fait le mal à sa façon.

En inoculant certains champignons, l'oïdium du muguet, surtout l'*Oospora Guignardi*, plus encore une espèce recueillie sur des vignes phylloxérées, on obtient une vraie dyscrasie acide, avec de rares dépôts calcaires et de fréquentes tares du squelette. De plus, introduit dans le péritoine, en se greffant sur la séreuse, ce parasite de la vigne fait naître des nodules offrant, en raison des pigments parasitaires, des taches noirâtres et donnant l'apparence d'une carcinose mélanique; parfois volumineuses, pesant jusqu'à 8 grammes, ces sortes de tumeurs sont un peu trop inflammatoires pour être assimilées à de véritables néoplasmes.

On retrouve ce champignon dans l'épaisseur des viscères et comme, même à l'état de spores, ses dimensions l'emportent sur celles des bactéries, cette pénétration prouve qu'on s'étonne à tort de voir ces bactéries franchir des barrières épithéliales relativement indemnes et, du reste, traversées par des globules du sang. — Dans le foie, les lésions revêtent aussi l'as-

pect nodulaire au centre des îlots s'observent des filaments mycéliens destructeurs à ce niveau du parenchyme, entourés de débris cellulaires et, près de la périphérie, de nombreux noyaux mélangés à de rares leucocytes; une enveloppe fibreuse, comme dans certains adénomes, enkyste ces productions dépourvues de toute tendance à la suppuration. — Dans le rein, le parasite se montre sous forme d'éléments ovoïdes, de levures; en dehors de fréquentes hémorragies, les tares, sans aucune organisation nodulaire, portent de préférence sur les épithéliums des *tubuli*.

D'un autre côté, cultivé dans des milieux additionnés de sucre, d'hydrates de carbone, pour rappeler la constitution du parenchyme hépatique, et parallèlement dans des bouillons essentiellement formés d'urée, de matériaux protéiques se rapprochant des substances composant le tissu rénal, au sein des premiers de ces milieux le développement est plus rapide, plus abondant; manifestement des acides, de l'alcool prennent naissance. Or, dans l'économie, entre la glande biliaire comparée à l'émonctoire urinaire, les champignons et même le bacille pyocyanique perçoivent les mêmes différences et, dans la mesure des phénomènes saisissables, on observe, dans les conséquences, les mêmes distinctions; peut-être cependant, si l'alcool est produit, est-il rapidement détruit ou éliminé. En tout cas, ensemencé, le suc de cette glande donne des cultures plus riches que celui de cet émonctoire.

Quoi qu'il en soit, le parasite est, dans le foie, à l'état de filaments mycéliens et sous forme de levure dans le rein. Or, à cet état filamenteux sa végétation est plus intense; il pousse plus de prolongements, exige plus d'espace et partant mécaniquement disloque davantage le tissu de l'organe. En outre, cette végétation plus intense comporte des besoins alimentaires plus pressants; formant plus de filaments, de matière vivante, qu'à la phase levure, l'agent inoculé fatalement emprunte autour de lui plus de produits à transformer; de plus, forcément il puise dans le parenchyme hépatique qui, par surcroît, lui convenant mieux que celui du rein, est pour lui plus aisé à élaborer. Dès lors, ce second processus pathogénique contribue à faire comprendre pourquoi ce parenchyme hépatique subit plus de destruction que le viscère rénal. En troisième lieu les faits observés, les cultures aussi bien que les lois de la physiologie enseignent qu'à une activité morphologique et nutritive plus grande s'ajoute un pouvoir de sécrétion plus marqué. Par suite, dans la glande biliaire, notre champignon produit plus de principes. Or, c'est avant tout à l'aide de ces principes, à l'aide de leurs sécrétions souvent toxiques, qu'agissent les agents pathogènes vivants. La diversité des composés à transformer se joint aux différences d'activité pour expliquer qu'au point de vue de la qualité ces sécrétions varient; la preuve se trouve dans la genèse de l'alcool, qui peut apparaître chez un animal n'ayant jamais absorbé ce poison.

Ainsi, les actions directes, les exigences alimentaires, la valeur des substances morbifiques engendrées, les principales modalités pathogéniques sont liées à la diversité de constitution des parenchymes. — L'influence considérable de cette donnée concernant le rôle de cette diversité de constitution se révèle également dans l'étude des altérations autolytiques; attribuables à l'action des corps nuisibles renfermés dans des cellules qui, en se disloquant, libèrent leur contenu, jusque-là intra-protoplasmique, autrement dit sensiblement inactif, ces altérations, pour ce même motif, d'un viscère à l'autre sont disparates; par exemple, chez un fœtus aseptiquement macéré, les détériorations hépatiques de beaucoup l'emportent sur les tares rénales; les éléments anatomiques de la glande biliaire sont plus riches en ferments, en matériaux nuisibles, matériaux qu'ils sont d'ailleurs exposés à livrer à la circulation au cours d'une série d'affections chroniques.

En définitive, en dehors de la croissante multiplicité des principes morbifiques, tels que les acides, l'alcool, etc., capables d'agir à côté des véritables toxines, ces recherches mettent de plus en plus en évidence la portée des variations de terrain, de constitution, non plus seulement d'une espèce à l'autre, mais, chez un même sujet, d'un tissu à l'autre.

L'examen continu de la pression artérielle comme moyen d'éviter les accidents de la chloroformisation.

M. J. Tissot. — Etant reconnu que le chloroforme entraîne la mort par action toxique sur le cœur ou les centres nerveux cardiaques, j'ai étudié chez le chien les relations existant entre les modifications de la pression artérielle — celles-ci traduisent fidèlement l'état de la contraction cardiaque — et les doses d'anesthésique employées.

J'ai pu m'assurer tout d'abord que l'action déprimante du chloroforme sur le cœur ou sur la pression artérielle croît régulièrement avec la quantité de chloroforme administrée. Tant que la pression artérielle ne devient pas inférieure à 10 centimètres de mercure, on ne voit survenir aucun accident; quand cette pression a une valeur comprise entre 10 et 6 centimètres, la syncope respiratoire apparaît toujours; enfin les doses qui produisent la syncope cardiaque, ou plus exactement le fléchissement brusque de la contraction cardiaque, sont celles qui abaissent la pression au voisinage de 5 centimètres et au-dessous. Il va sans dire que ces données ne s'appliquent qu'à l'intoxication lente, et non à l'intoxication rapide — comme celle qui aboutit à la syncope du début de la chloroformisation —, où la pression peut tomber à 2 centimètres et au-dessous sans que la mort s'ensuive.

Ainsi donc, chez le chien, et très vraisemblablement aussi chez l'homme, le chloroforme, même administré sans précaution, ne produit pas d'accident, si l'on a soin de cesser les inhalations dès que la pression descend à 10 centimètres de mercure.

Je dois ajouter que, lorsque la dose de chloroforme devient assez considérable pour entraîner des accidents, la pression artérielle est influencée bien avant que l'on puisse constater une modification alarmante de la mécanique respiratoire, de sorte que la surveillance de la respiration ne saurait être substituée à celle de la pression artérielle.

La d'arsonvalisation dans le traitement de l'hypertension artérielle.

MM. A. Moutier et **A. Challamel** adressent une note sur la technique de ce traitement : ils ont pu s'assurer que l'on obtient un abaissement moins marqué de la pression en employant le lit condensateur qu'en faisant usage de la cage autoconductrice; au point qu'après avoir eu recours au premier de ces modes d'arsonvalisation, on peut produire un nouvel abaissement en se servant du second.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 8 et 15 février 1905.

De l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses.

M. Legueu. — Depuis quatre ans, j'ai eu 6 fois l'occasion de pratiquer l'ablation de vésicules séminales tuberculeuses. Deux voies s'ouvrent à nous pour cette ablation, la voie inguinale et la voie périnéale. La première a été préconisée par M. Villeneuve (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 389); j'ai eu recours une fois seulement à ce mode opératoire, et j'ai pu me rendre compte des difficultés qu'il présente, surtout en raison de la profondeur à laquelle on est obligé d'agir et de la bilatéralité si fréquente des lésions. La voie périnéale me paraît donc devoir être préférée; on procède alors comme s'il s'agissait de faire une prostatectomie et rien n'est plus simple que d'enlever successivement l'une et l'autre vésicule, lorsqu'il n'y a aucune inflammation périvésiculaire; les difficultés sont au contraire très grandes quand il y a de la périvésiculite, et, dans un cas de ce genre, il ne m'a pas été possible de pratiquer l'ablation complète des vésicules.

Sur 2 de mes opérés, j'ai vu se produire une fistule uréthrale qui a guéri spontanément au bout de sept ou huit semaines. Quant au résultat thérapeutique de l'intervention, il a été excellent chez tous mes malades, un seul étant mort ultérieurement d'une tuberculose pulmonaire dont il était atteint dès avant l'opération.

Pour ce qui est des indications opératoires, je dois dire qu'elles me paraissent assez limitées. Tout d'abord la spermatocystectomie n'est pas applicable aux tuberculoses vésiculaires associées à une tuberculose pulmonaire ou urinaire; de plus, tous les cas de vésiculite tuberculeuse primitive et isolée ne sont pas justiciables de cette intervention, le foyer vésiculaire ayant assez souvent tendance à s'enkyster spontanément; aussi, à mon avis, n'est-on légitimement conduit à enlever les vésicules que si elles sont le siège de lésions volumineuses, ou douloureuses, ou en voie de ramollissement et d'abcédation.

De l'emploi de la scopolamine-morphine pour l'anesthésie générale.

M. Terrier. — Je dois vous faire un rapport sur un travail qui nous a été communiqué par M. Desjardins, concernant l'emploi de la scopolamine-morphine comme agent anesthésique. C'est au moyen d'injections sous-cutanées d'un mélange de bromhydrate de scopolamine et de chlorhydrate de morphine qu'on obtient l'anesthésie générale : après la troisième injection, le sommeil est complet, sans que la résolution musculaire soit absolue; toutefois, le malade a une tendance à se réveiller sous l'influence du moindre bruit ou de la moindre secousse, mais l'anesthésie n'en persiste pas moins; avant et pendant l'opération, on doit donc garder le silence, et, lorsqu'on transporte le patient, il faut éviter de lui imprimer un mouvement brusque. La durée du sommeil varie entre quatre et cinq heures; le réveil se fait très simplement, et l'anesthésie persiste encore assez pour que jamais un de nos opérés n'ait réclamé de morphine dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'intervention.

Parmi les avantages de ce mode d'anesthésie, je dois signaler surtout la suppression de toute appréhension de l'acte opératoire, l'absence des nausées et des vomissements, la persistance de l'anesthésie après le réveil.

En revanche, la méthode a l'inconvénient de produire une vasodilatation qui, dans certaines opérations, peut exiger une hémostase particulièrement soignée; de plus, elle est difficilement applicable aux interventions sur l'abdomen, vu la contracture des muscles abdominaux qu'elle détermine. Elle est considérée généralement comme inoffensive; cependant, la *Semaine Médicale* a tout récemment signalé 12 cas de mort sur un total de 1,189 anesthésies à la scopolamine-morphine, mais je dois dire que, sauf dans un fait discutable, tous les accidents semblent avoir été observés chez des individus opérés *in extremis*.

Appendicite perforante par agrafes à suture.

M. Potherat. — J'ai opéré dernièrement une femme de trente-cinq ans, atteinte d'appendicite aiguë avec perforation appendiculaire, qui avait subi, il y a trois ans, une ablation de kyste ovarien, sur laquelle je n'ai pu avoir de renseignement. Or, j'ai constaté la présence, à l'intérieur de l'appendice, dont la muqueuse était par ailleurs fort peu altérée, de deux agrafes métalliques qui avaient vraisemblablement été utilisées lors de l'intervention précédente.

Ce fait montre combien nous devons nous défier de l'abandon de corps étrangers métalliques dans la cavité péritonéale.

M. Routier. — J'ai dû, dans un cas, employer des agrafes de ce genre après une ablation d'annexes; or, la malade eut des accidents de péritonite très inquiétants, et une deuxième laparotomie me fit découvrir une perforation intestinale due à une des agrafes que j'avais employées. Inutile de dire que j'ai à tout jamais renoncé à me servir de ce moyen de réunion.

Plaie du cœur suturée avec succès.

M. Delorme. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été communiquée par M. Riche. Il s'agit d'un cas de plaie du ventricule droit, par coup de couteau, chez une femme de trente ans, enceinte de quatre mois. Notre confrère fut appelé d'urgence et put intervenir deux heures environ après le traumatisme; ayant rabattu un volet thoracique et incisé le péricarde, il découvrit une plaie du ventricule droit, qu'il

sutura. Les suites opératoires furent assez simples, malgré des accidents dyspnéiques qui présentèrent, à plusieurs reprises, une certaine intensité. Au vingt-deuxième jour, la blessée quitta l'hôpital.

Tumeur papillomateuse de la langue datant de vingt-cinq ans et simulant un cancer.

M. Sebileau. — J'observe avec M. Pautrier un homme de quarante-sept ans, qui porte, sur le tiers moyen de la langue, une volumineuse tumeur, dure, végétante, bosselée, avec sclérose en nappe du tiers antérieur de la langue et leucoplasie des joues. Cette lésion offre un aspect cancéreux manifeste; or, l'examen histologique d'un fragment prélevé par biopsie prouve qu'il s'agit d'un papillome.

Le point intéressant, c'est que ce néoplasme a débuté il y a vingt-cinq ans, par deux petits boutons qui, après une phase de progression très lente, ont pris depuis quatre ou cinq ans un développement rapide, pour arriver au volume actuel. Cela étant, je me demande si certains des cas qui ont été publiés comme exemples de guérison définitive d'un épithélioma de la langue, ou de récidives bénignes et tardives, ne concernent pas en réalité des tumeurs papillomateuses pseudo-cancéreuses, comme celle que porte notre malade. Je ne doute d'ailleurs nullement que les tumeurs de ce genre soient susceptibles de se cancériser à l'occasion.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 février 1905.

Insuffisance d'antisensibilisatrice dans le sang des hémoglobinuriques.

MM. Widal et **Rostaine.** — Les recherches que nous poursuivons depuis plusieurs mois chez une hémoglobinurique présentant des crises typiques *a frigore* avec hémoglobinémie préalable nous ont montré que dans son sang existait à l'état permanent une insuffisance de l'antisensibilisatrice spécifique que le sang renferme à l'état normal pour protéger ses propres globules, en neutralisant l'action de la ou des sensibilisatrices qu'il charrie constamment.

On sait que le froid fait subir au sang des hémoglobinuriques des modifications que l'on peut apprécier pour ainsi dire expérimentalement et que Donath et Landsteiner ont montré que l'expérience du doigt glacé d'Ehrlich pouvait être reproduite *in vitro* avec le plasma d'un hémoglobinurique. Si l'on mélange des globules rouges humains quelconques avec le sérum ou le plasma oxalaté d'un hémoglobinurique recueilli en dehors des crises, et si, après avoir exposé ce mélange pendant une demi-heure à 0°, on le transporte à l'étuve à 37°, on constate au bout de deux heures une hémolyse très nette.

Or, pour enlever au plasma de notre hémoglobinurique le pouvoir d'impressionner les hématies humaines sous l'influence du froid, il nous a suffi de l'additionner d'une faible quantité d'antisensibilisatrice obtenue en injectant des doses répétées de sérum humain à des animaux.

L'antisensibilisatrice peut faire plus encore qu'exercer une action préventive; nous avons constaté qu'elle pouvait guérir *in vitro* les globules déjà sensibilisés à froid par le plasma d'un hémoglobinurique.

La notion d'insuffisance de l'antisensibilisatrice, que nous apportons, donne la clef de l'action particulière exercée par le froid sur un mélange d'hématies humaines et de plasma provenant d'un hémoglobinurique; c'est la sensibilisatrice qui se fixe sur les hématies par le mécanisme suivant :

Dans un sérum normal, la sensibilisatrice et l'antisensibilisatrice en état d'équilibre permanent neutralisent sans cesse leur action antagoniste. Dans le plasma de l'hémoglobinurique, cet équilibre est instable, mais se maintient tant que n'interviennent pas certaines causes dont la plus frappante est le froid. Sous l'influence du refroidissement, l'antisensibilisatrice, plus fragile, ne suffit plus à neutraliser la sensibilisatrice qui, plus résistante, se libère de l'action frénatrice de celle-ci pour se fixer en partie à froid sur les globules rouges.

Diagnostic expérimental de la variole et de la varicelle.

M. P. Salmon. — La variole est inoculable à la cornée du lapin, la varicelle ne l'est pas. De là un procédé commode pour différencier ces deux affections dans les cas douteux : il suffit de faire, avec une plume ou un vaccinostyle, deux ou trois inoculations en strie ou en piqûre, très superficielles; s'il s'agit de variole, on voit apparaître, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, de petites saillies claires, transparentes, qui ultérieurement se transforment en vésicules et s'accompagnent de conjonctivite.

Ce procédé nous a permis aussi de faire le diagnostic entre la variole et une acné confluente de la face; il est par contre inutilisable quand il s'agit d'éliminer l'hypothèse de vaccine généralisée, la cornée du lapin réagissant à cette dernière infection.

M. L. Martin. — J'ai pu m'assurer que la varicelle n'est pas inoculable au singe, très réceptif au contraire pour la variole. C'est là une nouvelle preuve de la non-identité de ces deux infections, en même temps qu'un moyen de les distinguer.

M. H. Vincent. — L'inoculation à la cornée du lapin est également un procédé commode pour déterminer l'activité du vaccin; j'ai vu ainsi que le virus vaccinal est arrêté par les filtres.

Echinococcose hépatique secondaire, d'origine biliaire.

M. F. Dévé. — On admet généralement que les kystes hydatiques ne peuvent se développer dans les voies biliaires, d'abord parce que, dit-on, les vésicules hydatiques sont incapables de se greffer dans les cavités séreuses, ensuite parce que, dans le cas particulier, elles seraient soumises à l'action à la fois bactéricide et mécanique de la bile.

Or, à l'autopsie d'une femme cachectique et subictérique, à ascite biliaire, nous avons constaté l'existence, dans le foie, de vingt et une poches hydatiques dont l'examen histologique nous a prouvé qu'elles étaient formées aux dépens des conduits biliaires extrêmement dilatés, constituant de véritables anévrysmes biliaires. Il est vraisemblable que, dans ce cas, le cholédoque s'est trouvé oblitéré, à un moment donné, par les débris hydatiques issus d'une première poche ouverte spontanément dans un gros tronc hépatique; il se serait ainsi produit un envahissement rétrograde de la canalisation biliaire, du fait du refoulement des germes hydatiques vivants.

Cytologie du liquide parotidien au cours des oreillons.

MM. Sicard et **Dopter.** — En pratiquant le cathétérisme du canal de Sténon chez un certain nombre de malades atteints d'oreillons, nous avons pu facilement recueillir une quantité assez grande de salive parotidienne pour la soumettre à un examen cytologique. Il résulte de ces recherches que cette salive, qui ne contient, à l'état normal, aucun élément cellulaire, se peuple au début de la fièvre ourlienne de leucocytes polynucléaires et mononucléaires; à un second stade, les éléments propres glandulaires se trouvent en extrême abondance; à un dernier stade enfin, vers le douzième jour, on ne constate plus que quelques gros mononucléaires qui ne tardent pas eux-mêmes à disparaître. Dans les cas d'oreillons frustes, cette méthode peut avoir la valeur d'un véritable cytodiagnostic.

Pouvoir néphrotoxique de la macération rénale administrée par ingestion.

MM. J. Carles et **Michel** (de Bordeaux). — Nous avons pu constater expérimentalement que l'ingestion de macération de rein préparée selon le procédé de M. Renaut (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 418), à la dose quotidienne de 2 grammes de substance rénale par kilogramme d'animal, détermine très rapidement des lésions rénales manifestes : au dixième jour, on note une congestion intense des reins, avec désintégration granuleuse des épithéliums des *tubuli contorti*.

Ces altérations sont dues en partie à la glycérine qui entre dans la composition de la macération, car une simple dilution de glycérine les reproduit; mais la substance rénale est par elle-même néphrotoxique. En effet, l'ingestion d'une macération de rein, purement aqueuse, entraîne des phénomènes congestifs un peu moins marqués, mais des lésions cellulaires identiques.

Sur les conditions physiques de la polyurie consécutive à l'injection intraveineuse de sucres et sur le pouvoir sécréteur du rein.

MM. Lamy et **Mayer.** — Si l'on fait circuler à travers le rein inaltéré d'un animal fraîchement tué un liquide composé d'eau, de chlorure de sodium, d'urée et de glucose, on constate que la concentration du liquide excrété par l'urèthre est la même que celle du liquide injecté et, en outre, que le rapport des concentrations des éléments injectés est invariable.

D'autre part, si l'on injecte à un animal vivant une solution concentrée de glucose et qu'on mesure parallèlement la concentration des sels, de l'urée et du sucre dans le sang et dans l'urine, on observe que la concentration moléculaire du sang tend à revenir à la normale, que la concentration en sucre diminue d'une façon constante et que la concentration en sels varie extrêmement peu. De plus, la concentration moléculaire de l'urine est constamment supérieure à celle du sang, la concentration en sels et en urée diminue d'une façon continue, tandis qu'au contraire la teneur en sucre augmente d'une façon également continue.

Les cellules du rein accomplissent donc un travail actif et électif. La fonction rénale est une véritable sécrétion que les théories purement mécaniques et osmotiques sont incapables d'expliquer.

Les taches de sang dans l'anémie pernicieuse progressive.

M. J. Sabrazès (de Bordeaux). — Le procédé du papier filtre, imaginé par M. Tallqvist (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 294), m'a permis de reconnaître que dans l'anémie pernicieuse, affection non encore étudiée à ce point de vue, les taches de sang forment un liséré clair, d'aspect aqueux, qui persiste très nettement même sur les taches desséchées depuis des mois. Or, ce liséré, blanc terne au début de la maladie, se fonce peu à peu, devenant jaune clair, à mesure qu'on approche de l'issue fatale; sa couleur indique ainsi celle du plasma sanguin, parfois relativement très coloré dans l'anémie pernicieuse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Abramov (S.). Ueber die Veränderungen der Aorta bei Syphilis. (*Virchows Arch.*, CLXXVIII, 3.)

Böshagen (A.). Ueber die verschiedenen Formen der Rückbildungsprodukte der Eierstocksfollikel und ihre Beziehungen zu Gefässveränderungen des Ovariums, nebst Bemerkungen über Luteinzellenwucherungen in den Eierstöcken Schwangerer. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 2.)

Burian (F.). Prípad soucasné thrombosy venæ magnæ Galeni a venæ cavæ inferioris a levé veny renálni. (*Casopis lékaru ceskych*, 10 déc.) — Thromboses multiples de la veine de Galien, de la veine cave inférieure et de la veine rénale gauche.

Deroubaix (A.). Réflexions à propos de cinq cas de psychose aiguë étudiés histologiquement. (*Journ. de neurol.*, 5 déc.)

Diévitzky (V.). Ueber einen Fall von Chorionepithelioma der Harnblase. (*Virchows Arch.*, CLXXVIII, 3.) — Chorio-épithéliome de la vessie.

Distefano (S.). Sulle alterazioni cadaveriche degli elementi del timo; nota preliminare. (*Riforma med.*, 12 oct.)

Ehlers (H. W. E.). Zur Histologie der Arteriosklerose der Pulmonalarterie. (*Virchows Arch.*, CLXXVIII, 3.)

Franke (E.) et **Delbanco** (E.). Weitere Beiträge zur Kenntnis der Anatomie der Augenlepra. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 3.) — Sur la lèpre oculaire.

Grawitz (P.). Ueber multiple Primärtumoren. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er déc.)

Hamdi (H.). Ueber die histologischen Veränderungen bei der Pest des Menschen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVIII, 3.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Ancel (P.) et **Bouin** (P.). Sur l'insuffisance de la glande à sécrétion interne du testicule (insuffisance diastématique); note préliminaire. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 nov.)

Fiessler. Zur Kenntnis der Wirkung des verminderten Luftdrucks auf das Blut. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXI, 5-6.) — Action de la décompression atmosphérique sur le sang.

Gengou (O.). Recherches sur l'agglutination des globules rouges par les précipités chimiques et sur la suspension de ces précipités dans les milieux colloïdaux. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

Huber (J. B.). Races and peoples with regard to tuberculosis. (*Med. News*, 12 nov.)

Jemma (R.). Sull'immunizzazione tubercolare per mezzo del latte di vacche immunizzate. (*Pediatria*, nov.)

Rabinowitsch (Lydia). Die Geflügeltuberculose und ihre Beziehungen zur Säugetiertuberculose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 nov.) — La tuberculose aviaire et ses rapports avec la tuberculose des mammifères.

Rejchman (M.). Przyczynek do statystyki chorych na raka. (*Gaz. lekarska*, 17 sept.) — Statistique du cancer.

MÉDECINE

Bonain (G.). Les maladies de misère physiologique chez les pêcheurs de Terre-Neuve. (*Arch. de méd. navale*, oct. et nov.)

Goldthwait (J. E.). The differential diagnosis and treatment of the so-called rheumatoid diseases. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 17 nov.)

Gürich. Ueber die Beziehungen zwischen Mandelerkrankungen und dem akuten Gelenkrheumatismus. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 nov.) — Rapports des angines et du rhumatisme articulaire aigu.

Jackson (H.). Chronic joint disease. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 17 nov.) — Rhumatisme articulaire chronique.

Jolles (A.). Ueber das klinische Ferrometer. (*Folia hæmatologica*, I, 11.)

Mathieu (A.) et **Roux** (J.-Ch.). L'inanition chez les dyspeptiques et les nerveux (séméiologie et traitement). In-16, 196 p.

Melland (Ch. H.). Non-fatal rupture of aortic aneurysm. (*Lancet*, 19 nov.)

Mircoli (S.). La bozza pilorica in rapporto alle gastrectasie. (*Gazz. degli Osped.*, 4 déc.)

Monnier (A.). Un cas de cirrhose biliaire hypersplénomégalique chez un vieillard. (*Gaz. méd. de Nantes*, 19 nov.)

Oefele (von). Zur gegenseitigen Abhängigkeit einzelner Koteigenschaften. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er déc.) — Corrélations de certaines propriétés des fèces.

Paquet (A.). Deux cas de purpura au cours d'un rhumatisme articulaire aigu. (*Echo méd. du Nord*, 11 déc.)

Pawinski (J.). Napiecie tetnicze w okresie przekwitowym u kobiet. (*Gaz. lekarska*, 10 et 17 déc.) — La tension artérielle dans la ménopause.

MALADIES INFECTIEUSES

Fischer (L.). Complications of diphtheria; with suggestions for the feeding, medicinal and hygienic treatment. (*Med. News*, 19 nov.)

Hahn (B.). Beitrag zur Pathogenese der transitorischen Aphasie bei Typhus abdominalis und ihrer Beziehung zum akuten zirkumscripten Oedem (Hydrops hypostrophos). (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 nov.)

Hill (E.). Report on the plague in Natal (1902-1903). In-8°, 192 p. avec fig. Londres.

Hödlmoser. Die Serumdiagnose des Typhus recurrens. (*Wien. med. Wochensch.*, 3 déc.)

Korentchevsky (V.). Contribution à l'étude de la dysenterie en Mandchourie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 13 et 20 nov.)

Leplinsky (I.) et **Eliachvili** (I.). Le choléra à Bakou (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 déc.)

Magi (O.). Contributo statistico alla eziologia della tubercolosi e della tabe mesenterica dell'uomo. (*Clinica moderna*, 30 nov.)

Morelli (G.). Osservazioni cliniche sopra un caso di porpora secondaria ad infezione tifosa. (*Gazz. degli Osped.*, 27 nov.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Fosse (E.). Contribution à l'étude de la tétanie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 déc.)

Galdi (F.). Delle modificazioni del polso sotto l'influsso suggestivo nell'isterismo. (*Morgagni*, nov.)

Glorieux. Mutisme hystérique chez un garçon de dix ans; guérison. (*Policlinique*, 1er déc.)

Gordon (A.). A new reflex : paradoxic flexor reflex; its diagnostic value. (*Amer. Medicine*, 3 déc.)

Grasset (J.). Plan d'une physiopathologie clinique des centres psychiques. (*Montpellier méd.*, 28 août, 4, 11, 18 et 25 sept., 2, 9, 16, 23 et 30 oct.)

Hartenberg (P.). Sur l'origine organique de certaines phobies. (*Rev. de méd.*, déc.)

Heilbronner (K.). Ueber Mikropsie und verwandte Zustände. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVII, 5-6.)

Heveroch (A.). O transitorním deliriu v traumatické neurose. (*Casopis lékaru ceskych*, 26 nov., 3 et 10 déc.)

Hinshelwood (J.). A case of congenital word-blindness. (*Brit. Med. Journ.*, 12 nov.) — Cécité verbale congénitale.

Hnátek (J.). Tetanus a neuritis. (*Casopis lékaru ceskych*, 5, 12 et 19 nov.)

Huet (W. G.). Heterotopische Innervation. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er déc.)

Ivanov (A.). Contribution à l'étude des névroses consécutives à la fulguration (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, déc.)

Kräpelin (E.). Psychologische Arbeiten. T. IV, fasc. 4. In-8°, p. 523 à 668, avec fig. Leipzig. — Travaux psychologiques.

Kriege (H.). Psychisches Trauma und progressive Paralyse. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.)

Lambrior (A. A.). Un cas de cécité verbale avec agraphie. (*Bull. de la Soc. des méd. et natural. de Jassy*, juillet-août-sept.-oct.)

Meyerstein (R.). Ueber das combinirte Vorkommen von Myasthenie und Basedow'scher Krankheit. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er déc.)

Mingazzini (G.). Sulle nevrosi traumatiche. (*Policlinico*, 26 nov. et 3 déc.)

Mirallié (Ch.). Délire de possession par les reptiles et entérocolite muco-membraneuse. (*Gaz. méd. de Nantes*, 26 nov.)

Mollaret (J.). Gomme de la face inférieure des lobes frontaux. (*Marseille méd.*, 15 nov.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Luithlen (F.). Ueber angeborene Hautkrankheiten. (*Wien. med. Wochensch.*, 26 nov. et 3 déc.) — Des maladies congénitales de la peau.

Minne (A.). Un nouveau trichophyton à culture violette dans nos Flandres. (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, LXXXIII, 2.)

Müller (C.). Zur Kasuistik der kongenitalen Onychogryphosis. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 déc.)

Protopopov. Deux cas d'infection syphilitique extragénitale (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, déc.)

Still (G. F.). On infantile syphilis. (*Lancet*, 19 nov.)

Thooris. Hérédo-syphilis tardive du voile chez une jeune fille dont la sœur jumelle et la mère sont restées indemnes. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 22 oct.)

Truffi (M.). Gangrène multiple spontanée de la peau. (*Rev. de méd.*, déc.)

Ullmann (J.). Ein Fall von Mykosis fungoides. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er déc.)

Wälsch (L.). Ueber Acne urticata. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXII, 3.)

PARASITOLOGIE

Alessandrini (G.). Sulla patogenesi dell'anemia da anchilostoma. (*Policlinico*, partie méd., XI, 12.)

Balfour (A.). Trypanosomiasis in the Anglo-Egyptian Soudan; preliminary note. (*Brit. Med. Journ.*, 26 nov.)

Biagi (N.). Contributo alla conoscenza del genere actinomyces. (*Sperimentale*, LVIII, 4.)

Christy (C.). Sleeping sickness (trypanosomiasis); the prevention of its spread, and the prophylaxis. (*Brit. Med. Journ.*, 26 nov.)

Danielsen (W.). Der Cysticercus cellulosæ im Muskel. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 2.)

Guiart (J.). Action pathogène des parasites de l'intestin : appendicite, fièvre typhoïde, dysenterie. (*Arch. de méd. navale*, nov.)

Koch (R.). Ueber die Trypanosomenkrankheiten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 nov.) — Sur les maladies à trypanosomes.

Neukirch. Zur Actinomycetenfrage. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVIII, 3.)

Rogers (L.). Note on the rôle of the horse fly in the transmission of trypanosoma infection. (*Brit. Med. Journ.*, 26 nov.) — Le rôle de la mouche du cheval dans la transmission de l'infestation à trypanosomes.

Romani (D.). Ricerche sul potere agglutinante emolitico e tossico del siero di sangue nell'anchilostomanemia. (*Gazz. degli Osped.*, 27 nov.)

Rosenfeld (A.). Ueber die Bedeutung der Flagellaten im Magen und Darm des Menschen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 nov.) — Le rôle des flagellés dans les voies gastro-intestinales de l'homme.

Ross (Ph. H.) et **Milne** (A. D.). Tick fever. (*Brit. Med. Journ.*, 26 nov.)

CHIRURGIE

Bradford (E. H.). Metatarso-tarsal valgus or humped foot and its relation to boots. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 24 nov.)

Cluss. Die Bruchoperationen und deren Dauerresultate von 1896-1903. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 3.) — Les kélotomies pratiquées de 1896 à 1903 [à l'hôpital civil de Schwäbisch Gmünd] et leurs résultats éloignés.

Görlich (M.). Ueber die Dauerresultate der Saphenaunterbindung bei der Behandlung der Varicen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 2.) — Résultats éloignés de la ligature de la saphène dans le traitement des varices.

Gross (F. et G.). Perforation de l'estomac par ulcère. (*Rev. de chir.*, fév., mars, avril, mai, juin, juillet, août, sept., oct. et déc.)

Gualdrini (G.). Anestesia locale adrenalin-cocainica; studio sperimentale. (*Gazz. degli Osped.*, 20 nov.)

Guimaraes (A.). Da osteotomia obliqua subtrochanteriana, nas ankyloses do quadril. (*Brazil-medico*, 1er nov.)

Guirgolave (S.). L'empyème de la cavité thoracique et son traitement opératoire (en russe). (*Roussk. Vratch*, 20 et 27 nov. et 4 déc.)

Halipré (A.). Double oblitération des voies biliaires extra-hépatiques; cancer secondaire du cholédoque; cicatrice du cystique; intérêt chirurgical des cas de ce genre. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 déc.)

Hancock (J. C.). Appendix vermiformis concealed in the postcæcal retroperitoneal space. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Hartmann (H.). Travaux de chirurgie anatomo-clinique. 2e série : voies urinaires; testicule. In-4°, 346 p. avec fig.

Haug (G.). Beiträge zur Statistik der Hasenscharten; auf Grund von 555 Fällen der von Bruns'schen Klinik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 2.) — 555 cas de bec-de-lièvre.

Hofmann (C.). Wie unterstützen wir einfach und zweckmässig die Wiederausdehnung der Lunge nach der durch Rippenresektion vorgenommenen Entleerung eines Pleuraempyems ? (*Münch. med. Wochensch.*, 22 nov.) — Comment faciliter, d'une manière simple et efficace, le retour du poumon à son volume normal après l'évacuation, par thoracotomie, d'un empyème pleural ?

Kartulis. Ueber mit Appendicitis complicirte Leberabscesse. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVIII, 3.) — Sur les abcès du foie compliqués d'appendicite.

Kieffer (Ch. F.). A new material for sutures and ligatures: tendons from the leg of the crane. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 nov.) — Le tendon de grue comme matériel de suture et de ligature chirurgicales.

Kitanou (A. P.). Τὸ κρέας ὡς αἴτιον τῆς σκωληκοειδίτιδος. (Γαληνός, nov.) — La viande en tant que cause d'appendicite.

Kofmann (S.). Die ambulante Behandlung der Oberschenkelfrakturen. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 10 déc.) — Traitement ambulatoire des fractures de cuisse.

Koudintzev (I.). Contribution à l'étude des procédés de traitement chirurgical des pleurésies purulentes (en russe). (*Prakt. Vratch*, 4 déc.)

Krougiline (A.). Narcose par voie rectale (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, déc.)

Küttner (H.). Ueber subkutane Sehnenscheiden-Hämatome. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 2.) — Sur les hématomes sous-cutanés des gaines tendineuses.

Landenberger (J. C.). Report of a case of chronic cystic dilatation of the vermiform appendix. (*Med. Record*, 26 nov.)

Lecène (P.). Les plaies opératoires du canal thoracique dans la région cervicale. (*Rev. de chir.*, déc.)

Lenormant (Ch.) et **Lecène** (P.). Un cas de nævus angiomateux verruqueux diffus du membre inférieur. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Lewis (J. H.). Double traumatic iliac dislocation of the hip. (*Ann. of Surgery*, nov.) — Luxation iliaque bilatérale de la hanche, d'origine traumatique.

Lijcklama à Nijeholt (H. J.). Luxatio ossis lunati carpi. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 10 déc.)

Lioubomoudrov (P.). Contribution à l'étude des abcès du foie (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, déc.)

Lofton (L.). An improvised method of operating for varicocele. (*New York Med. Journ.*, 19 nov.)

Longyear (H. W.). Pseudomembranous monocystic tubercular peritonitis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Manega (U.). Ileo precoce acuto meccanico dopo una laparotomia asettica. (*Policlinico*, 3 déc.)

Martina (A.). Ein Beitrag zur Entstehung der periherniösen Phlegmone. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 2-4.)

Menchikov (A.). Contribution à l'étude des lésions traumatiques de l'intestin (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 5.)

Mingramm (G.). Ueber die lupöse Verkrüppelung und Verstümmelung der Finger und Zehen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 2.) — Déformation et mutilation des doigts et des orteils, d'origine lupique.

Moindrot (H.). Fistule anale consécutive à l'introduction accidentelle de fragments de paille et simulant la fistule tuberculeuse. (*Loire méd.*, nov.)

Morestin (H.). Volvulus de l'S iliaque au terme de la grossesse. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, oct.)

Moynihan (B. G. A.). A note on the operation of gastroenterostomy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 déc.)

Pantzer (H. O.). Multiple abscesses of the omentum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 nov.)

Petrov (N.). Gelenktuberkulose und Trauma. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 26 nov.) — Arthrite tuberculeuse et traumatisme.

Pfeiffer (C.). Die Desmoide der Bauchdecken und ihre Prognose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 2.) — Les fibromes de la paroi abdominale et leur pronostic.

Poliénov (A.). Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale aiguë (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 5.)

Potel (G.). L'empalement. (*Echo méd. du Nord*, 27 nov.)

Quadrone (C.). Ascesso del fegato apertosi nel polmone destro; importanza diagnostica della radioscopia; operazione; guarigione. (*Gazz. degli Osped.*, 27 nov.)

Reed (Ch. A. L.). The surgical cure of certain cases of so-called chronic dyspepsia. (*New York Med. Journ.*, 26 nov.)

UROLOGIE

Casper (L.). Diagnostic et traitement de la tuberculose rénale (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 13, 20 et 27 nov.)

Chute (A. L.). The pain of osteo-arthritis of the spine; its bearing on the diagnosis of urinary disease. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 24 nov.) — La douleur, dans l'ostéo-arthrite rachidienne, en tant que signe diagnostique des affections des voies urinaires.

Cumston (Ch. G.). A case of papilloma of the bladder, complicated with pyonephrosis, with remarks on the surgical treatment of papilloma. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.) — Papillome de la vessie compliqué de pyonéphrose.

Dalous (E.) et **Constantin** (E.). Bistournage spontané, tuberculose interstitielle de l'épididyme, tuberculose du prépuce; étude histologique. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 août.)

De Rossi (S.). Sul valore semejologico dell'urea e dell'ammoniaca nelle lesioni epatiche. (*Riforma med.*, 26 oct.)

Enderlen. Ueber Blasenektopie. In-4°, 124 p. avec fig. Wiesbaden. — Sur l'ectopie vésicale.

Gallois. Valeur et indications des prostatectomies périnéales et sus-pubiennes. (*Nord méd.*, 1er déc.)

Geipel et **Wollenberg**. Ueber den Prolaps der blasenartig in die Harnblase vorgewölbten blinden Ureterenendigung durch die Harnröhre. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 1-3.) — Sur le prolapsus transuréthral de l'extrémité borgne de l'uretère faisant saillie dans la vessie.

Goldenberg (Th.). Ueber die Totalexstirpation der Harnblase und die Versorgung der Ureteren. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 3.) — L'ablation totale de la vessie et l'abouchement des uretères.

Gundersen (A.). Nogle bemerkninger om prostatectomi med referat af 10 kasus, opererede ad perinæal vei. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, déc.)

Imbert (L.). Cancer et hypertrophie de la prostate. (*Montpellier méd.*, 16 oct.)

Korteweg (J. A.). De vroeg-operatie der niertuberculose. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 nov.) — L'intervention précoce dans la tuberculose rénale.

Kunst (J. J.). Een geval van ruptura urethræ totalis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 26 nov.)

Legueu. Le rôle des vaisseaux anormaux dans la pathogénie de l'hydronéphrose. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 sept.)

Leotta (N.). Le varici della vescica in rapporto alla diagnosi ed alla cura dei calcoli vescicali. (*Policlinico*, partie chir., XI, 11.)

Meyer (Willy). Nephrotomy and ureterotomy for impacted ureteral calculus. (*New York Med. Journ.*, 19 nov.)

OPHTALMOLOGIE

Bichelonne (H.). Contribution à l'étude des névrites optiques d'origine infectieuse. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Bjerrum (J.). Et tilfælde af medfödt total farveblindhed med bemærkninger om stav- og tapfunktion. (*Hospitalstidende*, 23 nov.) — Daltonisme congénital total; remarques sur les fonctions des cônes et bâtonnets.

Carbone (A.). Epitelioma della congiuntiva a sinistra associato ad epitelioma della palpebra inferiore destra. (*Gazz. degli Osped.*, 4 déc.)

Gowers (Sir William) et **Gunn** (M.). A manual and atlas of medical ophthalmoscopy. 4e éd. In-8°, 318 p. Londres.

Juler (H. E.). A handbook of ophthalmic science and practice. 3e éd. In-8°, 733 p. avec fig. Londres.

Lagrange (F.). Actinomycose des voies lacrymales. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 6 nov.)

Lindahl (C.). Om den sympatiska oftalmiens behandling med salicylsyradt natron. (*Hygiea*, nov.) — Traitement de l'ophtalmie sympathique par le salicylate de soude.

Névolina (Mme A.). Contribution à l'étude des corps étrangers de l'orbite (en russe). (*Prakt. Vratch*, 27 nov.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Calmann (A.). Doppelseitige Mastitis in der Schwangerschaft im Anschluss an ein impetiginöses Ekzem der Brustwarzen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 nov.) — Mastite bilatérale survenue au cours de la grossesse à la suite d'un eczéma impétigineux des mamelons.

Carstens (J. H.). Vaginal cesarean section in grave cases of puerperal eclampsia. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Clarke (A. P.). The advantage of limiting artificial interference in obstetric practice. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Condamin (R. et A.). Quelques considérations sur le traitement, par l'hystérectomie vaginale, du cancer du col de l'utérus. (*Lyon méd.*, 4 déc.)

Cramer (H.). Ueber abdominelle Blasenverlagerung bei Cystocele. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — Le déplacement abdominal de la vessie dans la cystocèle.

Cullen (Th. S.). A series of mistaken gynecologic diagnoses. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 nov.) — Erreurs de diagnostic dans des cas gynécologiques.

Czerwenka (K.). Zur Behandlung der Kolpitis mit Hefe. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 nov. et 1er déc.) — Traitement de la leucorrhée vaginale par la levure.

Döderlein. Die Erfolge der bakteriologischen Forschung in Erkennung, Verhütung und Behandlung des Kindbettfiebers. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er déc.) — Rôle de la bactériologie dans le diagnostic et le traitement préventif et curatif de la fièvre puerpérale.

Dorsett (W. B.). Retrodeviations of the uterus; a résumé of their surgery. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Dührssen (A.). Die Behandlung der Katarrhe der weiblichen Genitalorgane. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 nov.) — Traitement des inflammations catarrhales des organes génitaux de la femme.

Eastman (Th. B.). Shall we remove all fibromata of the uterus on diagnosis? (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Faut-il pratiquer l'ablation de tout fibrome utérin dès qu'il a été diagnostiqué?

Falk (E.). Zur Technik der Amputation des invertierten Uterus. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 nov.)

Fiori (P.). Il taglio latero-vaginale nella isterectomia per vagina. (*Policlinico*, partie chir., XI, 11.)

Fritsch (H.). Der künstliche Abort. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 nov.) — L'avortement provoqué.

Goffe (J. R.). The after-effects of hysterectomy on the nervous system, the general health and the sexual functions. (*Amer. Medicine*, 19 nov.)

Goldspohn (A.). A unique case of circumscribed infection of the placenta and excessive vomiting; with remarks about hyperemesis gravidarum. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Haggard (W. D.). Removal by vaginal cystotomy of skeleton of ectopic fetus ulcerating into bladder. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Extraction, par cystotomie vaginale, du squelette d'un fœtus ectopique pénétrant dans la vessie par érosion de la paroi de ce réservoir.

Hall (R. B.). Some clinical reasons for advising early operations for fibroid tumors of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Hayd (H. E.). Sterility depending upon retro-displaced uteri, and their relief by the Alexander operation, with report of twelve subsequent pregnancies. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Hellier (J. B.). On a case of death due to obstructed labour. (*Edinburgh Med. Journ.*, nov.) — Mort dans un cas de dystocie.

Hengge (A.). Gefahren der Schultze'schen Schwingungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 nov.) — Les dangers de la manœuvre de Schultze.

Herff (O. von). Ueber die Opferung des lebenden Kindes zu Gunsten der Mutter. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er nov.) — L'embryotomie sur l'enfant vivant dans l'intérêt de la mère.

Higgins (F. A.). The propriety, indications and methods for the termination of pregnancy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 nov.) — Opportunité, indications et procédés de l'interruption artificielle de la grossesse.

Hutchins (H. T.). The clinical effects of surgical anæsthesia and operations upon anæmic patients. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, nov.)

Isaacs (A. E.). Congenital absence of vagina; operation. (*Med. Record*, 19 nov.)

Jacobse Boudewijnse (C.). Een geval van ruptura uteri, met verettering en verwijdering van de vrucht door den buikwand. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 nov.)

PÉDIATRIE

Ostrovsky (S.). Contribution à l'étude de la pyémie chez les enfants en bas âge (en russe). (*Roussk. Vratch*, 27 nov.)

Perrot. Fièvre à vomissements noirs chez les enfants créoles de la Guadeloupe. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Riedel. Der Mechanismus der Darmeinstülpung bei einem Kinde mit drei Invaginationen, zwei descendierenden und einer ascendierenden. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 1-2.)

Rossi (A.). Un caso di spina bifida occulta con ipertricosi lombare. (*Gazz. degli Osped.*, 20 nov.)

Schlossmann (A.). Ueber Menge, Art und Bedeutung des Phosphors in der Milch und über einige Schicksale desselben im Säuglingsorganismus. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 1-3.) — Du taux, de la forme et de la signification du phosphore présent dans le lait et du sort de cet élément dans l'organisme du nourrisson.

Shaw (H. B.). On the relationship of splenic anæmia of infancy to other forms of blood diseases occurring in infancy and childhood. (*Lancet*, 3 déc.) — Rapports de l'anémie splénique de l'enfance avec d'autres formes de maladies du sang survenant dans le cours de la première et de la deuxième enfance.

Snow (I. M.). Intermittent hyperchlorhydria as an occasional cause of recurrent vomiting in children. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Snyder (J. R.). Constipation in infants. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 nov.)

Surmont (H.) et **Dehon** (M.). Un cas de leucémie aiguë chez une enfant de trois ans et demi. (*Echo méd. du Nord*, 20 nov.)

Süsswein (J.). Zur Physiologie des Trinkens beim Säugling. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 1-3.) — Sur le mécanisme de la tétée chez le nourrisson.

Tate (M. A.). Purulent cystitis with symptomatology resembling appendicitis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Thévenet (V.) et **Moreau** (E.). Sur un moyen très simple de régulation thermique dans la première enfance. (*Lyon méd.*, 20 nov.)

Townsend (W. R.). Perinephritis in children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 nov.)

Zelenski (Th.) et **Cybulski** (Th.). Ueber das Vorkommen der Markzellen (Myelozyten) im kindlichen Blute. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 6.) — Sur la présence de myélocytes dans le sang de l'enfant.

TÉRATOLOGIE

Appel (Th. B.). A bicephalous monster. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Batouïev (N.). Un cas d'hermaphrodisme chez un adulte (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 5.)

Rieznikov (O.). Contribution à l'étude des monstres doubles (ischiopages) (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliezn.*, nov.)

Vidal (L.). Un cas d'anencéphalie. (*Montpellier méd.*, 20 nov.)

Vrendenberg (C. W.). Een zeldzaam aangeboren defect in het diaphragma. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 15 oct.) — Atrophie bizarre congénitale du diaphragme.

Young (J. K.). The etiology of congenital absence of the tibia. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, nov.)

Ziévakine (N.). Un cas de situs viscerum inversus (en russe). (*Roussk. Vratch*, 27 nov.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Berent (W.). Zur differentiell-diagnostischen Bedeutung der zurückgehenden Stimmbandlähmung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 nov.) — Signification diagnostique de la rétrocession de la paralysie de l'une des cordes vocales.

Bezold. Taubstummheit und Taubstummenunterricht. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 nov.) — Surdi-mutité et enseignement des sourds-muets.

Bichelonne (H.). Angiome du pavillon de l'oreille droite. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 22 oct.)

Burger (H.). Een door operatie genezen otogeen hersenabsces. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 3 déc.) — Abcès du cerveau d'origine otique, guéri à la suite d'une intervention chirurgicale.

Cousteau (J.). Corps étranger de la région sous-glottique extrait par voie endolaryngée. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 19 nov.)

Cruchet (R.). Tuberculose laryngée subaiguë à forme végétante chez une fillette de trois ans et demi. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 12 nov.)

Davidsohn (E.) et **Westheimer** (B.). Ueber einen Fall von Tabes mit Kehlkopfaffektion (Vagus-Accessoriuslähmung) und Erkrankung des Ohrlabyrinths. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 nov.) — Un cas de tabes avec troubles du côté du larynx et du labyrinthe.

Dench (E. B.). De la cure radicale dans l'otite moyenne suppurée. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 12 nov.)

HYGIÈNE

Armaingaud. Isolement obligatoire des tuberculeux dans les hôpitaux. In-8°, 15 p. Bordeaux.

Bonjean (E.). Filtration et stérilisation des eaux d'alimentation humaine. (*Ann. d'hyg. publ.*, déc.)

Ekelöf (E.). Om preserv-sjukdomar. (*Hygiea*, nov.) — Sur les accidents consécutifs à l'ingestion de conserves.

Esmarch (E. von). Die Erwärmung der Wohnungen durch die Sonne. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVIII, 3.) — Sur les logements surchauffés par le soleil.

Flachs (R.). Ein Beitrag zur Impftechnik. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 1-3.) — Sur la technique de la vaccination.

Kanel (V.). La statistique des accidents du travail en Russie (en russe). (*Prakt. Vratch*, 13 et 27 nov.)

Recueil de documents sur les accidents du travail, réunis par le ministère [français] du commerce : maladies professionnelles (rapport préparatoire au comité consultatif des assurances contre les accidents du travail). In-8°, 48 p.

Rösler (C.). Impfreaktion unter Rotlicht. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 nov.) — Phénomènes réactionnels consécutifs à la vaccination sous la lumière rouge.

Surmont (H.) et **Dehon** (M.). Bilan du phosphore et de l'azote dans l'alimentation mixte avec usage comparatif de pain blanc et de pain complet. (*Echo méd. du Nord*, 4 déc.)

Weyl (T.). Handbuch der Hygiene. IV. Band : Sociale Hygiene. In-8°, XXX-1077 p. avec fig. Iéna.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Ascoli (V.). La cura Baccelli nel tetano; riassunto dei resultati e delle modalità. (*Policlinico*, 19 nov.)

Baldwin (E. R.). The rational application and value of specific treatment for tuberculosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 nov.)

Boinet et **Audibert.** Anévrysme du coude droit de la crosse de l'aorte et du tronc brachio-céphalique, très amélioré par de nombreuses injections de sérum gélatiné et des applications constantes de glace. (*Marseille méd.*, 1er déc.)

Bonain (G.). La mécanothérapie et les blessés de la marine. (*Arch. de méd. navale*, nov.)

Buro (P.). Die Kamphersäure als Lungenheilmittel. (*Pest. med.-chir. Presse*, 20 et 27 nov.) — L'acide camphorique contre certaines affections pulmonaires.

Caiger (F. F.). On the treatment of enteric fever. (*Lancet*, 26 nov.)

Ebstein (W.). Einige Bemerkungen zur Behandlung der Hyperacidität des Magensaftes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 nov.) — Considérations sur le traitement de l'hyperacidité du suc gastrique.

Fodor (G.). Ueber den inneren Gebrauch des Meerwassers. (*Wien. med. Presse*, 20 nov.) — Sur l'usage interne de l'eau de mer.

Gobiet (J.). Ein schwerer Fall von traumatischem Tetanus, geheilt durch Duralinfusion von Behring'schem Tetanusserum. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 nov.) — Tétanos grave guéri après injection intra-rachidienne de sérum antitétanique.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Belot et **Bisserié.** Traitement des sarcomes diffus de la peau, de la prémycose et du mycosis fongoïde par la radiothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 nov.)

Boggs (R. H.). Variations of radiotherapeutic technic. (*Amer. Medicine*, 26 nov.)

Busquet (P.). Traitement radiothérapique des lésions cutanées et ostéo-périostées dans un cas de syphilis maligne d'origine exotique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 11 déc.)

Costa (J. R.). Etat actuel de la radiothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 déc.)

Franklin (M.). Radiotherapy. (*New York Med. Journ.*, 26 nov.)

Guilleminot (H.). Un cas de radiodermite simultanée chez l'opérateur et chez l'opéré. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 déc.)

Liaras et **Bordet.** Du traitement du coryza atrophique ozénateux par les courants de haute fréquence. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 26 nov.)

NOUVELLES

ESPAGNE

Conformément à un arrêté du maire de Madrid, dressé sur un rapport du directeur du laboratoire municipal, on procédera désormais chaque jour au balayage des églises de la ville avec de la sciure humectée d'une solution de sulfate de cuivre, et à la désinfection des objets mobiliers ornant ou garnissant les édifices consacrés au culte (lambris, chaises, bancs, confessionnaux, bénitiers, etc.).

ILE DE CEYLAN

D'après une communication faite à la Société asiatique par le gouverneur de l'île de Ceylan, dans des ouvrages cinghalais datant du sixième siècle de notre ère se trouve la description d'un grand nombre d'espèces de moustiques, qui, point important, sont désignés comme étant la cause des fièvres paludéennes. Si ce fait est exact, la théorie nouvellement introduite en pathologie serait vieille de quatorze cents ans.

PORTUGAL

Après le cas de maladie du sommeil que nous avons récemment signalé chez un Portugais (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 48), en voici un autre que M. le docteur Dias de Sá (de Famalicão) a eu l'occasion d'observer chez un individu de la même nationalité. Il s'agit d'un homme de trente ans, qui, après avoir séjourné dans la colonie portugaise d'Angola pendant quatorze années, fut rapatrié pour accès de fièvre continue et déperdition progressive des forces. A l'arrivée du malade à Lisbonne, M. le docteur Kopke, en faisant l'examen du sang, y décela les parasites caractéristiques qui lui firent porter le diagnostic de trypanosomiase, diagnostic qui fut ultérieurement confirmé par M. Dias de Sá. Le malade succomba, un peu plus de quinze mois après le début de l'affection, aux suites d'une phlébite, sans toutefois avoir jamais présenté les phénomènes de somnolence qui ont valu à la trypanosomiase le nom de maladie du sommeil.

RUSSIE

Pour lutter efficacement contre les négligences de toutes sortes imputables aux propriétaires des maisons de Saint-Pétersbourg, les locataires élaborent en ce moment un projet d'association comprenant quatre sections (médicale, sanitaire, technique et juridique), qui veillera à l'assainissement des appartements et règlera les relations entre les propriétaires et leurs locataires.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Sur l'anaphylaxie.

Consécutivement à l'administration d'une substance médicamenteuse (ou toxique, dans le cas de survie), trois éventualités peuvent se réaliser :

Ou bien il y a retour au *statu quo ante;*

Ou bien il y a accoutumance, tendance à l'immunité vis-à-vis d'une dose semblable, en d'autres termes *prophylaxie;*

Ou bien, tendance contraire à la précédente; c'est l'état que M. le professeur Ch. Richet propose d'appeler *anaphylaxie* (de ἀνα, contraire).

On doit à ce savant d'importants travaux sur cette intéressante question qui, jusqu'ici, n'a pas suffisamment attiré l'attention des médecins.

I

Avant les premières publications de M. Richet, on ne trouve, sur l'anaphylaxie, que quelques notions peu significatives : M. von Behring, en 1893, parle de *modifications* de la sensibilité des animaux vis-à-vis de la toxine tétanique, mais, quand on lit attentivement son texte (1), on s'aperçoit qu'il a en vue la diminution seule de la sensibilité et non son exaltation. C'est plus tard qu'avec ses collaborateurs MM. Knorr, Ranson et Kitashima, il a vu des chevaux, depuis longtemps traités par la toxine tétanique, et dont le sérum était très antitoxique, éprouver néanmoins des troubles considérables, parfois même mortels, après des injections nouvelles de toxine. Dans ces cas, les phénomènes morbides ont différé de ceux du tétanos : au lieu des contractures musculaires qui caractérisent cette maladie, ces observateurs notèrent des troubles de la température, de l'inflammation autour du point de l'inoculation, parfois des tremblements musculaires et une grande faiblesse des mouvements, etc.

M. Metchnikoff (2), qui relate les faits précédents, ajoute qu'à l'Institut Pasteur de Paris on voit de temps en temps des chevaux, fournissant un très bon sérum antidiphtérique, tomber brusquement malades, puis mourir d'intoxication.

M. Brieger (3) rapporte qu'une chèvre immunisée avec la toxine du tétanos, fournissant déjà un bon sérum et un lait antitétaniques, fut prise, après l'injection d'une dose de toxine, seulement *double* de celle de la veille, de contractures suivies de mort. Il est à noter que la température de l'animal ne s'est pas élevée.

M. Knorr (4) a vu la sensibilité des cobayes vis-à-vis de la toxine tétanique augmenter d'une manière extraordinaire par des injections quotidiennes d'un dixième de la dose mortelle : les animaux mouraient avant d'avoir reçu les dix dixièmes de cette dose.

« Si paradoxal que cela puisse paraître, dit M. von Behring (5), on ne peut douter que les chevaux, ayant acquis une forte immunité vis-à-vis du bacille de Nicolaïer à la suite du traitement par sa toxine, présentent une hypersensibilité vis-à-vis de cette dernière. »

Avec la collaboration de M. Kitashima, M. von Behring a pu constater que, vis-à-vis de la toxine diphtérique, des animaux de diverses espèces peuvent présenter la même exagération de la sensibilité (1) :

On peut, dit-il, sans altérer leur santé, immuniser des chevaux contre la diphtérie, en commençant l'immunisation avec un cent millième de la dose mortelle, et en doublant la dose chaque jour. Mais, chez les jeunes chevaux, on observe souvent des symptômes d'intoxication, et même la mort, *avant d'avoir atteint la dose mortelle*. Et cependant, il existe de l'antitoxine dans leur sang! Il y a donc une *exaltation* de la sensibilité vis-à-vis de la toxine. Cette exaltation de la sensibilité est encore plus manifeste chez les singes (2). Il en est de même chez les cobayes, qui peuvent succomber, alors que la dose quotidiennement injectée n'est que d'*un quatre centième* de la dose mortelle. Chez eux, l'exaltation de la sensibilité à la toxine est donc également certaine. Elle peut devenir assez forte pour empêcher de continuer sans interruption l'injection quotidienne de la toxine. On est, en effet, exposé à des échecs (*Misserfolge*) dans le cours d'une tentative d'immunisation commencée avec un millionième de la dose mortelle. Malgré cette exaltation de la sensibilité vis-à-vis de la toxine, les animaux acquièrent une résistance plus grande vis-à-vis de l'inoculation du bacille.

De son côté, M. Ch. Richet, étudiant, avec M. Héricourt, la sensibilité du chien aux injections de sérum d'anguille (3), avait, dès 1898, observé qu'à la suite de plusieurs injections cette sensibilité était exaltée et que l'animal tombait dans un état de cachexie entraînant finalement la mort. Mais c'est seulement en 1902 que ses travaux sur la toxine des physalies, et surtout des actinies, lui ont permis d'établir d'une manière indiscutable la réalité de l'anaphylaxie.

II

Après avoir, avec la collaboration de M. Portier, déterminé exactement la dose d'extrait de tentacules d'actinie capable de tuer un chien (4), M. Richet injecte à plusieurs de ces animaux une dose non mortelle; ceux-ci se remettent promptement. Deux ou trois semaines plus tard il injecte la même dose aux mêmes animaux, qui sont en parfait état de santé. Cette fois ils meurent rapidement. Si la seconde injection est faite peu de jours après la première, les animaux se comportent vis-à-vis de cette dose comme des animaux normaux, c'est-à-dire résistent parfaitement.

On peut constater l'existence de l'anaphylaxie chez un animal en employant des doses faibles d'extrait, et en prenant pour critérium de l'effet du poison, non la mort, mais l'abaissement de la pression artérielle, abaissement qui est dû à ce que la toxine des actinies produit une congestion *énorme* de la muqueuse intestinale. Si l'on injecte dans la veine d'un chien *normal* une petite quantité d'actinotoxine, la tension artérielle reste normale. Au contraire, chez un animal anaphylactisé, c'est-à-dire ayant reçu, trois semaines ou un mois auparavant, exactement la même dose, et d'ailleurs parfaitement bien portant, cette même dose fait baisser énormément la pression artérielle (de 10 centimètres de mercure environ) (5).

Cet effet est indépendant du cœur : il se manifeste avec une égale intensité chez les animaux intoxiqués avec l'atropine, substance qui, comme on sait, paralyse les extrémités cardiaques du vague.

Eclairé par les faits précédents, M. Arthus a observé des effets anaphylactiques chez des lapins, à la suite d'injections de sérum de cheval.

Si l'on injecte, dit-il, chez le lapin (sous la peau, dans le péritoine ou dans les veines) du sérum de cheval, aseptique, on ne produit aucun accident primitif ou tardif (1), de telle sorte qu'on peut admettre que le sérum de cheval n'est pas toxique pour le lapin. Mais si l'on répète, à quelques jours d'intervalle, cette injection de sérum de cheval, *même à faible dose*, on constate qu'après plusieurs injections il se produit des accidents qui peuvent être graves : « Un lapin reçut sous la peau, tous les six jours, 5 c.c. de sérum de cheval. Après les trois premières injections, la résorption se fait en quelques heures; à partir de la quatrième injection, il se produit dans la zone d'injection une infiltration molle, ne disparaissant qu'après plusieurs jours et pouvant même aboutir à la formation d'une plaque gangreneuse. » (2).

Ainsi le sérum de cheval devient toxique pour le lapin anaphylactisé. M. Arthus se demande si cet effet pourrait se produire chez l'homme. La réponse à cette question, dont l'intérêt pratique est si considérable, a été récemment donnée par M. Marfan (3) qui, chez un enfant de huit ans, a fait, en l'espace de deux ans, vingt-quatre injections de sérum antidiphtérique, sans jamais observer d'accidents, soit généraux, soit locaux.

Les travaux ultérieurs de M. Richet lui ont permis d'obtenir, précipitée par l'alcool, la matière organique renfermant la toxine actinique à laquelle il a donné le nom de *congestine*, à cause de ses effets sur l'intestin. Pour le lapin, la dose mortelle de matière organique est voisine de 0 gr. 009 milligr. par kilo de poids vif. C'est plus du double de la dose mortelle pour le chien. Or, chez les lapins anaphylactisés, une dose, non mortelle pour un lapin neuf, amène presque toujours une mort *rapide*. S'ils résistent, ils restent longtemps malades et maigrissent, tandis que les animaux neufs, bien qu'ayant subi l'action d'une dose plus forte, récupèrent rapidement leur poids (4).

En résumé, les faits précédents, encore plus démonstratifs que les observations de M. von Behring, établissent d'une manière indiscutable la réalité de l'anaphylaxie produite par l'actinotoxine. Il est probable que bien d'autres toxines ou substances toxiques possèdent une action anaphylactique; mais il est douteux que beaucoup d'entre elles en développent une plus évidente.

III

Il est à remarquer que les effets dits cumulatifs, bien connus des thérapeutes, diffèrent beaucoup de l'anaphylaxie. Avec la digitale, par exemple, l'intoxication sera d'autant plus prononcée que la deuxième dose sera plus rapprochée de la première. Or, ainsi que je l'ai dit plus haut, il en est autrement avec l'actinotoxine : il faut au moins *trois semaines* pour

(1) Behring. Die Gewinnung der Blutantitoxine und die Classificirung der Heilbestrebungen bei ansteckenden Krankheiten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 nov. 1893, p. 1253.)

(2) E. Metchnikoff. L'immunité dans les maladies infectieuses, p. 386. Paris, 1901.

(3) L. Brieger. Weitere Erfahrungen über Bakteriengifte. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, 1895, XIX, 1, p. 109.)

(4) A. Knorr. Experimentelle Untersuchungen über die Grenzen der Heilungsmöglichkeit des Tetanus durch Tetanusheilserum. Marbourg, 1895.

(5) E. von Behring. Article « Allgemeine Therapie der Infectionskrankheiten », *in* Lehrbuch der allgemeinen Therapie und der therapeutischen Methodik. Vienne, 1899.

(1) E. von Behring et Kitashima. Ueber Verminderung und Steigerung der ererbten Giftempfindlichkeit. (*Berlin. klin. Wochensch*, 11 fév. 1901, p. 157.)

(2) Chez ces animaux, le sérum renferme d'ailleurs peu d'antitoxine. Aussi est-il tout à fait impropre à l'immunisation de l'homme.

(3) Ch. Richet et Héricourt. Effets lointains des injections de sérum d'anguille. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 29 janv. 1898, p. 137.)

(4) Ch. Richet et Portier. Action anaphylactique de certains venins. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 15 fév. 1902, p. 170.)

(5) Ch. Richet. Des effets anaphylactiques de l'actinotoxine sur la pression artérielle. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 5 juillet 1902, p. 837.)

(1) M. Arthus. Injections répétées de sérum de cheval chez le lapin. (*Réunion biologique de Marseille*, séance du 16 juin 1903, in *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1903, p. 817.) — L'auteur n'indique pas à quelle dose il a injecté le sérum.

(2) Voir aussi une deuxième note de MM. Arthus et Breton, où sont décrits plus complètement les accidents cutanés produits chez le lapin. (*Réunion biologique de Marseille*, séance du 17 nov. 1903, in *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1903, p. 1478.)

(3) Marfan. Absence d'anaphylaxie à la suite d'injections répétées de sérum antidiphtérique. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 15 juillet 1904, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 232.)

(4) Ch. Richet. De l'action de la congestine (virus des actinies) sur les lapins et de ses effets anaphylactiques. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 21 janv. 1905, p. 109.)

que l'action anaphylactique se produise. Si la deuxième dose est donnée peu de jours après la première, elle n'est pas suivie des effets redoutables qu'elle produirait trois semaines plus tard. Il est donc clair que l'anaphylaxie ne résulte pas de l'action cumulative.

Mais il y a parfois, comme a dit Gubler, *accumulation*, non de la *dose*, mais de l'*action* du remède. Bien que cette expression soit peu claire et même incorrecte, on voit que l'éminent thérapeute a eu l'intuition de l'anaphylaxie : il a reconnu que l'effet d'une deuxième dose ne pouvait, dans certains cas, s'expliquer par la présence *matérielle* de la première dans l'économie, et il a eu l'idée, plus ou moins nette, que l'organisme restait impressionné par la première dose. Certaines *actions contraires* (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 465 et 1892, p. 21), au moins parmi celles qui surviennent lors de l'administration d'une deuxième ou d'une troisième dose d'un médicament, peuvent peut-être s'expliquer par l'anaphylaxie.

IV

La notion de l'anaphylaxie est-elle utilisable dans le domaine de la pathologie? Peut-être. Dans sa première communication, M. Richet exprime l'opinion que la tuberculine est douée d'un pouvoir anaphylactique, qui expliquerait la réaction du tuberculeux soumis à l'action d'une très petite dose de cette substance. Je suis disposé à penser que la toxine de la grippe possède une action anaphylactique au moins aussi évidente : il est d'observation vulgaire qu'un sujet ayant eu la grippe, et guéri d'ailleurs, est plus exposé qu'un sujet sain à la reprendre. Cette réceptivité est-elle très précoce? Cela est probable. En tous cas, elle paraît l'être plus que chez les animaux anaphylactisés avec l'actinotoxine. Il est possible que certaines affections streptococciques soient aussi anaphylactiques; mais les faits cliniques ne sont pas assez précis pour qu'on puisse se prononcer. Par contre, avec la pneumonie, on n'observe rien qui ressemble à l'anaphylaxie. Comme beaucoup de médecins, j'ai vu des sujets qui, à quelques mois de distance, avaient eu plusieurs pneumonies; or, je n'ai jamais observé que les dernières attaques fussent plus graves que la première.

R. Lépine,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

CHIRURGIE PRATIQUE

Traitement des plaies par écrasement de la main.

La question est d'importance et vaut qu'on y revienne; elle est, en pratique, beaucoup moins « faite » et moins tranchée qu'on ne le pense; et, même, si quelque doctrine générale prévaut aujourd'hui, l'application en est trop souvent relâchée et fantaisiste. Un écrasement de la main et des doigts, fût-il partiel, reste un traumatisme grave et d'avenir incertain : on en meurt encore, et j'ai vu succomber, l'année dernière, malgré tous mes efforts, un homme jeune, chez lequel une plaie toute banale de la main gauche, mal soignée, infectée, s'était compliquée d'un phlegmon diffus, secondaire, du membre et d'une septicémie suraiguë. La guérison n'est, d'autres fois, qu'un état d'infirmité définitive, et la main, les doigts, conservés au prix de tant de peines et de temps, demeurent enraidis, déformés, inutilisables, gênants. N'y a-t-il pas là, pour la chirurgie des accidents du travail, une série de problèmes journellement posés?

Or, suivant la très juste remarque de M. le professeur Thiem (de Cottbus), c'est du premier pansement que dépendent, pour une très grande part, l'évolution et le pronostic de ces traumatismes. Il était naturel que le souvenir des complications anciennes, des hémorrhagies secondaires, des phlegmons des gaines, conséquences si fréquentes des plaies de la main à l'époque pré-antiseptique, absorbât pour longtemps toute l'attention des praticiens, et que la « désinfection » de ces plaies restât pour eux le but principal et l'indication souveraine. C'est là, certes, un point capital, mais ce n'est pas tout. D'autre part, nous n'entendons plus cette « désinfection » et ses modes au sens primitif, un peu trop simpliste, j'allais dire trop prétentieux; nous avons appris que les plaies, et toutes les plaies, s'infectaient beaucoup plus par le fait des manœuvres et des attouchements ultérieurs que par le contact de l'agent vulnérant, et que, à les inonder de solutions chimiques diverses, on détruit peu de microbes, mais on nuit gravement à la meilleure défense antimicrobienne, à l'activité cellulaire.

On ne saurait nier, toutefois, qu'après une détersion initiale soignée, des séances journalières, et aussi longues que possible, de balnéation locale, dans l'eau stérile, complétées, dans les intervalles, par des enveloppements humides, stériles aussi, ne puissent assurer des résultats heureux à la méthode de la conservation totale et systématique : on ne touche pas au foyer d'écrasement, on n'excise rien, on ne régularise rien, on laisse à la nature la charge exclusive de séparer le mort du vif, et l'on réserve à plus tard toutes les « réparations ». Cette pratique a réalisé un très grand progrès; il est telles conditions et tels milieux où elle doit garder force de loi; dans les broiements de toute la main, où l'amputation de l'avant-bras semblerait d'emblée inévitable, elle donne parfois des succès inespérés; elle permet de sauver un moignon de main, un poignet mobile, un rudiment de pouce et de doigts qui forment pince. Chez une jeune fille de seize ans, dont la main gauche était, de la sorte, fracassée tout entière, les doigts et les métacarpiens réduits en bouillie, la peau déchirée et décollée jusqu'au-dessus du poignet, l'intervention primitive, pour être rationnelle, aurait dû consister dans l'exérèse totale, dans l'amputation de l'avant-bras; grâce aux bains presque continus, à l'excision ultérieure des zones mortifiées, aux greffes de Thiersch finalement, au bout de deux mois et demi, la cicatrisation était complète : il restait un moignon, suffisamment matelassé, comprenant le carpe et le tiers postérieur du métacarpe, une jointure radio-carpienne non ankylosée; et, pour grave qu'elle soit, pareille mutilation vaut mieux, en tout état de cause, que la perte totale de la main.

Devrons-nous, toutefois, nous en tenir à cette méthode de conservation intégrale d'emblée? Est-elle la meilleure, toujours?

M. le docteur G. W. Schiele (de Naumbourg-sur-la-Saale) concluait négativement, dans un récent article, et, comme lui, nous pensons qu'une technique plus active est souvent de mise; qu'à remettre systématiquement à plus tard toute régularisation, à conserver côte à côte, en bloc, les parties mortifiées et flétries d'emblée et les tissus vivants, on gagne peu et l'on s'expose à perdre beaucoup, autrement dit à compromettre singulièrement le fonctionnement ultérieur de la main blessée, en voulant trop en garder. Il importe peu d'avoir une main plus ou moins réduite, un ou plusieurs doigts raccourcis : ce qui est nécessaire, c'est d'avoir une main et des doigts qui servent.

Même en ce qui concerne l'infection et ses dangers, est-il indifférent de laisser dans le foyer des lambeaux de tissus dépouillés de leurs connexions vasculaires et en puissance de nécrose; ne savons-nous pas quel bon terrain ces « corps morts » préparent aux cultures microbiennes? Et, d'autre part, n'est-il pas démontré que, en dépit de toute détersion immédiate, il y a toujours des microbes dans les plaies de ce genre? D'ailleurs, à laisser, de parti pris, toutes choses en l'état, ne condamne-t-on pas à la mortification secondaire, à la rétraction, à l'inutilisation finale, tel lambeau cutané, tel segment tendineux, tel fragment, qui, suturés, étalés, rapprochés, réduits, auraient repris racine et serviraient à une cicatrisation « fonctionnellement » meilleure? La conservation systématique suppose, enfin, un traitement toujours très long, une immobilisation, relative, au moins, de pareille durée, et qui est bien faite pour créer ou aggraver l'enraidissement et les rétractions. Quel bénéfice pour le blessé de garder finalement une main presque « intégrale », mais qui, raide et fixe, épaissie par l'œdème chronique, ankylosée dans ses jointures, ne se prête plus à aucun mouvement utile, et n'est plus un « instrument de travail »? A quoi bon conserver avec tant de peine les trois phalanges d'un doigt, du médius, par exemple, si elles doivent perdre leur jeu articulaire, et ne plus constituer qu'une tige rigide, un peu plus longue et, par suite, plus gênante?

Telles sont les raisons fort sérieuses qui justifient la pratique de la régularisation immédiate : elle sacrifie davantage, peut-être, mais pour obtenir une utilisation fonctionnelle plus rapide et meilleure. Ce n'est pas un pansement qu'on fait à la hâte, ni un traitement d'à peu près : c'est une opération véritable, de technique précise, menue, minutieuse, et qui nécessite toujours l'anesthésie générale.

Donc le blessé est endormi et la bande d'Esmarch appliquée. On procède tout d'abord à la détersion. J'emploie ce mot, plus exact, à mon sens, que celui de désinfection, car, en pratique, il est malaisé de croire qu'on désinfecte réellement une main d'ouvrier; il y aurait même quelque danger à se l'imaginer. Et de là procèdent un mode plus rationnel et une pratique meilleure de cette détersion immédiate. Lave-t-on à grande eau, fût-ce avec les antiseptiques de renom, une main blessée et broyée, imprégnée de la souillure « chronique » du travail et des souillures récentes du traumatisme, que, nécessairement, on infecte un peu plus, ou beaucoup plus, le foyer même de la plaie : suivant l'expression de M. Schiele, après ce commun et indistinct savonnage, la main est un peu plus propre, mais elle n'est pas propre; quant à la plaie, elle est devenue plus sale. Qu'on prenne donc soin de couvrir et de protéger d'abord cette plaie avec une compresse de gaze stérile, et que la détersion commence par ses bords, pour s'étendre ensuite à la zone ambiante; que ce soit, d'abord, un nettoyage « du plus gros » avec des tampons imbibés d'éther ou de benzine, qui frottent et décapent la peau, en dissolvant les graisses; la solution savonneuse chaude vient ensuite, toujours appliquée de la même façon, avec les tampons ou la brosse, de place en place, sans « inondation », puis l'alcool : besogne longue et minutieuse, je le répète, mais qui ne vaut que par là. — Quant à la plaie, on ne la lave pas, on ne la brosse pas, on ne la frotte pas : avec la pince et la compresse, on extrait les corps étrangers, les débris de toute nature, qui la recouvrent, et l'on procède à une revision successive de tout le foyer. Avec la pince, toujours, et les ciseaux, on soulève, on dégage et l'on excise les lambeaux broyés, noirâtres, flétris, les haillons de tissus, isolés et sans pédicule, les fragments osseux sans attaches; bien entendu, il ne saurait être question d'amputation ni de désarticulation régulière, au sens de l'école, ce serait aller tout au rebours de l'esprit même de la méthode; mais on n'hésite pas à faire tomber une phalange qui ne tient presque plus, un doigt écrasé et toutes jointures ouvertes, qui ne sera jamais, dût-il survivre, qu'un doigt raide, douloureux et nuisible. On fait de la conservation, mais de la conservation « fonctionnelle », autrement dit guidée par le sens des résultats définitifs utiles et l'expérience qui ressort de la pratique journalière. On ne se préoccupe pas trop d'être économe de la graisse, du muscle et même des os : ce qu'il convient de garder avec un soin extrême, ce qui ne se « remplace » pas,

c'est la peau et les tendons; encore ne gagnerait-on rien, tout au contraire, à ne pas exciser d'emblée un tendon arraché à son insertion, effrité, effiloché, et fatalement voué au sphacèle. Ailleurs se posera la question de la suture tendineuse primitive, qu'on ne résoudra pas toujours affirmativement, s'il est possible, par l'attitude donnée à la main ou aux doigts, de réaliser un rapprochement suffisant et d'éviter des manœuvres primitives plus complexes. Quant à la peau, bien détergée, bien avivée, elle se prêtera, plus souvent qu'on le croirait, à une réunion qui, sans doute, ne sera et ne devra jamais être complète, mais qui, même limitée aux angles, préviendra la rétraction et dirigera le processus de cicatrisation définitive et de « rhabillage » cutané. Et ce rhabillage est presque aussi important que la conservation de la mobilité articulaire : ne voyons-nous pas tous les jours ce que valent, à l'usé, les revêtements cicatriciels fibreux des moignons de la main, toujours minces, lisses, rougeâtres, douloureux et ulcérés, au moindre frottement rude?

La bande d'Esmarch étant alors retirée, on procédera à l'hémostase, à ciel ouvert, dans une plaie nette, et, si l'on perd un peu plus de sang, cela vaudra mieux, à tout prendre, lors de blessures artérielles importantes, que de courir le risque des hémorrhagies ultérieures. On drainera très largement, avec des drains, avec des lanières de gaze, et l'on fera un pansement stérile, bien enveloppant. Il va sans dire qu'une surveillance rigoureuse sera de nécessité dans les jours qui suivront, mais, de par l'examen minutieux et intégral qui vient d'être fait, le chirurgien connaît bien sa plaie, il en sait les points faibles, les zones suspectes et dangereuses, et il pourra prendre, en meilleure connaissance de cause, les mesures locales utiles et parer aux complications menaçantes.

Il y aurait quelque péril, sans doute, à vouloir généraliser cette méthode, à la conseiller à tous et partout : elle exige de l'expérience, du sens pratique, une technique sûre; mais, employée avec la prudence nécessaire et dans de bonnes conditions, elle est excellente et recommandable, et la gravité fonctionnelle des traumatismes de la main est trop connue, pour qu'on hésite à se donner la peine de ces opérations complexes.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Sur un nouveau syndrome clinique d'origine très probablement paludique, le « chloropaludisme », par M. Sakorraphos.

Sous le nom de *chloropaludisme*, l'auteur décrit un état particulier qu'il a été à même de constater, à la Policlinique d'Athènes, chez un certain nombre de sujets jeunes (de quinze à vingt-cinq ans) des deux sexes, qui, antérieurement bien portants, offraient, à la suite d'accès paludéens, un tableau clinique rappelant extérieurement celui de la chlorose grave ou de la leucémie : faiblesse extrême, décoloration très marquée des muqueuses et des téguments qui avaient une couleur « d'albâtre ».

L'examen physique révélait une hypertrophie modérée de la rate, qui était bien loin cependant de réaliser la splénomégalie considérable que l'on constate normalement dans la cachexie palustre. Le foie, légèrement hypertrophié lui aussi, débordait les fausses côtes. A part une certaine dilatation de l'estomac, accompagnée de paresse des fonctions digestives, tous les autres viscères paraissaient normaux; les ganglions lymphatiques, notamment, n'offraient aucune altération.

Quant aux résultats des investigations hématologiques, ils se résument en une diminution notable du nombre des hématies, variant de 2 millions à 3,500,000, avec abaissement parallèle du taux de l'hémoglobine (de 30 à 40 à l'appareil de Fleischl). La forme des globules n'était pas modifiée; il n'y avait pas d'hématoblastes; les leucocytes étaient à peu près normaux, sauf une légère lymphocytose.

Cet ensemble symptomatique permet, d'après M. Sakorraphos, de réfuter les deux objections que l'on pourrait faire à l'autonomie de ce chloropaludisme, à savoir celles de simple cachexie palustre et de chlorose banale chez un ancien paludéen. A la première de ces hypothèses, l'auteur oppose, en effet, le faible degré de la splénomégalie, l'absence d'induration des viscères, celle de la plus minime élévation thermique, malgré une observation prolongée pendant des mois. Contre la seconde, il fait valoir que le plus souvent tout souffle cardiaque faisait défaut chez ses malades, et surtout que la formule hématologique n'offrait rien de commun avec celle de la chlorose où, comme l'on sait, le taux hémoglobinique est très faible, malgré un nombre de globules normal ou presque normal, et la présence des hématoblastes constante. Aussi ne lui paraît-il pas douteux qu'il s'agisse là d'une manifestation de nature paludéenne différant de la cachexie ordinaire; en plus de l'absence de facteurs étiologiques autres que le paludisme, la lymphocytose notée dans ses cas lui paraît plaider dans le même sens, l'augmentation des lymphocytes ayant déjà été signalée par divers auteurs dans le paludisme chronique. (*Rev. de méd.*, janvier 1905.) — F. F.

Dispositions vicieuses du côlon ascendant provoquées par l'abaissement du rein droit, par M. P. Alglave.

Ayant observé sur un cadavre un cæcum considérablement augmenté de volume par suite d'une disposition vicieuse du côlon ascendant, provoquée elle-même par l'abaissement du rein droit, l'auteur a fait à ce propos des recherches cadavériques sur 16 sujets — 8 hommes et 8 femmes — rassemblés au hasard.

Sur les 8 cadavres d'hommes, le rein était à sa place habituelle et le côlon ascendant, comme le cæcum, était absolument normal dans sa disposition et son volume. Des 8 cadavres de femmes, au contraire, 4 présentaient une disposition vicieuse du côlon ascendant, coïncidant avec l'abaissement du rein correspondant.

Dans le plus typique de ces cas, le cæcum atteignait un volume environ 4 fois plus considérable que normalement; il était continué par un côlon ascendant qui, dans sa portion initiale, offrait un diamètre très réduit et une courbure en *S* italique tout à fait particulière; la production de cette *S* colique ascendante était due évidemment à l'abaissement très marqué du rein droit, dont le pôle inférieur se trouvait comme encadré par elle. Dans les 3 autres cas, il existait aussi, immédiatement au-dessus du cæcum, une coudure du côlon ascendant, maintenue par des adhérences solides et coïncidant avec un abaissement du rein droit.

Ces anomalies trouvent leur explication dans la connaissance de la disposition habituelle du côlon ascendant par rapport au rein droit, et dans les conséquences qu'a inévitablement pour celui-là l'abaissement de celui-ci. En effet, le côlon se trouvant fixé au pôle inférieur du rein droit par la face postérieure de son angle hépatique ou juxta-rénal, le rein qui descend entraîne forcément le côlon avec lui. Pendant que le rein abaisse ainsi l'angle hépatique du côlon, le cæcum et la portion originelle du côlon ascendant restent fixes, grâce aux adhérences étroites que ce dernier possède avec la paroi abdominale postérieure. Il en résulte que l'extrémité supérieure du côlon ascendant se trouve transportée vers l'inférieure et qu'une coudure se produit. Cette coudure, par sa tendance à se laisser recouvrir et coincer par le rein, montre bien toute la poussée que cet organe a exercée de haut en bas sur l'angle hépatique du côlon, pour le chasser, peu à peu, de sa position première, dans laquelle ses adhérences postérieures s'efforçaient de le retenir. Ce n'est donc pas, comme l'ont pensé quelques auteurs, la chute du côlon qui détermine celle du rein, mais bien celle-ci qui est la cause de la descente de l'intestin.

La stase fécale dans le cæcum et l'origine du côlon, voire dans la terminaison de l'intestin grêle lui-même, sera nécessairement la conséquence des dispositions vicieuses du côlon, et pourra même déterminer des accidents d'obstruction intestinale. Ces rétentions fécales haut placées, dans un cæcum souvent volumineux et dans les portions intestinales voisines, seront difficilement combattues par les moyens simples. De là des constipations opiniâtres qui résistent aux agents médicamenteux ordinaires et qui préparent la voie à l'entérocolite mucomembraneuse, si fréquemment observée dans les cas de déplacement du rein. La stase fécale avec l'irritation et l'infection locales qu'elle provoque doit être la cause première de cette entérocolite.

Le remède à opposer tout d'abord aux accidents intestinaux qui accompagnent le déplacement du rein sera donc la néphropexie, par laquelle on dégage et on soulage toujours le côlon ascendant qui est le siège principal de ces accidents, en raison de la disposition vicieuse que lui impose le rein abaissé.

La néphropexie ne peut cependant pas remédier d'une manière entièrement satisfaisante, dans tous les cas, aux accidents intestinaux qui coexistaient avec le déplacement rénal; elle reste assez souvent impuissante à effacer ou à dégager suffisamment une coudure colique que maintiennent des adhérences épiploïques nombreuses et étroites. Par conséquent, quand la néphropexie se sera montrée insuffisante pour combattre des accidents intestinaux consécutifs à un déplacement du rein, c'est sur la coudure colique provoquée par ce dernier qu'il faudra intervenir, pour la libérer des adhérences qui l'enserrent et lui restituer, autant que possible, sa position et sa forme premières, et aussi son calibre normal. (*Rev. de chir.*, décembre 1904.) — M. C.

A propos des rapports entre l'épilepsie et la menstruation, par M. Maurice Maguin.

Il est connu depuis longtemps que, chez la femme, les accès comitiaux se reproduisent volontiers au moment des époques menstruelles. Mais il est rare de voir l'apparition de l'épilepsie coïncider avec l'établissement des règles, et les deux phénomènes être désormais liés entre eux sans que jamais l'un survienne en dehors de l'autre. Tel est précisément le cas dans l'observation que relate M. Maguin.

Il s'agit d'une femme âgée de trente et un ans, présentant des antécédents héréditaires assez chargés : le père, alcoolique avéré, était très nerveux et irritable; la mère, encore vivante, est affectée d'un tremblement fibrillaire des lèvres qui s'exagère à la moindre émotion. Ce tremblement existe d'ailleurs également chez la malade, ainsi que chez sa sœur.

A l'examen de cette femme, on constate, outre des cicatrices de blessures multiples dues à des chutes et à des morsures, de l'anesthésie de la cornée et du pharynx, mais à part cela nul autre signe d'hystérie. La mémoire est assez notablement affaiblie.

Avant la puberté, la malade n'a jamais présenté d'attaques comitiales. Tout au plus, pourrait-on interpréter comme des crises d'épilepsie larvée des accès de toux convulsive auxquelles elle a été sujette. C'est vers l'âge de dix-sept ans qu'à la suite d'une grande frayeur est survenue, une nuit, la première crise, en même temps que les premières règles.

Depuis lors, les périodes menstruelles ont toujours été accompagnées d'accès comitiaux. Ceux-ci ont fait défaut durant une grossesse que cette femme a eue à l'âge de vingt ans : les crises, dont une avait encore été notée au moment des dernières règles qui précédèrent le début de cette grossesse, ont d'ailleurs repris dès le retour de couches.

Les accès sont généralement annoncés par une aura caractéristique : la malade sent une lourdeur de la tête et éprouve une sensation de constriction glottique, puis perd connaissance, pousse un cri et tombe comme une masse. Après une courte phase tonique, surviennent des mouvements cloniques, une écume sanguinolente apparaît aux lèvres, après quoi la crise

prend fin, suivie d'un sommeil bruyant et d'un état d'hébétude persistant quelquefois plusieurs jours.

L'accès demeure rarement unique; le plus souvent, deux ou trois crises se succèdent, et à l'occasion on observe même un véritable état de mal.

Depuis quatorze ans, les accès épileptiques se reproduisent chaque mois avec la même régularité que la fonction cataméniale; jamais jusqu'ici ils ne sont survenus en dehors des époques menstruelles. (*Echo méd. du Nord*, 25 décembre 1904.) — F. M.

Quelques symptômes d'apparence toxémique présentés, au cours du traitement radiothérapique, par 3 malades atteintes de cancer du sein non ulcéré, par M. Haret.

Chez 3 femmes soumises à des séances radiothérapiques pour des néoplasmes non ulcérés du sein — il s'agissait de patientes refusant toute intervention chirurgicale —, l'auteur a vu apparaître des phénomènes de nature vraisemblablement toxémique, consistant essentiellement en lassitude, vertiges, palpitations, anorexie, insomnie, etc., assez marqués pour nécessiter l'interruption du traitement.

Il est à noter que ces accidents survinrent alors que la tumeur, ayant reçu dans ces 3 cas une dose sensiblement égale de radiations (de 14 à 17 H.), commençait à se résorber, ce dont témoignaient les mensurations exercées avant le début du traitement et au cours de celui-ci.

Rapprochant de cette circonstance le fait qu'il s'agissait de néoplasmes *non ulcérés*, et que, d'autre part, la radiothérapie, appliquée aux cancers *ulcérés*, détermine un suintement abondant au niveau de l'ulcération, M. Haret est porté à admettre que les phénomènes qu'il a observés chez ses malades sont dus à l'action d'une toxine résultant de la fonte des cellules néoplasiques sous l'influence des rayons de Röntgen, toxine qui, en cas de tumeur ulcérée, est facilement éliminée, tandis qu'elle est nécessairement résorbée quand la peau est intacte. D'où la conclusion que, à l'occasion, il pourrait être utile, dans les faits de ce genre, de transformer le néoplasme fermé en néoplasme ouvert, soit en créant une petite ulcération au moyen d'une radiodermite localisée, soit, mieux encore, en ouvrant au bistouri une voie d'évacuation pour les produits de désagrégation de la tumeur. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 décembre 1904.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Onychies et dermatites professionnelles dues à la formaline, par M. Galewsky.

Si l'on tient compte des propriétés caustiques de l'aldéhyde formique, on comprend que ce produit soit susceptible d'exercer, chez des individus prédisposés, une action irritante et destructive sur les téguments cutanés, et, de fait, l'existence de dermatites légères consécutives à des applications de formol est de notion courante. Mais M. Galewsky a eu l'occasion de se convaincre que la manipulation prolongée de solutions de formaline (de 4 à 10 %) peut avoir des conséquences beaucoup plus graves, en déterminant sur les mains, et notamment sur les ongles, des lésions plus ou moins durables. Dans l'espace de ces deux dernières années, l'auteur a observé 5 faits de ce genre : 3 fois il s'agissait de médecins, qui employaient le formol pour des travaux anatomiques ou histologiques, les 2 autres cas concernant respectivement un pharmacien et un garçon de laboratoire d'anatomie pathologique.

Chez tous ces malades, l'affection débuta seulement assez longtemps après qu'ils eurent commencé à manipuler la formaline, à savoir au bout de six à neuf mois. Généralement, le processus morbide se traduit d'abord par une coloration brunâtre des ongles, lesquels se ramollissent peu à peu et se fendillent « en balai », en même temps que les parties molles avoisinantes se tuméfient. Au fur et à mesure que l'affection s'accentue, les ongles deviennent plus friables, cassants et déchiquetés, tout en subissant un épaississement, surtout dans le voisinage de la matrice. Chose curieuse, contrairement à ce que l'on observe dans l'eczéma banal, où les ongles sont durs et résistants, ils sont ici mous et se laissent courber.

Dans 2 cas les lésions restèrent purement unguéales, mais chez les 3 autres patients le processus s'étendit aux doigts, et détermina des altérations eczémateuses plus ou moins profondes de la peau; c'est ainsi que, chez un des 3 médecins en question, la dermatite se propagea jusqu'au poignet, s'accompagna d'un œdème inflammatoire intense et donna finalement lieu à une éruption de vésicules de dimensions variées.

Tous les malades de M. Galewsky se plaignaient d'une sensation de brûlure au niveau des extrémités digitales et des ongles, et 2 d'entre eux ressentaient des douleurs ascendantes dans l'avant-bras.

L'onyxis dont il s'agit se montra particulièrement tenace, et sa guérison nécessita, dans les cas graves, de neuf mois à un an et demi. Le garçon de laboratoire fut particulièrement éprouvé, à telles enseignes qu'il fut obligé de renoncer à ses occupations, ses mains étant devenues, sous l'influence de la formaline, excessivement sensibles à l'égard de tous les autres réactifs, bien qu'il eût pu auparavant manier, durant de longues années, des solutions concentrées de salpêtre, de potasse, etc.

Le rôle étiologique de l'aldéhyde formique dans la production des lésions en question fut particulièrement évident chez un jeune médecin qui, gardant sa main droite protégée par un gant de caoutchouc à cause d'une plaie, vit cette main rester indemne de toute lésion unguéale, tandis que celle du côté opposé présenta, à la suite de l'emploi de la formaline, les altérations typiques susmentionnées.

Le traitement de cette affection comprend les moyens que l'on utilise habituellement pour combattre l'eczéma, mais il importe surtout de s'abstenir de toute occupation dans laquelle intervient la manipulation du formol. A la période de début, des mesures prophylactiques appropriées, telles que le port de gants de caoutchouc lors des opérations nécessitant l'emploi de la formaline, peuvent suffire pour empêcher le mal de progresser. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 janvier 1905.) — L. CH.

Des rétrécissements de l'intestin consécutifs à l'interruption de la circulation mésentérique, par M. H. Schloffer.

C'est un mémoire expérimental, destiné à mettre hors de doute l'existence d'ulcères et de rétrécissements de l'intestin consécutifs aux lésions mésentériques, et à en préciser la pathogénie. Nous savons que pareils ulcères — susceptibles de donner lieu à des sténoses cicatricielles — se produisent à la suite des embolies ou des thromboses des artères mésentériques; nous savons aussi que certains rétrécissements intestinaux qui succèdent, d'ordinaire à long intervalle, à l'étranglement herniaire, semblent reconnaître également comme cause initiale l'interruption plus ou moins longue et complète de la circulation mésentérique dans le segment hernié. D'autres rétrécissements peuvent être dénommés « traumatiques » et se montrent comme la conséquence lointaine d'un traumatisme de l'abdomen, sans plaie : eux aussi paraissent dépendre beaucoup moins des lésions propres et immédiates de la paroi intestinale que des altérations secondaires, provoquées par les désordres vasculaires du mésentère.

La question est donc d'un grand intérêt clinique, et, sans entrer dans le détail des expériences, il convient de noter les résultats obtenus par M. Schloffer, et d'utiliser ces notions pathogéniques, désormais bien établies.

Voici comment l'auteur procédait, chez le cobaye ; le ventre ouvert, il amenait au dehors une anse grêle, et, sur une longueur variable de 2 à 5 centimètres, après double ligature des vaisseaux correspondants, il sectionnait le mésentère tout près de l'intestin, et, ceci fait, réduisait le tout et fermait le ventre. Il dit avoir pratiqué dans ces dernières années plus de 50 expériences de ce genre, mais un grand nombre échouent, soit que l'animal meure de péritonite par perforation, soit que, la solution de continuité mésentérique étant trop courte, tout se répare sans laisser de traces notables. Toutefois, dans 9 cas, M. Schloffer a obtenu des ulcérations ou des sténoses de l'intestin privé de son mésentère; huit de ces pièces ont été soumises à l'examen histologique; et ces faits, joints à deux autres antérieurement publiés, constituent un ensemble de dix « documents précis ».

Ulcères ou cicatrices sont, d'ailleurs, circulaires ou non, suivant qu'ils s'étendent en anneau complet sur tout le pourtour de l'intestin, ou qu'ils occupent une zone allongée, plus ou moins large, mais non circonférencielle : les deux types de lésions se retrouvent avec une égale fréquence dans les 8 observations expérimentales, plus haut indiquées. Bien entendu, le type circulaire entraîne seul une réduction du calibre intestinal : 3 fois, il s'agissait d'un rétrécissement véritable; une autre fois, si la sténose manquait, la paroi avait perdu toute extensibilité, et, au niveau de ce segment inerte, les particules alimentaires s'accumulaient, créant des accidents d'obstruction.

Quant aux altérations de la paroi, que l'auteur décrit et figure, elles ne sont pas limitées à la muqueuse ni à une partie seulement des tuniques : elles les intéressent toutes; c'est une nécrose en bloc, et s'il ne se produit pas de perforation ni de péritonite généralisée, il faut l'attribuer, d'après M. Schloffer, aux adhérences étendues qui se développent toujours autour du segment intestinal correspondant; et cela explique comment certaines ruptures traumatiques du mésentère peuvent évoluer sans graves désordres immédiats et se juger finalement par une sténose tardive, l'accident survenant d'ordinaire chez des sujets jeunes, en pleine santé, et dont le péritoine est apte à se défendre. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 3.) — L.

Hémorrhagie grave par les voies urinaires pendant la grossesse, par M. P. von Kubinyi.

Les hémorrhagies vésicales dues à des varices de la vessie sont fort connues; mais il est certainement exceptionnel que, comme dans le cas de M. von Kubinyi, elles deviennent presque mortelles, par suite de la pléthore sanguine accompagnant la gestation.

Une multipare de trente-deux ans se trouvait au septième mois d'une nouvelle grossesse, quand, après avoir fait effort pour soulever un fardeau, elle fut prise d'une hématurie aussitôt suivie de rétention d'urine. Durant les trois jours suivants, on dut sonder la malade. En dépit de ces cathétérismes, les douleurs et le ténesme vésical ne firent qu'augmenter; les urines retirées par la sonde devenaient de plus en plus rares, et étaient mélangées à du sang presque pur. Dans l'hypothèse d'une rupture ou d'une tumeur vésicale, cette femme fut envoyée à l'hôpital.

A son arrivée, la vessie, énormément dilatée et ayant deux fois le volume d'une tête d'enfant, semblait prête à se rompre. Par le vagin, on sentait au niveau du fond une tuméfaction mollasse ne donnant qu'imparfaitement la sensation de fluctuation. La malade était pâle et avait des nausées; son pouls battait à 132. On se mit aussitôt en devoir de la sonder, d'abord avec un cathéter ordinaire, puis avec une sonde à double courant, mais en vain : il ne s'écoulait que des quantités insignifiantes d'urine ou de sang fétides. L'urèthre fut alors dilaté : par le toucher vésical, on ne reconnut que la présence de caillots, et nullement celle d'une tumeur. Grâce à cette dilatation, et en s'aidant de la compression abdominale, on put évacuer une quantité considérable de sang, de caillots et finalement d'urine. La vessie fut alors abondamment lavée avec une solution froide, jusqu'à ce qu'elle eût été entièrement vidée. Le lendemain, la malade put uriner spontanément et l'hématurie ne se reproduisit plus. Huit jours plus tard elle accouchait prématurément.

La patiente présentant de nombreuses varicosités, on pensa aussitôt après l'intervention

que son hématurie provenait de la rupture de varices vésicales. Une inflammation légère survenue dans les varices fémorales vint encore à l'appui de ce diagnostic, qu'un examen cystoscopique ultérieur acheva de confirmer, en montrant un gros vaisseau dans le voisinage du col. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 décembre 1904.) — R. DE B.

Un procédé simple de recherche des pigments biliaires, par M. W. PRESSLICH.

Il y a quelques mois, l'auteur, en examinant l'urine d'un sujet ictérique, constata une réaction qui, sans être nouvelle quant à son principe, n'en mérite pas moins d'être signalée tant en raison de sa simplicité qu'à cause de sa grande sensibilité. En additionnant l'urine, qui se trouvait dans un verre conique, de quelques gouttes d'acide azotique fumant, il vit aussitôt toute la moitié inférieure du liquide prendre une belle coloration vert émeraude, laquelle ne tarda pas à s'étendre à toute l'urine dès que l'on eût remué le verre. Le processus chimique qui constitue cette réaction ne diffère guère de celui de la réaction de Gmelin et consiste dans l'oxydation, sous l'influence de l'acide azotique, de la bilirubine, laquelle se transforme ainsi en biliverdine. Mais, après avoir institué une série de recherches comparatives sur la valeur des deux réactions, M. Presslich fut à même de se convaincre que son procédé est beaucoup plus sensible que celui de Gmelin. Il fournirait aussi des résultats supérieurs à ceux que l'on obtient avec le réactif de Rosin (teinture d'iode). C'est ainsi qu'une urine faiblement ictérique, provenant d'un individu en convalescence d'un ictère catarrhal, donna avec les réactions de Gmelin et de Rosin des anneaux verts peu distincts, tandis qu'avec une huitaine de gouttes d'acide azotique fumant on vit apparaître, dans le verre conique, une coloration vert clair, très nette.

Il importe notamment de remarquer que la constatation de la coloration verte de la bilirubine oxydée se trouve singulièrement facilitée par le nouveau procédé, puisque de XV à XX gouttes d'acide azotique suffisent pour colorer 200 à 300 c.c. d'urine en vert. De plus, ce procédé présente sur les réactions usuelles l'avantage de ne pas nécessiter la superposition des deux liquides (urine et réactif) et, par conséquent, de ne pas demander les mêmes précautions minutieuses dans le *modus faciendi*. Entre les mains de M. Presslich, il a donné des résultats fort satisfaisants dans un très grand nombre de cas. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 janvier 1905.) — L. CH.

Un cas de grossesse abdominale primitive, par M. A. LINCK.

Une question encore discutée est celle de savoir si l'œuf fécondé peut s'implanter directement dans la cavité abdominale. Plusieurs auteurs pensent que les faits interprétés comme tels, qui ont été jusqu'ici publiés, concernent en réalité des grossesses tubaires ou tubo-ovariennes rompues dont l'œuf, tombé dans le péritoine, s'y est greffé et ultérieurement développé. L'observation relatée dans le présent travail plaide pourtant en faveur de la possibilité de la grossesse abdominale primitive.

Une secondipare de trente-neuf ans, mariée seulement depuis quatre ans, et dont la première grossesse s'était terminée normalement, avait vu ses règles se suspendre depuis quarante jours, quand elle fut prise subitement de vives douleurs abdominales. Celles-ci disparurent au bout de vingt-quatre heures, mais, trois jours après, elles revinrent avec une intensité nouvelle et s'accompagnèrent de collapsus, de lipothymies, de petitesse du pouls, bref de tous les symptômes d'une hémorrhagie interne grave. Dans le cul-de-sac postérieur on sentait une tumeur fluctuante du volume du poing. On porta le diagnostic d'hémorrhagie par rupture de grossesse tubaire et on exécuta aussitôt une laparotomie.

A l'ouverture du ventre, il s'écoula 1 litre ou 1 litre 1/2 de sang. Mais l'utérus, les trompes, l'ovaire étaient d'un aspect absolument normal et la séreuse recouvrant ces organes ou leur voisinage était partout intacte. Dans le cul-de-sac de Douglas se trouvaient de nombreux caillots. Après les avoir enlevés, on aperçut une petite cavité formée par la séreuse encore normale, tout au fond de laquelle apparaissait une tumeur villeuse, grosse comme une noisette, et rattachée au péritoine par un pédicule assez fin. C'est d'elle que provenait l'hémorrhagie qui s'arrêta aussitôt que la tumeur eut été enlevée. Nulle part on n'avait aperçu de débris rappelant un embryon, ce qui ne doit guère surprendre, vu la date récente de la conception. Malgré un iléus post-opératoire ayant nécessité une laparotomie itérative, la malade guérit.

L'examen microscopique de la petite tumeur villeuse montra qu'elle était formée exclusivement de franges choriales; celles-ci avaient pénétré dans la bride péritonéale qui servait de support à l'œuf, d'où l'on peut conclure que ce dernier avait tenté de se mettre en relation avec la circulation maternelle dans le cul-de-sac de Douglas; mais, vu l'état d'intégrité parfaite des organes génitaux internes, toute greffe secondaire était impossible. Il est d'ailleurs presque inadmissible qu'un œuf fécondé, ayant déjà de la peine à vivre dans la trompe, puisse rouler à travers le péritoine et conserver ensuite assez de vitalité pour venir se greffer en un nouveau point. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, décembre 1904.) — R. DE B.

Contribution au traitement des hémorrhagies de la ménopause, par M. A. H. QUEISNER.

Les hémorrhagies de la ménopause ont souvent une opiniâtreté et une abondance qui nécessitent des interventions graves, telles que l'hystérectomie. C'est dans le but d'éviter cette opération, au moins dans certains cas, que M. Queisner a eu l'idée de recourir au procédé suivant :

Dans le cul-de-sac antérieur, on fait une incision en T qui permet de séparer l'utérus de la vessie et de refouler celle-ci. Le cul-de-sac antérieur est alors attiré, puis ouvert, et sa lèvre antérieure est suturée à la face postérieure de la vessie afin d'assurer la suspension de ce réservoir et de prévenir la cystite. L'utérus est ensuite abaissé et fendu sur la ligne médiane, puis ses deux moitiés sont suturées à la paroi antérieure du vagin. La muqueuse utérine, largement accessible à la vue, est enfin profondément cautérisée au thermocautère. Les jours suivants, il suffit de recourir à des injections vaginales.

M. Queisner a eu l'occasion de traiter ainsi, avec succès, 2 malades, dont l'une perdait du sang depuis deux ans et avait un utérus très gros : toutes les deux avaient été jusque-là soignées en vain, notamment par la cautérisation à l'air chaud. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 24 décembre 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Le « choléra des barbeaux »; contribution clinique et expérimentale à l'étude des intoxications alimentaires, par M. V. GANDINI.

Sous le nom impropre de « choléra des barbeaux » (*colera dei barbi, Barbencholera*), les auteurs italiens et allemands désignent cette forme de botulisme à déterminations gastro-intestinales qui succède à l'ingestion de femelles de barbeau contenant des œufs. M. Gandini a eu l'occasion d'en observer un cas, de gravité toute exceptionnelle, car il se termina par la mort, et il a institué à ce sujet une série de recherches expérimentales destinées à élucider sinon la nature, du moins l'origine du poison à incriminer dans cette variété d'intoxication alimentaire.

Au début d'avril 1903, l'auteur fut appelé d'urgence auprès d'une jeune fille de dix-huit ans, chlorotique, névropathe et affectée d'une scoliose de nature rachitique, qui, ayant absorbé la veille, à son repas du soir, 200 grammes environ d'œufs de barbeau, avait été prise dans la nuit de troubles gastro-intestinaux graves, avec vomissements abondants, diarrhée séreuse presque continue, pouls petit et accéléré, anurie, état de collapsus, etc.; elle succombait quelques heures plus tard. Sa mère, qui avait mangé seulement une petite quantité de ces œufs, présenta des symptômes de même genre, mais très atténués, et qui ne tardèrent pas à disparaître.

Tel est le fait; qu'il faille ici mettre en cause les œufs de barbeau, la chose n'est pas douteuse, d'autant que la nocivité de ces œufs — de connaissance vulgaire — a été établie par nombre de cas bien observés. Mais le toxique qui provoque ces accidents est-il, chez le barbeau, de nature endogène ou bien exogène, cette dernière hypothèse étant suggérée par les mœurs du poisson en question qui, surtout au moment du frai, recherche les fonds vaseux, riches en matières organiques décomposées dont il fait sa nourriture? C'est la question que M. Gandini s'est efforcé de résoudre par les expériences dont voici le résumé :

Des barbeaux appartenant aux trois espèces qui sont indigènes dans le nord de l'Italie et se rencontrent, avec une fréquence inégale, dans toute l'Europe (*Barbus communis, B. caninus, B. fluviatilis*), étaient placés dans un vivier d'eau courante, où ils étaient soumis à un régime exclusivement végétal; puis, au bout de quinze à vingt jours, ces animaux étaient éventrés et leurs œufs administrés à des chiens et à des chats, soit en nature, *per os*, soit sous forme d'injections d'une solution aqueuse d'extrait alcoolique aseptiquement préparé. Des témoins étaient traités de même, mais avec des œufs provenant de barbeaux tout récemment pêchés et n'ayant pas passé par le vivier. L'auteur a pu constater ainsi que le pouvoir toxique des œufs, qui atteint son maximum vers les mois de mai et de juin, au moment du frai, disparaît totalement, même à cette époque, quand le poisson a été « purgé » par un séjour prolongé dans une eau pure.

Il ne paraît donc guère douteux que les accidents consécutifs à l'ingestion des œufs de barbeau soient dus aux substances putréfiées au milieu desquelles ces animaux se complaisent (1). Les faits expérimentaux relatés par M. Gandini montrent, en tout cas, comment on peut éviter ces accidents, si toutefois l'on ne juge pas plus simple et plus sûr de rejeter les œufs de ces poissons, du moins à l'époque où ils frayent. (*Gazz. med. lombarda*, 7 et 14 novembre 1904.) — F. F.

L'élimination du bleu de méthylène avant et après la néphropexie, par M. G. RUGGI.

Si la fixation d'un rein ectopique a généralement d'excellents effets au point de vue subjectif, il ne s'ensuit pas nécessairement que le résultat fonctionnel de l'opération doive être également parfait; on peut notamment se demander si les modifications de la circulation rénale qui constituent une conséquence fatale de la néphropexie ont une influence favorable ou au contraire fâcheuse sur le fonctionnement de la glande rénale. Pour élucider ce point, l'auteur a étudié l'élimination du bleu de méthylène chez 12 sujets atteints de néphroptose, avant et après l'intervention.

Chez la majorité de ces patients — exactement chez 8, soit dans 66.66 % des cas —, le moment d'apparition du bleu dans les urines est resté après la néphropexie ce qu'il était auparavant; chez 3, soit dans 25 % des cas, il est devenu plus précoce; chez 1, au contraire, il a

(1) Il n'est pas sans intérêt de signaler à ce propos que, dans une récente communication à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, M. P. Carles (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 15 janvier 1905) a été amené à supposer que les accidents si fréquents causés par l'ingestion de gâteaux à la crème pourraient bien être dus, au moins en partie, à l'emploi d'œufs de cane pour la préparation de ces gâteaux. En effet, le canard recherche lui aussi les eaux impures, et c'est là en général que ses amours ont lieu; on peut dès lors admettre que le mâle, lors de la copulation, introduit dans l'utérus de la femelle, en même temps que le liquide séminal, un grand nombre de germes qui, parvenus dans l'oviducte, infectent les œufs, encore réduits à leur vitellus au moment où ils traversent ce conduit. Quelque invraisemblable que puisse paraître *a priori* ce mode d'infection des œufs *in utero*, il n'en a pas moins été établi il y a longtemps déjà pour les œufs de poule; à plus forte raison les œufs de canard y sont-ils exposés, vu les habitudes de ces volatiles. — F. F.

été retardé. Pour ce qui est du moment où l'élimination du bleu atteint son maximum, M. Ruggi a vu qu'il était avancé dans 6 cas, retardé dans 4, non modifié dans 2. Enfin la durée totale de l'élimination — point le plus important — a été 9 fois abrégée; chez les 3 autres malades, elle n'a subi aucun changement; dans aucun cas elle n'a été prolongée.

De ces résultats, l'auteur conclut que la néphropexie a pour effet d'augmenter la perméabilité du rein et surtout l'activité sécrétoire de cet organe. C'est là un avantage qu'il attribue pour une part à la reposition de la glande à sa place normale, pour une part aussi à la décapsulation partielle dont il fait précéder la néphropexie. (*Policlinico*, 29 janvier 1905.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'entérocolite muco-membraneuse par les injections épidurales de cocaïne.

D'après les essais thérapeutiques que M. le docteur J. Roux, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, a institués, avec l'aide de son interne, M. Tisserand, dans 2 cas d'entérocolite muco-membraneuse rebelle, les injections épidurales de cocaïne donneraient d'excellents résultats dans le traitement de cette affection.

Le premier des faits en question est relatif à une jeune femme de vingt-sept ans qui depuis deux ans souffrait de phénomènes localisés à l'S iliaque, avec douleurs très vives que ne calmaient même pas les injections sous-cutanées de morphine à la dose de 0 gr. 02 centigr. Or, ces douleurs furent immédiatement atténuées par la première injection épidurale; elles disparurent entièrement dès le lendemain. On répéta ces injections une fois par semaine pendant le premier mois, tous les quinze jours le mois suivant. Le traitement eut pour effet d'amener la cessation complète des douleurs; il détermina, de plus, une amélioration générale très notable; en même temps la constipation devint moins rebelle et le sang disparut des fèces.

L'autre fait observé par MM. Roux et Tisserand a trait à une femme de cinquante-neuf ans dont l'état local se trouva également très amélioré à la suite d'injections épidurales.

Le phénylpropiolate de soude en inhalations contre la tuberculose laryngée et pulmonaire.

L'année dernière, nous avons rendu compte des résultats favorables obtenus par M. A. Bulling dans 3 cas de tuberculose laryngée et pulmonaire traités à l'aide du phénylpropiolate de soude en inhalations (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 144). Depuis lors, notre confrère a continué à employer ce mode de traitement, et actuellement il dispose d'une série de 50 cas.

Dans 7 de ces faits, il s'agissait de tuberculose pulmonaire au premier degré; 38 autres malades se trouvaient au deuxième degré, et parmi eux 5 offraient en outre des lésions de tuberculose laryngée; les 5 derniers avaient atteint la période des cavernes.

Des 7 cas de la première catégorie, 3 aboutirent à la guérison complète en huit semaines; dans 2 on nota, au bout de neuf à onze semaines, une amélioration telle qu'on ne constatait plus qu'un peu de submatité; 2 malades enfin, malgré des progrès sensibles, conservaient, après six semaines d'inhalations, des signes manifestes d'une lésion qui continuait à évoluer.

Les sujets du deuxième groupe virent tous, en six à dix semaines, les phénomènes subjectifs s'amender considérablement, et l'état général s'améliorer conjointement. Ils demeurèrent toutefois enclins à tousser et à se fatiguer assez rapidement. La fièvre constitua, chez eux, l'élément le plus rebelle au traitement. Néanmoins, M. Bulling estime qu'ils ont tous retiré des inhalations un bénéfice considérable. Ajoutons que dans 4 cas sur les 5 où le larynx était touché, les ulcérations se détergèrent parfaitement et promptement.

Quant aux malades déjà parvenus au stade cavitaire au moment où le traitement fut institué, ils accusèrent également une amélioration; mais celle-ci ne fut guère que de nature subjective.

En regard de ces résultats il convient de noter que les inhalations de phénylpropiolate de soude ne paraissent pas toujours dépourvues d'inconvénients. C'est ainsi qu'un médecin suédois, M. le docteur B. E. Bjerner (d'Arvika) a eu récemment l'occasion d'observer un tuberculeux qui présentait à l'égard du médicament en question une idiosyncrasie manifeste: chaque tentative de traitement par les inhalations fut, en effet, marquée par une exacerbation de la fièvre vespérale.

Traitement de l'ulcère de jambe par deux bandes en caoutchouc superposées.

Lorsqu'on emploie contre l'ulcère de jambe la bande roulée en caoutchouc préconisée par Martin (du Massachusetts), il n'est pas exceptionnel de voir l'appareil glisser et se déplacer par suite des mouvements du malade. C'est pourquoi M. le docteur H. Vörner, assistant de M. le professeur F. A. Hoffmann, directeur de la policlinique médicale de la Faculté de médecine de Leipzig, complète l'appareil primitif en le recouvrant par une seconde bande roulée en caoutchouc. L'appareil est ainsi beaucoup plus solide, ce qui a pour corollaire une guérison plus rapide de l'ulcère. Après la cicatrisation de ce dernier, il est d'ailleurs utile de faire porter une seule bande encore pendant quelque temps, quitte à faire remettre la deuxième à la moindre menace de récidive.

Chez certains malades, un déplacement se produit malgré l'application de la deuxième bande; M. Vörner s'est bien trouvé alors de rendre l'appareil inamovible à l'aide d'une colle qui renferme 0.5 % de gomme adragante, 10 % de gélatine, 5 % de glycérine, 5 % d'acide borique et 5 % de borate de soude. Voici comment notre confrère procède à la confection de l'appareil en question :

L'ulcère étant recouvert des topiques et des pièces de pansement nécessaires, on badigeonne le reste de la jambe d'une épaisse couche de la colle susmentionnée, que l'on a préalablement chauffée à 30° ou 40°. On met ensuite la première bande roulée; puis on la recouvre d'une deuxième couche de colle et on termine en plaçant la seconde bande dont on fixe l'extrémité à l'aide d'une épingle ou d'une bandelette agglutinative.

L'appareil ainsi confectionné sèche et durcit très rapidement. Pour laisser toute liberté aux mouvements du cou-de-pied, il est bon de ne pas appliquer de colle au niveau de cette articulation; on peut même, sans inconvénient, se dispenser d'appliquer la première couche de colle : c'est la pratique que M. Vörner a adoptée comme règle générale dans ces derniers temps.

Pour enlever l'appareil, il suffit de le ramollir en faisant placer le membre dans l'eau chaude pendant un moment.

Traitement du clou de Biskra par l'eau à 60°.

Un pharmacien militaire français, M. F. Malméjac, vient de signaler un procédé très simple qui serait des plus efficaces contre le clou de Biskra. Voici en quoi il consiste :

On laisse refroidir jusqu'à 61° de l'eau préalablement maintenue en ébullition pendant une quinzaine de minutes. A l'aide d'une pipette stérilisée on en prélève alors de 30 à 50 c.c. que l'on projette avec force sur le clou à traiter. On répète cette opération de façon à employer en tout de 150 à 200 c.c. d'eau et l'on termine en faisant un pansement à la gaze aseptique.

Sous l'influence de ce traitement, les croûtes tombent très rapidement, et, dès le deuxième ou le troisième jour, il ne reste plus, en général, que des bourgeons charnus entourés de zones de peau saine.

Ce traitement fut essayé tout d'abord par M. Malméjac chez un malade atteint de quatre clous à forme croûteuse, 3 à la jambe, 1 à la cuisse. Ce dernier, grâce à l'eau à 60°, guérit en vingt jours; les autres, comparativement pansés au sublimé ou à l'acide phénique, n'avaient subi au bout de ce laps de temps aucune espèce de modification : traités à leur tour par l'eau chaude, ils guérirent non moins vite.

Dans un second cas, le même procédé amena en dix jours la cicatrisation d'un clou largement ulcéré du pied, en quinze celle d'un clou de la main à forme croûteuse.

Les effets des rayons ultraviolets dans le tabes.

D'après l'expérience d'un médecin américain, M. le docteur J. Monroe Liebermann (de New-York), les applications de rayons ultraviolets, alternativement pratiquées au niveau de la région cervicale, de la région lombaire et de la région sacrée, seraient susceptibles de rendre de réels services dans le traitement du tabes.

Sur 36 malades (dont 2 femmes) âgés de vingt-quatre à soixante-trois ans, que notre confrère a soumis à ce traitement, 4 auraient entièrement guéri, au point de pouvoir reprendre leurs occupations antérieures; 12 ont été notablement améliorés : la coordination motrice s'est rétablie, les douleurs ont disparu et l'usage des membres est redevenu libre; 18 ont bénéficié d'une amélioration partielle; les 2 derniers sont morts pendant le cours du traitement, l'un de pneumonie, l'autre d'érysipèle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 février 1905.

La paralysie générale d'origine syphilitique.

M. Fournier lit un travail dans lequel, sans étudier la question de savoir s'il existe des paralysies générales non syphilitiques, il cherche à préciser l'époque d'apparition de la paralysie générale au cours de la syphilis, ainsi que les facteurs étiologiques accessoires de cette affection.

Les recherches anamnestiques que l'orateur a faites sur 112 cas de paralysie générale observés dans sa clientèle privée lui permettent d'affirmer que cette grave complication n'est jamais une manifestation de syphilis jeune ni de syphilis très ancienne : le plus ordinairement (dans 81 % des cas), elle apparaît entre la sixième et la quinzième année qui suit l'infection, avec un maximum bien accentué pour la dixième année. Elle est donc bien différente à cet égard de la syphilis cérébrale à forme hémiplégique qui s'observe quelquefois dès la première année après le chancre, et qui est tout à fait exceptionnelle après la cinquième année.

D'autre part, au point de vue étiologique, sur 79 de ces paralytiques généraux, dont l'orateur a pu utiliser à cet égard les observations, 63, soit 80 %, avaient suivi un traitement antisyphilitique très écourté, irrégulier ou nul; 12, soit 15 %, avaient été soumis à un traitement insuffisant; 4 enfin s'étaient rigoureusement traités. Dans 15 cas seulement sur 112, on a, en outre, noté quelques causes prédisposantes ou adjuvantes, telles que le surmenage, l'alcoolisme, les excès vénériens, l'hérédité nerveuse. De sorte que finalement, d'après M. Fournier, le bilan étiologique de la paralysie générale se réduit à ces deux facteurs : infection syphilitique et insuffisance du traitement antisyphilitique.

Encore est-on malheureusement obligé de convenir qu'un traitement spécifique bien dirigé et scrupuleusement suivi ne met pas sûrement à l'abri de la paralysie générale, puisque 4 des malades de M. Fournier, sur 79, avaient subi le traitement le plus régulier et le plus prolongé. Il n'y a donc pas à rigoureusement parler un traitement préventif de la paralysie générale, pas plus du reste qu'il n'existe un traitement curatif de cette affection. Il est, en effet, aujourd'hui définitivement établi, et cela de l'aveu de tous les neurologistes, que l'emploi du mercure, sous quelque forme et à quelque dose que ce soit, doit être proscrit de la thérapeutique de la paralysie générale, car il n'est jamais utile, et il n'est pas toujours sans danger.

Bien qu'il ne mette pas sûrement à l'abri de

la paralysie générale, un traitement mercuriel, méthodiquement et longtemps poursuivi (en moyenne pendant quatre années), constitue au total l'unique garantie des syphilitiques contre cette redoutable complication. Mais, au lieu de placer ce traitement de quatre années en bloc et tout entier au début de la maladie, il convient, d'après M. Fournier, pour en tirer le meilleur parti, de le fragmenter et de le diviser en plusieurs périodes, échelonnées à échéances plus ou moins distantes.

Voici comment l'orateur a l'habitude de procéder :

Au début, on institue un traitement énergique, continué méthodiquement pendant les deux premières années sous forme d'une série de cures mercurielles vigoureuses, alternant avec des stades intercalaires de repos. Cela fait, on suspend toute médication pendant deux ans et on place, à la cinquième année approximativement, un second traitement, celui-ci de la durée d'un an. Puis derechef on interrompt la médication pour instituer une troisième cure d'un an vers la septième ou la huitième année.

Comme le vaccin, en effet, le mercure est un préventif provisoire à portée momentanée ; il faut donc remercurialiser de temps en temps le malade pour le mettre autant que possible à l'abri des assauts ultérieurs de la syphilis.

Une des meilleures preuves de cette assertion est fournie par le fait, bien connu des accoucheurs, de l'alternance possible dans les ménages syphilitiques de grossesses heureuses et de grossesses malheureuses, suivant l'intervention ou la non-intervention du traitement.

Une autre considération sert, en outre, de guide à l'orateur pour instituer le traitement de la syphilis suivant les règles tracées plus haut : c'est que les syphilis les plus redoutables comme terminaison sont celles qui, dans leur phase initiale, ont été le moins fécondes en accidents, et les plus bénignes, au moins d'une façon relative, sont celles qui ont été le plus bruyantes à leurs débuts.

La bénignité de ce second groupe de syphilis est évidemment due à ce que, du fait de la multiplicité et de la répétition de leurs manifestations, elles ont été plus souvent et mieux traitées, si bien qu'il n'est pas exagéré de dire, quoique cela ait une apparence paradoxale, que les bonnes syphilis sont celles qui, par des accidents multiples, se rappellent à l'attention du malade et obligent celui-ci à s'occuper d'elles, tandis que les mauvaises sont celles qui, faute d'accidents, se font oublier.

En outre du traitement mercuriel, il faut avoir soin, surtout chez les sujets offrant une prédisposition héréditaire ou acquise aux affections du système nerveux, de prescrire dès le début de la maladie une hygiène sévère, le séjour à la campagne, l'hydrothérapie et la suppression des excès de toute nature qui sont au premier chef des causes de débilitation du système nerveux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 17 et 24 février 1905.

Caractères bactériologiques des crachats au cours de l'épidémie actuelle dite de grippe.

M. Bezançon. — En présence de l'état épidémique qui sévit depuis plusieurs mois, j'ai eu l'idée d'examiner au point de vue bactériologique, avec M. Israëls de Jong, les crachats de 25 malades environ, atteints d'affections diverses des voies respiratoires. Dans presque tous les cas, l'examen direct aussi bien que les cultures nous ont permis de conclure à l'absence du bacille de Pfeiffer. Outre des associations microbiennes vulgaires (pneumocoques, entérocoques, etc.), nous avons presque constamment trouvé, par l'examen direct, et pu isoler en culture pure deux espèces microbiennes nouvelles : l'une est un diplocoque ressemblant au gonocoque et se décolorant par le Gram, ce qui, joint aux caractères de ses cultures, permet de le ranger dans le même groupe que le *Micrococcus catarrhalis* des Allemands ; l'autre, plus spéciale, est un paratétragène formé par une zooglée de petits diplocoques mal colorés, sur laquelle se détachent quelques gros *cocci* en tétrades. Il importe de noter que sur les cultures on retrouve cette association caractéristique de très gros éléments plaqués sur un fond de petits diplocoques identiques, et que, dans les crachats comme sur les cultures, les gros *cocci* prennent le Gram, tandis que les petits se décolorent. J'ajoute que ce paratétragène zoogléique se trouve également dans les exsudats pharyngés et dans le sang de malades atteints d'angine.

En présence de ces résultats, qui semblent prouver qu'à chaque épidémie, dite de grippe, on se trouve en présence de microbes différents ou diversement associés, on peut se demander si le problème bactériologique de l'affection dite grippale est bien posé.

Personne ne croyant plus à la spécificité du bacille de Pfeiffer, et les autres espèces microbiennes, signalées par les auteurs au cours des diverses épidémies, étant essentiellement variables et polymorphes, il paraît plus logique d'admettre que la grippe n'est pas une maladie spécifique et que l'on désigne sous ce nom une simple exaltation de virulence, momentanée et saisonnière, de certaines espèces saprophytes (bacille de Pfeiffer ou autres).

M. Ménétrier. — Je reconnais que l'on trouve très souvent dans la grippe des associations microbiennes, mais je crois que, dans ces associations, le rôle le plus important revient au pneumocoque. Cette opinion est du reste confirmée par la clinique, car tous les auteurs s'accordent pour admettre la très grande fréquence des pneumonies au cours des épidémies de grippe.

Quant aux espèces microbiennes signalées par M. Bezançon, elles ne sont pas absolument nouvelles, et, sous le nom de sarcine blanche du poumon, j'ai décrit un microbe analogue au paratétragène de M. Bezançon.

M. Bergé. — Je crois comme M. Bezançon que non seulement la grippe manque d'une caractéristique bactériologique, mais encore qu'elle ne peut pas être différenciée cliniquement d'avec les autres variétés de laryngo-bronchites catarrhales et, par conséquent, qu'elle ne constitue pas une véritable entité nosographique.

M. Le Gendre. — J'estime, au contraire, que par la brusquerie de son début, la rapide extension de l'infection à tout l'arbre bronchique, sa persistance et l'asthénie profonde qui l'accompagne, la grippe constitue une forme spéciale, sinon spécifique, de catarrhe des voies respiratoires.

M. Siredey. — A tous ces caractères de la grippe, il faut ajouter qu'elle se diffuse rapidement à travers une ville ou un pays, de façon à constituer de véritables épidémies régionales ou locales.

M. Lermoyez. — La grippe jouit, en outre, du privilège de donner lieu à des otites suppurées extrêmement graves qui se propagent rapidement aux cellules mastoïdiennes avec production de phlyctènes remplies de sérosité sanguinolente sur les parois du conduit auditif externe. A elles seules ces phlyctènes permettent de rattacher ces otites à la grippe et de prédire l'apparition de nouveaux cas de la maladie dans l'entourage du patient.

M. Barié. — Il est certain qu'on a décrit souvent à tort, sous le nom de grippe à forme catarrhale, certains cas de rhino-pharyngite saisonnière, des laryngo-trachéites bénignes, des rhumes vulgaires et même de simples coryzas aigus. Mais la grippe présente d'autres formes cliniques non moins importantes que la variété dite catarrhale. Tous les cliniciens connaissent la forme nerveuse, caractérisée par une céphalée tenace avec exacerbations aiguës sous l'influence du moindre travail cérébral, par un sentiment de courbature et de fatigue musculaire extrêmes avec véritable effondrement des jambes, et surtout par un état d'asthénie considérable qui n'a de comparable que celui qu'on rencontre dans la convalescence de certaines maladies aiguës de longue durée, comme la fièvre typhoïde.

Ces phénomènes sont sujets à des retours offensifs fréquents, véritables rechutes qui surviennent alors que le malade semblait sur le point d'être guéri ; ce qui caractérise encore ces formes nerveuses, c'est la lenteur de leur évolution, leur allure traînante, pour ainsi dire, et leur ténacité, laissant le patient dans un état de fatigue et de malaise qui le rendent incapable, parfois durant de longues semaines, de se livrer à un travail un peu soutenu.

C'est là un ensemble symptomatique caractéristique, qui ne répond à aucun autre type clinique, en dehors de l'affection communément désignée sous le nom de grippe. L'existence de celle-ci ne saurait donc, à mon avis, être mise en doute, et c'est à tort qu'on tente de la rayer du cadre de la nosologie.

Oreillons avec zona de la face et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

M. Sicard communique l'observation d'un garçon de douze ans qui, au cours d'une double parotidite ourlienne, fut atteint d'accidents méningés et d'un zona localisé à certaines branches du trijumeau (nerfs sus-orbitaire et auriculo-temporal), et cela en l'absence de toute complication du côté des testicules. Le liquide céphalo-rachidien extrait par ponction lombaire contenait des lymphocytes en grande abondance.

L'orateur attribue l'apparition du zona, dans ce cas, à la propagation au ganglion de Gasser du processus méningé mésocéphalique qui, d'après les observations récentes de MM. Chauffard et Boidin, Dopter (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 101, 148 et 247) serait à la base des complications nerveuses des oreillons.

M. Dopter dit avoir pu constater dans un assez grand nombre de cas d'oreillons, depuis sa communication de l'année dernière, l'existence d'une lymphocytose rachidienne coexistant avec des phénomènes méningés parfois frustes (céphalée, bradycardie contrastant avec l'élévation de température), parfois au contraire bien caractérisés (raideur de la nuque, signe de Kernig, etc.). Il est fréquent que ces manifestations s'accompagnent d'une atteinte légère de certains nerfs crâniens, notamment de l'oculo-moteur commun, du facial, de l'hypoglosse ; l'observation de M. Sicard prouve que le trijumeau peut aussi être intéressé.

Les rapports de ces troubles méningés avec l'orchite ourlienne sont difficiles à interpréter, car, si les troubles en question sont constants au cas de complication testiculaire, il n'en est pas moins vrai qu'on peut aussi les voir survenir en dehors de toute participation du testicule à l'infection.

M. Netter signale qu'un de ses enfants, un garçon de neuf ans, est atteint en ce moment de fièvre ourlienne qui a débuté précisément par des phénomènes méningés (douleurs dans le dos, les reins et les jambes, signe de Kernig des deux côtés) avec fièvre dépassant 40° ; ce n'est que le lendemain que la tuméfaction des parotides a fait son apparition ; les bains chauds à 40° ont très rapidement amené la sédation des accidents nerveux. La ponction lombaire n'a pas été pratiquée.

Gastrite dégénérative d'origine infectieuse.

M. Hayem montre des dessins représentant les lésions histologiques de la gastrite dégénérative des sujets atteints de maladies infectieuses (pneumonie et bronchopneumonie, ictère grave, fièvre typhoïde), qu'il a décrite il y a quelques années (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 433).

L'orateur ajoute qu'il a réussi à provoquer des lésions identiques chez des chiens en injectant dans le torrent circulatoire de petites quantités de toxine diphtérique, et il en conclut que c'est probablement au passage des toxines microbiennes dans le sang qu'est due l'apparition de la gastrite dégénérative chez l'homme. Il admet, en outre, que, chez certains gastropathes appartenant au type apeptique, l'existence, à une époque quelconque de la vie, d'une maladie infectieuse (rougeole, scarlatine, diphtérie, etc.) est peut-être la véritable cause pathogène des lésions gastriques.

M. Enriquez rappelle qu'il a provoqué autrefois, avec M. Hallion, par injection sous-cutanée de toxine diphtérique, des lésions ulcéreuses de l'estomac, intéressant à la fois la muqueuse et la sous-muqueuse. Mais au lieu d'être prédominantes, comme dans les cas de M. Hayem, au niveau des épithéliums des glandes gastriques, ces lésions intéressaient surtout les tissus conjonctivo-vasculaires.

Cette différence de localisation s'explique, d'après l'orateur, par les variations si considérables de toxicité que présentent les produits solubles du bacille de Löffler suivant l'origine

et les conditions de culture des microbes; peut-être aussi faut-il tenir compte de ce que la voie choisie dans l'un et l'autre cas pour l'introduction de ces poisons a été différente.

Au point de vue clinique, il est probable que la diphtérie et les autres toxi-infections peuvent à l'occasion provoquer chez l'homme les deux ordres d'altérations gastriques, ulcéreuses et atrophiques. Mais en réalité les causes toxiques et infectieuses qui se trouvent réunies le plus souvent dans les antécédents du patient sont trop nombreuses, surtout s'il s'agit d'un sujet âgé, pour qu'il soit possible d'établir la part qui revient à chacune d'elles.

M. Ménétrier relate, en son nom et au nom de M. Bloch, l'observation d'une jeune femme atteinte, depuis plusieurs mois, d'une sclérodermie généralisée à forme œdémateuse qui a été considérablement améliorée par le traitement thyroïdien, malgré la préexistence d'une double lésion de l'orifice mitral.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 8 et 15 février 1905.

La sérothérapie antistreptococcique.

M. Fritz Meyer fait une communication sur l'emploi clinique du sérum antistreptococcique. Il rappelle que ce sérum peut être utilisé soit à titre prophylactique, soit à titre curatif. C'est surtout pour la prophylaxie des infections à streptocoques, et notamment pour prévenir la généralisation de ces infections tant qu'elles sont encore localisées, que la sérothérapie rend des services : tel est le cas des angines, de l'endométrite, de la scarlatine, de l'érysipèle; mais les indications de la sérothérapie doivent être pesées dans chaque cas.

En ce qui concerne l'angine, il est clair que le sérum ne trouve ses indications que dans les cas particulièrement graves, avec ulcérations et fièvre élevée; dans l'angine diphtérique avec association du streptocoque, l'administration de sérum antistreptococcique en même temps que d'antitoxine diphtérique fournit parfois des succès éclatants.

Pour ce qui est de la scarlatine, la sérothérapie antistreptococcique, employée à titre préventif, permet d'éviter l'apparition des complications septiques secondaires, tout en étant sans influence sur le virus scarlatin.

L'endométrite puerpérale forme la transition entre les streptococcies localisées et les septicémies à streptocoques. Aussi, d'après l'orateur, devrait-on injecter le sérum chez toute femme ayant de la fièvre, même légère, pendant les suites de couches.

L'emploi de la sérothérapie antistreptococcique comme moyen curatif se heurte au contraire à de grandes difficultés. Il ne faut pas oublier, en effet, que le sérum antistreptococcique est bactéricide et que, par la bactériolyse qu'il produit, il met en liberté des endotoxines; aussi, dans les expériences de laboratoire, voit-on parfois les animaux injectés mourir avant les témoins. Cela étant, M. Meyer considère le sérum comme absolument contre-indiqué dans l'endocardite ulcéreuse, les processus pyémiques, les inflammations des séreuses; il croit même imprudent d'y avoir recours dans le rhumatisme articulaire aigu et dans la tuberculose, comme le fait M. Menzer.

M. Heubner dit avoir employé la sérothérapie antistreptococcique, depuis trois ans, dans de nombreux cas de scarlatine, mais sans avantage bien marqué; l'injection fait, il est vrai, baisser la température; toutefois, celle-ci ne tarde pas à remonter. L'orateur ajoute qu'il ne faudrait pas attribuer au sérum la guérison de certains cas de scarlatine avec formation de gros abcès, naguère considérés comme à peu près fatalement mortels, car, sans doute à la faveur d'une modification du génie épidémique, il a vu assez souvent, dans ces dernières années, des cas de ce genre guérir spontanément.

M. Heubner fait observer en outre qu'il n'est pas prouvé que les diphtéries malignes soient dues à l'association du streptocoque au bacille de Löffler; aussi ne pense-t-il pas que l'emploi simultané des deux sérums puisse être de grand secours dans ces formes particulièrement graves.

M. Marmorek (de Paris) déclare n'avoir jamais observé, avec son sérum, d'inconvénients attribuables à la mise en liberté d'endotoxine; du reste, la théorie même de l'endotoxine ne repose pas sur des bases expérimentales irréfutables. Les effets fâcheux que l'on a observés avec certains sérums tiennent peut-être à la présence de substances toxiques qui apparaissent parfois dans le sang de l'animal fournisseur de sérum à la suite des injections immunisantes. C'est ainsi que l'orateur a vu le sérum d'un cheval, au dix-septième jour après une injection, tuer le lapin à la dose de 10 c.c.

La seule réaction que puisse déterminer l'injection de sérum est une légère élévation de température, d'ailleurs variable selon les sujets et qui, chez M. Marmorek lui-même, n'a jamais dépassé 0°50 à 0°75. Au total, l'orateur ne croit pas qu'il y ait de contre-indication à la sérothérapie antistreptococcique, mais il s'élève contre l'emploi de doses élevées : la dose maxima *pro die*, à son avis, est de 30 à 50 c.c.

Pour ce qui est des formes malignes de diphtérie, M. Marmorek espère qu'il sera possible d'obtenir un sérum mixte, actif à la fois contre le streptocoque et le poison diphtérique; de fait, il a pu conférer l'immunité antistreptococcique à un cheval déjà immunisé contre la tuberculose.

M. Alfred Wolff estime que l'on ne saurait contester la validité de la théorie de l'endotoxine, sans compter que des faits cliniques aussi bien qu'expérimentaux prouvent nettement qu'il existe des contre-indications à l'emploi de la sérothérapie antistreptococcique; aussi l'orateur est-il d'avis que, si celle-ci peut incontestablement rendre de grands services au point de vue prophylactique — en prévenant la généralisation d'une infection encore limitée —, il n'est par contre pas sans inconvénient de l'employer à titre curatif.

M. Aronson ne croit pas, contrairement à M. Meyer et à M. Wolff, que la théorie de l'endotoxine soit définitivement démontrée. Pour ce qui est de l'opinion émise par M. Meyer, que les animaux injectés meurent parfois plutôt que les témoins, l'orateur peut lui opposer l'expérience suivante : un streptocoque très virulent est inoculé à 55 animaux; 10 sont réservés comme témoins; les 45 autres sont divisés en neuf séries de 5, et les animaux de ces diverses séries sont respectivement traités par le sérum deux heures, quatre heures, six heures, huit heures, dix heures, douze heures, vingt, vingt-deux et vingt-quatre heures après l'inoculation. Les 10 témoins (5 avaient reçu une injection de sérum de cheval neuf) moururent les premiers; quant aux animaux traités par la sérothérapie, les 30 animaux injectés dans les douze premières heures survécurent; des 10 injectés à la vingtième et à la vingt-deuxième heure — alors qu'il y avait déjà des streptocoques dans le sang —, 4, soit 40 %, survécurent aussi; les 5 qui furent injectés au bout de vingt-quatre heures moururent.

Ces résultats paraissent à M. Aronson de nature à démontrer que la sérothérapie peut encore rendre de bons services quand l'infection est déjà généralisée; aussi, pour l'orateur, n'existe-t-il pas de contre-indication à son emploi.

M. Beitzke fait observer que, ce qui permet d'expliquer les résultats contradictoires signalés par les divers auteurs qui ont eu recours à la sérothérapie antistreptococcique, c'est que celle-ci ne peut être réellement efficace que contre les infections *pures* à streptocoques; or, ces dernières sont moins fréquentes qu'on ne le croit. C'est ainsi que, d'après les recherches que l'orateur a faites à l'Institut universitaire d'anatomie pathologique, on trouve très souvent dans la scarlatine, la fièvre puerpérale, l'érysipèle même, le streptocoque, non pas seul, mais associé le plus souvent au staphylocoque, parfois au pneumocoque, etc.

M. Bumm rappelle la communication qu'il a faite l'an passé sur l'emploi de la sérothérapie antistreptococcique pour prévenir l'infection puerpérale (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 205). Depuis lors il a eu recours à ce moyen dans de nombreux cas, et il en conclut que le sérum est capable de prévenir la diffusion du microbe dans les tissus, et par suite d'empêcher la généralisation de l'infection streptococcique; au contraire il est sans action, une fois la généralisation effectuée. Par suite, la sérothérapie trouve ses indications tant que l'on a affaire à une endométrite streptococcique en voie d'évolution, mais elle est sans utilité dès qu'il y a péritonite généralisée, thrombophlébite, endocardite, etc.

M. Helmbold ajoute que l'on a fait, dans le service de M. Bumm, des essais sur la valeur du sérum antistreptococcique employé à titre préventif chez les femmes soumises à une intervention obstétricale. La statistique comprend actuellement 20 faits : 8 applications de forceps dans l'excavation, 2 applications de forceps au détroit supérieur, 4 versions, 3 embryotomies, 1 opération césarienne vaginale, 1 décollement manuel du placenta, enfin 1 cas d'éclampsie chez une femme accouchée en ville au forceps. De ces 20 malades, 6, soit 30 %, eurent de la fièvre, mais, pour 3 d'entre elles, il s'agissait d'une affection intercurrente (pneumonie par aspiration, angine folliculaire, tuberculose pulmonaire avec pneumothorax) et chez les 3 autres les lochies contenaient non du streptocoque mais bien des microorganismes divers (diplocoques, saprophytes, etc.); il est clair que dans ces conditions le sérum antistreptococcique ne pouvait servir de rien.

Quelque restreinte que soit jusqu'ici cette statistique, elle n'en est donc pas moins nettement favorable à l'emploi de la sérothérapie antistreptococcique préventive à la suite des interventions obstétricales.

M. Meyer tient à s'élever contre l'affirmation que le sérum antistreptococcique ne connaît pas de contre-indications et n'a jamais d'inconvénients. Pour sa part, il a vu la mort survenir par embolie à la suite d'une injection de 10 c.c. de sérum, chez une femme atteinte d'endocardite ulcéreuse; le pronostic était il est vrai fatal, mais la mort n'en fut pas moins en rapport évident avec l'injection; et M. Bumm a publié un cas à peu près analogue (mort par collapsus après injection intraveineuse de 20 c.c. de sérum). Chez une autre malade du même accoucheur, c'est une hyperthermie de 41°5 — heureusement sans conséquence fâcheuse — qui se produisit à la suite de l'injection.

Ces faits montrent donc qu'au cas d'infection déjà généralisée la sérothérapie peut n'être pas sans danger.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 20 février 1905.

Causes, prévention et traitement de la crise pérityphlitique.

M. Karewski fait une communication dans laquelle il s'attache à démontrer, en s'appuyant sur des arguments anatomo-pathologiques et cliniques, qu'il y a lieu de distinguer soigneusement l'appendicite, lésion inflammatoire localisée aux tuniques de l'appendice, et la crise pérityphlitique, traduisant la péritonite péri-appendiculaire consécutive.

L'appendicite est ordinairement liée à une entérite, et surtout à l'entérocolite muco-membraneuse. Très fréquente, car les autopsies révèlent des lésions appendiculaires chez 25 % des sujets de tout âge, et chez 50 % de ceux qui ont dépassé soixante ans (Ribbert), son diagnostic est malheureusement bien souvent difficile; on la dépistera si l'on tient pour suspect d'appendicite tout enfant dyspeptique et se plaignant du ventre, et si, en outre, quand on a affaire à un malade offrant des symptômes abdominaux, on ne se contente pas des renseignements fournis par le patient sur la régularité de ses évacuations alvines, mais si l'on pratique le toucher rectal.

Au point de vue du traitement, l'appendicite relève essentiellement du repos absolu au lit (tant qu'il y a des douleurs), associé aux prescriptions diététo-médicamenteuses d'usage. Si après quatre à six semaines les symptômes n'ont pas cédé, ou si ayant cédé ils récidivent facilement, il ne faut pas hésiter à intervenir; enfin, quand la pérityphlite est constituée, l'opération

aussi précoce que possible est la seule ressource : attendre pour opérer à froid, c'est, dit l'orateur, jouer avec la vie du malade.

A titre d'exemple, M. Karewski cite 33 cas qu'il a observés depuis dix ans, et où, vu le peu d'intensité des symptômes, il ne put ou ne voulut intervenir. Or, 5 de ces malades sont morts (3 opérés trop tard, 2 sans opération), qui auraient vraisemblablement bénéficié d'une intervention précoce, et 21 durent être opérés plus tard. D'autre part, l'orateur a vu, dans le même laps de temps, 25 cas presque désespérés de péritonite diffuse par perforation appendiculaire, concernant des malades qui, peu de jours auparavant, n'offraient, au dire de leur médecin, que des signes légers de crise péri-typhlitique; or, 13 étaient inopérables, et, des 12 autres, 8 succombèrent.

Ces faits montrent bien l'importance qu'il y a à intervenir le plus près possible du début des accidents.

Les manifestations psychiques de la syphilis cérébrale.

M. Vormeng, à propos de la récente communication de M. Ziehen sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 57), fait observer que le diagnostic de la paralysie générale et de la démence syphilitique, au cas de symptômes localisés (signe d'Argyll-Robertson, paralysie oculaire, troubles de la parole), est parfois des plus délicats. D'autre part, l'orateur ne croit pas que, chez les syphilitiques neurasthéniques, il faille, comme le conseille M. Ziehen après M. Fournier, s'abstenir du traitement spécifique pour traiter exclusivement la neurasthénie en soi; c'est ainsi qu'il a vu 2 cas de neurasthénie syphilitique, ayant résisté aux moyens ordinaires, céder aux frictions mercurielles.

M. Ziehen répond que dans la démence syphilitique on n'observe jamais un achoppement syllabique aussi accentué que dans la paralysie générale; en outre l'affaiblissement des facultés intellectuelles et des sentiments moraux y est également beaucoup moins prononcé.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(*De notre correspondant spécial.*)

Vienne, le 25 février 1905.

Le chimisme gastrique et l'atonie de l'estomac.

Dans la séance du 23 février de la Société de médecine interne de Vienne, **M. Strasser** a déclaré, à propos de la récente communication de M. Kaufmann sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 81), que ses essais thérapeutiques confirment la manière de voir de M. Kaufmann. C'est ainsi que, sous l'influence des bains de vapeur, la production d'acide chlorhydrique dans l'estomac est diminuée pour plusieurs heures; dans l'hyperacidité elle cesse même presque complètement, et cependant les malaises éprouvés par le malade persistent. D'autre part, l'application de compresses chaudes sur la région épigastrique augmente la sécrétion d'acide chlorhydrique; or ce traitement a un bon effet dans l'hyperacidité et dans les ulcères gastriques.

M. Zweig fait observer que l'hyperacidité est parfois dissimulée par une sécrétion abondante de suc gastrique, de sorte que, malgré la sécrétion d'une quantité exagérée d'acide, le taux de l'acidité peut être relativement bas. Au reste, les troubles subjectifs de l'hyperacidité ne sont pas dus seulement à celle-ci, mais aussi à la maladie qui la détermine, à savoir la dyspepsie nerveuse. C'est donc cette dernière qu'il faut traiter en premier lieu.

M. Spiro reconnaît le rôle de l'atonie gastrique dans la genèse des troubles gastriques de l'hyperacidité, mais cette atonie est elle-même la conséquence de conditions mécaniques (adhérences, coudures de l'estomac) qui entravent la motilité de l'estomac.

Corps étranger des bronches chez un enfant, enlevé par la bronchoscopie sans anesthésie.

M. H. von Schrötter montre un clou à soulier, qu'il a pu retirer, au bout de douze jours, de la bronche droite d'un garçon de cinq ans. Après avoir échoué avec un aimant, l'orateur parvint à enlever le corps étranger au moyen d'une pince, en s'aidant de la bronchoscopie, sans endormir le petit malade. Celui-ci put quitter l'hôpital trois jours après l'extraction.

Paralysies cérébrale et périphérique post-diphtériques associées.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. Knöpfelmacher** a présenté un enfant, qui, cinq jours après la guérison d'une diphtérie, fut atteint de paralysie du voile du palais et du grand hypoglosse, puis de convulsions et enfin d'une hémiplégie droite. Il y avait donc combinaison d'une paralysie cérébrale et d'une paralysie périphérique, dues probablement celle-ci à une névrite et celle-là à une encéphalite concomitantes. La paralysie périphérique rétrocéda plus complètement que la paralysie cérébrale.

L'origine des globules du colostrum.

M. R. Popper a exposé le résultat des recherches qu'il a entreprises sur l'origine du colostrum. On sait que pour certains auteurs ces globules ne seraient que des leucocytes. Or, l'orateur a pu s'assurer que les leucocytes ressemblent assez aux globules de colostrum, mais ne présentent jamais les noyaux caractéristiques de ces derniers. Ces noyaux se trouvent dans les cellules épithéliales des canaux lactifères du sein, et ce sont ces cellules qui prennent la forme des globules de colostrum lorsqu'elles subissent la dégénérescence graisseuse.

L'orateur admet donc que les globules du colostrum proviennent des cellules épithéliales du sein, lesquelles se chargent de graisse et sont éliminées dans la lumière de la glande. La stase du lait joue certainement un rôle dans cette transformation. Par là même s'explique la production de lait chez les nouveau-nés.

M. Escherich admet qu'il existe deux sortes de globules de colostrum : les uns qui proviennent des leucocytes, les autres qui sont d'origine épithéliale. Mais pour élucider complètement la question, il faudrait savoir quelle est la partie caractéristique de ces globules : la graisse ou la forme du noyau.

Dr Schnirer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Lubarsch (O.) et **Ostertag** (R.). Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere (Jahrgang 1903). 1re partie. In-8°, 1271 p. Wiesbaden. — Progrès de la pathologie générale et de l'anatomie pathologique de l'homme et des animaux pendant l'année 1903.

Marie (P.) et **Idelsohn**. Un cas de lésion linéaire limitée à la substance blanche de la frontale ascendante droite dans sa moitié supérieure; hémiplégie; étude de la dégénération secondaire pyramidale. (*Rev. neurol.*, 30 oct.)

Massart (G.). Sull'origine dei linfociti negli essudati sierosi della pleura. (*Policlinico*, partie méd., XI, 12.)

Nabuco de Gouvêa (J. T.). Do chorion-epithelioma maligno de Marchand. (*Brazil-medico*, 15 et 22 nov. et 1er déc.)

Neumann (E.). Zur Technik der Jod-Schwefelsäurereaktion auf Amyloid. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 nov.) — Sur la technique de la réaction iodo-sulfurique caractéristique de la substance amyloïde.

Pernice (B.). Alterazioni dei muscoli intercostali nelle malattie della pleura; contributo all'anatomia patologica dei muscoli. (*Riforma med.*, 12 et 19 oct.)

Philip (C.). Zur Histologie des Hauthorns. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er déc.) — Sur la structure histologique des cornes cutanées.

Polak Daniëls (L.). Bijdrage tot de kennis der histogenese van primaire leverkankers. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 3 déc.) — Histogenèse du cancer primitif du foie.

Scagliosi (G.). Ueber den primären Krebs der Pleura. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 nov.) — Sur le cancer primitif de la plèvre.

Schlagenhaufer (F.). Ein Fall von Angioma racemosum der Arteria alveolaris inferior. (*Virchows Arch.*, CLXXVIII, 3.)

Schöbl (O.). Melanosarcoma chorioideæ in stadio pseudoatrofico seu kryptomelanosarcoma chorioideæ. (*Casopis lékaru ceskych*, 26 nov.)

Vanzetti (F.). Contributo al processo di calcificazione dei vasi dell'encefalo. (*Sperimentale*, LVIII, 5.)

Wells (H. G.) et **Maver** (Maria B.). Pseudoleukæmia gastrointestinalis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Wichmann (P.). Anatomische Untersuchungen über die Aetiologie der Prostatahypertrophie. (*Virchows Arch.*, CLXXVIII, 2.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Azzurrini (F.) et **Massart** (G.). La morfologia del sangue negli animali smilzati. (*Sperimentale*, LVIII, 4.) — La morphologie du sang chez les animaux splénectomisés.

Borchardt (L.). Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Erhöhung der natürlichen Resistenz des Peritoneums gegen operative Infektionen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er déc.) — Sur l'exaltation de la résistance naturelle du péritoine à l'égard des infections chirurgicales.

Caminiti (R.). Sulla stafilolisina; ricerche sperimentali. (*Riforma med.*, 4 oct.)

Colombo (C.). Wirkung des absoluten Milchregims auf den Blutdruck; experimentelle Untersuchungen. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, VIII, 7.) — Action du régime lacté absolu sur la pression sanguine.

Dalla Vedova (R.). Della possibilità di provocare alterazioni nella parete dello stomaco mediante lesioni dei suoi nervi. (*Policlinico*, partie chir., XI, 12.)

Ebstein (W.) et **Bendix** (E.). Ueber das Schicksal der in die Blutbahn gebrachten Purinkörper. (*Virchows Arch.*, CLXXVIII, 3.) — Sur le sort des purines introduites dans la circulation sanguine.

Gerhardt (D.). Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Lungenkreislauf und von der mechanischen Wirkung pleuritischer Ergüsse. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.) — Sur la circulation pulmonaire et l'action mécanique des exsudats pleurétiques.

Guerrini (G.). Sulla funzione della ipofisi. (*Sperimentale*, LVIII, 5.)

Maestro (L.). Le modificazioni del potere riduttore delle orine nell'avvelenamento sperimentale per cocaina. (*Sperimentale*, LVIII, 4.)

Padoa (G.). Intorno all'azione protettiva del fegato verso le tossine del « bacterium coli »; ricerche sperimentali. (*Riv. critica di clinica medica*, 24 sept., 1er et 8 oct.) — Rôle protecteur du foie à l'égard des toxines du colibacille.

Pearce (R. M.). The experimental production of liver necroses by the intravenous injection of hæmagglutinins. (*Albany Med. Ann.*, oct.) — Nécroses expérimentales du foie, produites par l'injection intraveineuse d'agglutinines.

Pletnev (D.). De l'intermittence du pouls (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 22.)

Salffner (O.). Zur Pathogenese des Naphthalinstares. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LIX, 3.) — Pathogénie de la cataracte naphtalinique.

Schifone (O.). Ueber die Wirkungen grosser Resektionen des Schädels und der harten Hirnhaut auf die Struktur und Funktion der Hirnrinde. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 2-4.) — Influence des résections étendues du crâne et de la dure-mère sur la structure et la fonction de l'écorce cérébrale.

Silbermark (M.). Ueber die geweblichen Veränderungen nach Plombierung von Knochenhöhlen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 2-4.) — Sur les altérations histologiques consécutives au plombage des cavités osseuses.

Strong (R. P.). Protective inoculation against asiatic cholera; an experimental study. In-8°, 52 p. Manille.

Tiefenthal (G.). Gastroenterostomie mittelst elastischer Ligatur; eine Experimentalstudie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIII, 3.)

Vincenzi (L.). Sul decorso della pseudo-tubercolosi per ingestione del bacillo opale agliaceo nelle cavie di pochi giorni. (*Gazz. degli Osped.*, 6 nov.)

Wolff (A.) et **Torday** (A. von). Ueber die experimentelle Erzeugung von Lymphocytenexsudaten; zugleich der Beweis für das Vorhandensein einer activen Lymphocytose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 déc.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Calogero (Galbo). L'infezione tubercolare per la via vaginale. (*Riforma med.*, 13 et 20 sept.)

Detre (L.) et **Sellei** (J.). Die hämolytische Wirkung des Sublimats. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 et 17 nov.)

Heile. Ueber intravitale Beeinflussung autolytischer Vorgänge im Körper. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.)

Jolles (A.). Beiträge zur Kenntnis der Blutfermente. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 nov.) — Sur les ferments du sang.

Levi della Vida (M.). Ricerche sui sieri tossici specifici per le capsule surrenali. (*Sperimentale*, LVIII, 5.)

Metchnikoff (E.). Réactions phagocytaires. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 nov.)

Richter (P. F.). Ueber den Stoffwechsel im Rekonvalescenz-Stadium nach chronischer Unterernährung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 déc.) — Le métabolisme de la convalescence après inanition prolongée.

Ruata (G. Q.). Le precipitine nel siero di sangue normale; nota preliminare. (*Riforma med.*, 19 oct.)

Rubin (G.). A chief predisposing cause of appendicitis; a preliminary note with a few laboratory experiments. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 oct.)

Sanfelice (F.). Sulla inoculabilità dei tumori maligni. (*Riforma med.*, 6 sept.)

Trenkner (H.). Ueber das Harnsäurelösungsvermögen von Blutserum; ein Beitrag zur Frage der arthritischen Diathese. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 12 nov.) — Sur le pouvoir dissolvant du sérum sanguin à l'égard de l'acide urique.

Van Voornveld (H. J. A.). Tuberculose, degeneratie en herediteit. In-12, 65 p. Amsterdam.

Vigliani (R.). Contributo allo studio della funzione del pancreas; valore delle isole di Langerhans in condizioni patologiche. (*Sperimentale*, LVIII, 4.)

Weichardt (W.). Ueber das Ermüdungstoxin und -Antitoxin; 2. Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 nov.) — Toxine et antitoxine dans la fatigue.

Williams (W. R.). Colloids and ions. (*Med. News*, 12 nov.)

Zeri (A.). Sopra alcuni rapporti patologici del rene nell'ittero (epiteluria, cilindruria, albuminuria). (*Morgagni*, oct.)

MÉDECINE

Engel (K.). Zur Kasuistik des Exsudatum pleuriticum pulsans und Exsudatum pleuriticum adiposum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 déc.)

Miller (J. L.). Transudates and exudates, with report on 75 fluids. (*Amer. Medicine*, 12 nov.)

Quadrone (C.). Intorno ad alcune rare forme di rumori a doppio ritmo cardiaco e respiratorio, originati da una pressione dello stetoscopio o dell'orecchio sulla regione precordiale. (*Riv. critica di clinica medica*, 15 oct.)

Ricaldoni (A.). Lesiones y enfermedades del higado; estudio general. In-8°, 583 p. avec fig. Montévidéo. — Lésions et maladies du foie.

Rondot (E.). Le réflexe aortique de percussion. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 27 nov.)

Russ (L.). Un cas d'anévrysme de l'aorte. (*Bull. de la Soc. des méd. et natural. de Jassy*, juillet-août-sept.-oct.)

Sappington (S. W.). Acute pancreatitis with disseminated fat necrosis. (*Amer. Medicine*, 5 nov.)

Schindler (C.). Untersuchungen über das Auftreten der Myelocyten im Blute; zugleich ein Beitrag zur Hämatologie infectiöser und anderer Krankheitszustände. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LIV, 5-6.) — Sur l'apparition des myélocytes dans le sang.

Strauss (H.). Zur Diagnose und Therapie der cardiospastischen Speiseröhrenerweiterung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 déc.) — Diagnostic et traitement de la dilatation essentielle de l'œsophage.

Titomanlio (R.). Contributo clinico-sperimentale sul potere assorbente della pleura. (*Policlinico*, partie méd., XI, 12.)

Villanène (K.). Sur la signification de la réaction d'Ehrlich et sur ses rapports avec d'autres réactions colorantes de l'urine (en russe). (*Roussk. Vratch*, 13 nov.)

Wenckebach (K. F.). Arhythmia of the heart; a physiological and clinical study. (Trad. de l'allemand par Th. Snowball.) In-8°, 198 p. avec fig. Londres.

MALADIES INFECTIEUSES

Kermorgant (A.). Notes sur la fièvre jaune à Tampico. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Köhler (F.) et **Behr** (M.). Temperatursuggestionen bei Tuberkulösen. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 nov.)

Kolle (W.), **Hetsch** (H.) et **Otto** (R.). Weitere Untersuchungen über Pest, im besonderen über Pest-Immunität. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVIII, 3.)

Palumbo (G.). Un caso di tubercolosi primaria della milza con ascite chilosa e chilo-torace. (*Policlinico*, partie méd., XI, 12.) — Tuberculose primitive de la rate, avec ascite chyleuse et chylothorax.

Powell (J. L.). Are there other causes of malaria than mosquitos? (*Med. Record*, 19 nov.) — Existe-t-il dans la malaria des causes autres que les moustiques?

Schaps (L.). Welchen Wert hat der Diphtheriebacillennachweis für die Diagnose der Diphtherie im Säuglingsalter? (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 1-3.) — Quelle est la valeur de la constatation du bacille de Löffler pour le diagnostic de la diphtérie chez le nourrisson?

Scozzari (D.). Sulla febbre enterorragica da malaria. (*Gazz. degli Osped.*, 4 déc.)

Stäubli (C.). Zur Technik der Gruber-Widalschen Reaktion. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 nov.)

Tsélios (A.). Αἱμοσφαιρινουρία ἐκ κινίνης. (Γαληνός, avril et nov.) — Hémoglobinurie quinique.

Voskressensky (K.). Un cas de fièvre typhoïde contractée dans un laboratoire (en russe). (*Prakt. Vratch*, 20 nov.)

Wassermann (M.). Beitrag zur Kenntnis der Infectionswege bei Lungentuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 nov.) — Sur les voies d'infection dans la tuberculose pulmonaire.

Wilner (Anna S.). Primary nasal diphtheria; a plea for its early recognition. (*New York Med. Journ.*, 5, 12 et 19 nov.)

Wilson (J. C.). A case of enteric fever complicated by polyuria. (*Med. News*, 19 nov.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Oddo (C.). Plaie de la moelle par instrument tranchant; lésion de l'épicône. (*Marseille méd.*, 15 nov.)

Opocensky (F.). Ueber Beziehungen zwischen Arteriosklerose, Tabes und Pseudotabes. (*Wien. med. Wochensch.*, 12, 19 et 26 nov.)

Parhon (C.) et **Papinian** (J.). Sur les rapports qui existent entre la topographie des paralysies et celle des altérations des centres moteurs dans la poliomyélite antérieure aiguë de l'enfance; étude anatomo-clinique d'un cas de paralysie infantile. (*Journ. de neurol.*, 20 nov.)

Pearce (F. S.). A practical treatise on nervous diseases. In-8°, 401 p. Londres.

Pfersdorff (K.). Die Remissionen der Dementia præcox. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.)

Raviart (G.). Des paralytiques généraux dangereux. (*Echo méd. du Nord*, 4 déc.)

Richardson (W. G.). A case of neuro-fibromatosis, sarcoma, and death. (*Lancet*, 3 déc.)

Schaffer (K.). Ein Fall von ausgedehnter Meningitis syphilitica der Hirnconvexität und Basis. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 nov.)

Soukhanov (S.). Contribution à l'étude de la psychose de Korsakov à évolution prolongée (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 23 oct.)

Spratling (W. P.). Epilepsy and its treatment. In-8°, 522 p. avec fig. Philadelphie.

Taylor (F.). A case of encephalitis cerebelli. (*Lancet*, 19 nov.)

Vollert. Ein Fall von Lähmung des rechten Obliquus superior mit kontralateralen Parästhesien der linken Gesichtshälfte, erworbenem zerebralen Nystagmus und Schwindelerscheinungen; Ausgang in Heilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 nov.) — Paralysie du muscle grand oblique droit, avec paresthésie croisée de la face, nystagmus acquis d'origine cérébrale et vertige; guérison.

Woltär (O.). Wandertrieb bei einer Hysterischen. (*Prag. med. Wochensch.*, 3 nov.) — Automatisme ambulatoire chez une hystérique.

Zur Verth. Ueber das Rindenzentrum für kontralaterale Augen- und Kopfdrehung. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 1-2.) — Sur le centre cortical de la déviation, en sens opposé, des yeux et de la tête.

CHIRURGIE

Hüls. Zur Behandlung eingeklemmter Brüche. (*Therap. Monatsh.*, déc.) — Sur le traitement de l'étranglement herniaire.

Ingals (E. F.). Esophagoscopy and bronchoscopy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 nov.)

Jones (H. W.) et **Allison** (N.). Observations on a series of ten cases of disability of the shoulder joint. (*New York Med. Journ.*, 12 nov.) — 10 cas d'impotence consécutive à une lésion de l'articulation scapulo-humérale.

Kabloukov (A.). La maladie échinococcique en Crimée; 58 opérations pour kystes hydatiques du foie (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 23.)

Kalantariantz (Kalantarov S.). La ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter (en russe). (*Roussk. Vratch*, 27 nov.)

Nettel (H.). Ueber eine Modifikation bei der Herstellung der Gipshanfschiene. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er déc.) — Modification apportée à la confection des attelles plâtrées renforcées de chanvre.

Richardson (M. H.). On certain unavoidable calamities following surgical operations. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1er déc.) — Sur certains accidents inévitables à la suite des interventions chirurgicales.

Rivero (F. H.) et **Ortiz** (P. A.). Contribución á la etiología de las fístulas umbilicales, seguido del juicio crítico correspondiente. In-8°, 44 p. Caracas.

Robson (A. W. Mayo). On the treatment of cancer. (*Lancet*, 3 déc.)

Rodhe (E.). Fall af ensidig mammahypertrofi. (*Hygiea*, nov.) — Hypertrophie mammaire unilatérale.

Schmarda (L. von). Zur operativen Behandlung veralteter Ellbogengelenksluxationen. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, XXV, 12.) — Traitement chirurgical des luxations anciennes du coude.

Schmidt (G.). Ueber das Aneurysma der Arteria axillaris infolge von Schulterverrenkung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 2.) — Anévrysme de l'artère axillaire consécutif à la luxation de l'épaule.

Schmieden (V.). Ueber plastischen Knochenersatz bei der Heilung der Spina ventosa und über die Enderfolge. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 2-4.) — Sur la transplantation ostéoplastique dans la cure du spina-ventosa, et sur ses résultats définitifs.

Schömann. Ein Beitrag zur Behandlung des tuberkulösen Ascites. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 10 déc.) — Sur le traitement de l'ascite tuberculeuse.

Scott (N. S.). Chronic adhesive peritoneal sclerosis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Scudder (C. L.). The technique of resection of the cecum. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 10 nov.)

Seelig (M. G.). The treatment of the stump in appendicectomy; based upon a pathologic and a bacteriologic study of the appendix. (*Ann. of Surgery*, nov.) — Le traitement du moignon dans l'appendicectomie.

Smith (O. C.). Abdominal crises caused by Meckel's diverticulum. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Starkov (A.). Contribution à l'étude des malformations des membres supérieurs (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 5.)

Stein (J.). Ein Fall von Inkarzeration einer Zwerchfellshernie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er déc.) — Etranglement d'une hernie diaphragmatique.

Syms (P.). Remarks on appendicitis, based on an analysis of 219 cases operated upon at Lebanon Hospital up to April 1, 1904. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Taddei (D.). Angioma della ghiandola mammaria. (*Riforma med.*, 6 sept.)

Taylor (E. W.). Pott's disease; treatment at a late stage; remarks on the pathological anatomy. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1er déc.)

Thiem. Zentrale Hirnverletzung nach einem Stoss gegen den Schädel. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, nov.) — Lésion centrale du cerveau après un traumatisme du crâne.

Tourner (G.). Luxation congénitale des genoux (en russe). (*Roussk. Vratch*, 20 nov.)

Trinkler (N.). Totale Exstirpation des Omentum bei Achsendrehung desselben. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 2-4.) — Ablation totale de l'épiploon pour volvulus de cet organe.

Tudor (C.). Ostéosynthèse de la clavicule ou traitement de la fracture du corps de la clavicule par la suture métallique au fil d'argent. (*Bull. de la Soc. des méd. et natural. de Jassy*, juillet-août-sept.-oct.)

Tuffier (Th.). Valeur séméiologique de l'examen du sang en chirurgie. In-8°, 89 p.

Villar (F.). Un cas d'abcès froid thoracique d'origine pulmonaire; pathogénie et traitement des abcès froids thoraciques. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 4 déc.)

Vilmos. Der Entwicklungsgang der Antiseptik und Aseptik. (Trad. du hongrois par G. A. Manninger.) In-8°, 168 p. Breslau.

Viviani (U.). Esostosi solitaria dell'omero destro in un alienato, con due incisioni. In-8°, 13 p. avec fig. Arezzo.

Vogt (R.). Senetransplantationens psyko-fisiologiske forklaring. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, déc.) — Interprétation psychophysiologique des résultats de la ténoplastie.

Wachsmann (S.) et **Pollak** (A. W.). Three cases of primary malignant tumor of the lung. (*Med. Record*, 26 nov.) — 3 cas de cancer primitif du poumon.

Wadsack. Heilung einer schweren Oesophagusnarbenstrictur durch Sondenbehandlung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 déc.) — Rétrécissement cicatriciel très avancé de l'œsophage guéri par le cathétérisme.

Ware (M. W.). Fracture of the tibial tubercle. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Westerman (C. W. J.). Over een met goed gevolg verwijderden tumor van de hersenen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 10 déc.) — Tumeur du cerveau; opération; guérison.

Wiggin (F. H.). On some practical points in abdominal surgery, with special reference to a simple technic for appendicectomy and intestinal anastomosis. (*Lancet*, 19 nov.)

Zuckerkandl (O.). Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre. 3e éd. In-8°, XX-498 p. avec fig. et planches. Munich.

UROLOGIE

Milchner (R.). Ein Beitrag zur Diagnostik der Nierentuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 déc.) — Du diagnostic de la tuberculose rénale.

Moitessier (J.). Sur un cas d'albumosurie de Bence-Jones. (*Montpellier méd.*, 30 oct.)

Motz (B.) et **Cariani** (A.). Contribution à l'étude des adénomes kystiques de l'appareil urinaire. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er sept.)

Münnich (G. E.). Zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 2.)

Muscatello (G.). Per la cura radicale dell'estrofia della vescica. (*Riforma med.*, 26 oct.)

Paschkis (R.). Ueber eine eigenartige kongenitale Harnröhrenfistel. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 nov.) — Sur une fistule congénitale bizarre de l'urèthre.

Petit (J.). Du traitement des calculs de la vessie chez l'homme. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er sept.)

Plattner (R.). Blasensteinbildung nach Pfählungsverletzung. (*Prag. med. Wochensch.*, 24 nov.) — Calculose vésicale, consécutive à l'empalement.

Ransohoff (J.). Stone in the kidney; its diagnosis and operative treatment. (*Med. News*, 26 nov.) — Diagnostic et traitement chirurgical de la lithiase rénale.

Rille. Ueber Phimosis acquisita. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 nov.)

Robinson (B.). The elective line of renal incision; the natural division of the kidneys; Hyrtl's exsanguinated renal zone (zona exsanguinata Hyrtlii). (*New York Med. Journ.*, 10 déc.)

Rydygier. Considérations sur la taille hypogastrique et notamment sur la technique de la suture de la vessie. (*Arch. internation. de chir.*, II, 1.)

Saksagansky (M.). Sur la prostatectomie pour hypertrophie de la prostate (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 5.)

Simon (Ch. E.) et **Campbell** (D. G. J.). A contribution to the study of cystinuria. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, nov.)

Vignolo (Q.). Un contributo clinico e anatomopatologico allo studio de' diverticoli uretrali acquisiti; diverticolo uretrale perineo-scrotale consecutivo a rottura antica traumatica dell'uretra. (*Giorn. ital. delle scienze med.*, 16-31 mai, 1er-15 juin et 16-31 août.)

OPHTALMOLOGIE

Paon. Mécanisme de la déchirure et de la luxation sous-conjonctivale du cristallin d'origine traumatique; anatomie pathologique et pathogénie. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Pooley (Th. R.). A case of conglomerate tubercle of the choroid. (*Med. Record*, 26 nov.)

Sämisch (Th.). Die Krankheiten der Conjunctiva, Cornea und Sklera. I. Teil, 2. Hälfte : Die Krankheiten der Conjunctiva. 2e éd. In-8°, p. 257 à 740, avec fig. Leipzig. — Les affections de la conjonctive.

Sänger (A.). Ueber die Pathogenese der Stauungspapille. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 et 26 nov. et 3 déc.) — Sur la pathogénie de l'œdème papillaire.

Schmidt-Rimpler (H.). Ueber Sehstörungen bei Hornhaut- und Linsentrübungen und ihre Behandlung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 nov.) — Troubles visuels dus aux opacités cornéennes et cristalliniennes et leur traitement.

Schweinitz (G. E. de) et **Shumway** (E. A.). Conjunctivitis nodosa, with histological examination. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, nov.)

Stanculeano (G.). Recherches diagnostiques et thérapeutiques dans la kératite parenchymateuse au moyen de la tuberculine T. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Suter (W. N.). The refraction and motility of the eye. In-8°, 390 p. avec fig. Londres.

Terson (A.). Le traitement opératoire de l'ectropion sénile. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bürger (O.). Zur vaginalen Ovariotomie. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 déc.)

Jacoby. Tod intra partum durch innere Verblutung infolge Ruptur eines Mesenterialgefässes. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 déc.) — Mort par hémorrhagie interne due à la rupture d'un vaisseau mésentérique pendant l'accouchement.

Jaworski (J. von). Ueber die Bedeutung der subkutanen Injektionen von Serum artefticiale bei der Puerperalinfektion. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 nov.)

Jayne (W. A.). Operative treatment of retroversion and retroflexion of the uterus. (*Med. News*, 26 nov.)

Kanneguisser (N.). Développement de l'œuf fécondé dans l'ovaire (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, nov.)

Kubinyi (P. von). Entfernung eines von Blasensteinen umgebenen Gänsekieles aus der Harnblase; Beitrag zur Kasuistik der Erkrankungen der Cauda equina, respective des Conus medullaris. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 nov.) — Extraction d'une plume d'oie introduite dans la vessie et englobée dans des calculs urinaires.

Leith (R. F. C.). 3 cases of chorion-epithelioma. (*Brit. Med. Journ.*, 19 nov.)

Leo (A.). Ueber die diagnostische und prognostische Bedeutung der mikroskopischen Untersuchung des Lochialsekrets. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 nov.)

Lippert (W.). Beitrag zur Klinik der Ovarialtumoren. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 2.)

Magniaux. Embryotomie. (*Normandie méd.*, 1er déc.)

Martin (C.). A case of chorion-epithelioma. (*Brit. Med. Journ.*, 19 nov.)

Mironov (M.). Le traitement des affections inflammatoires des annexes et du péritoine pelvien et ses résultats (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, nov.)

Montgomery (E. E.). Practical gynecology. 2e éd. In-8°, 900 p. avec fig. Londres.

Nacke (W.). Beitrag zur Symptomatologie der Retroflexio uteri mobilis. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 nov.)

Orlov (V.). Un cas d'opération césarienne répétée pour bassin généralement rétréci (en russe). (*Roussk. Vratch*, 27 nov.)

Richelot (L.-G.). Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale. (*Gynécologie*, oct.)

Rosner (A.). Ein Fall von Hernia abdominalis uteri gravidi. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 déc.)

Rouzsky (E.). De la myosalpingite hypertrophique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 11 déc.)

Savage (S.). An early case of chorion-epithelioma following hydatidiform mole; vaginal hysterectomy; recovery. (*Brit. Med. Journ.*, 19 nov.)

Schäffer (O.). Ueber die Genese, Diagnose und Therapie der Pyo-Tuboovarialcysten. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 2.)

Schenk (F.) et **Scheib** (A.). Zur Differenzierung von Streptokokken aus Uteruslochien normaler Wöchnerinnen; Beitrag zur Biologie des Streptococcus pyogenes. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 nov.)

Schwab (M.). Zur Frage der Opitz'schen Schwangerschaftsdrüsen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 nov.) — Sur les glandes d'Opitz.

Sellman (W. A.). Operative treatment for painful menstruation in young virgins. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Traitement chirurgical de la menstruation douloureuse chez les jeunes filles.

Stenner (B.). Hydramnios aigu causé par traumatisme. (*Bull. de la Soc. des méd. et natural. de Jassy*, juillet-août-sept.-oct.)

Stolz (M.). Die subkutane Paraffininjektion Gersunys und ihre Verwertung in der Gynäkologie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.)

Stratievsky (L.). Contribution à l'étude de l'opération de Porro (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, nov.)

Thomson (H.). Zur operativen Behandlung der chronischen puerperalen Uterus-Inversion. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 déc.)

Toff (E.). Ueber die Gefahren der Sublimatanwendung in der Geburtshilfe. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 déc.) — Sur les dangers inhérents à l'emploi obstétrical du sublimé corrosif.

Tomsohn (G.). Cancer primitif des trompes de Fallope (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, nov.)

Véron (F.). A propos d'un cinquième accouchement chez une femme à canal utéro-vaginal double. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 4.)

Voff (I.). Grossesses extra-utérines répétées (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 déc.)

Wilson (Th.). A case of malignant chorion-epithelioma. (*Brit. Med. Journ.*, 19 nov.)

Windsor (C. W.) et **Fairbairn** (J. S.). A case of deciduoma malignum (chorion-epithelioma). (*Brit. Med. Journ.*, 19 nov.)

Wormser (E.). Ueber die Verwendung von Adrenalin-Kokain in der Geburtshilfe und Gynäkologie. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er déc.) — Emploi du mélange d'adrénaline et de cocaïne en obstétrique et en gynécologie.

Zinke (E. G.). The relative value of the means and methods employed in « accouchement forcé ». (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Escat (E.). Trois cas de nécrose du limaçon terminés par l'élimination spontanée. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 22 oct.)

Favorsky (N.). Quelques observations relatives à l'emploi de l'extrait de glandes surrénales dans les maladies du nez et du pharynx (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 4 déc.)

Hammond (Ph.). The palliative treatment of acute mastoiditis and its limitations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 nov.)

Head (G. P.). The hot-water douche in treatment of chronic catarrhal deafness. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 nov.) — Traitement, par la douche d'eau chaude, de la surdité due à l'otite catarrhale chronique.

Henrici et **Häffner**. Bedingen Eiterungen der Nasennebenhöhlen eine Einengung des Gesichtsfeldes? (*Münch. med. Wochensch.*, 6 déc.) — Les suppurations des cavités accessoires du nez déterminent-elles un rétrécissement du champ visuel?

Löwe. Zur Chirurgie der Nase. (*Wien. med. Wochensch.*, 12 et 19 nov.) — Chirurgie du nez.

Luc. Méthodes combinées pour l'ouverture large des cavités nasales. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 22 oct.)

Pugnat (A.). Etude sur les parésies réflexes et sur les troubles du langage et de l'écriture d'origine auriculaire. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 3 déc.)

Randall (B. A.). The treatment of otitic septicemia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 nov.)

Roy (D.). A case of bilateral tuberculosis of the middle ear in an infant. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 nov.) — Tuberculose bilatérale de l'oreille moyenne chez un nourrisson.

Royet (H.). Sur le syndrome qui est la conséquence des symphyses salpingo-pharyngiennes, en particulier au point de vue otique. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 5 nov.)

Taptas. De la mastoïdite suppurée aiguë latente comme complication de l'otite moyenne aiguë catarrhale. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 22 oct.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Boas (J.). Zur Technik der Bandwurmkuren. (*Therap. Monatsh.*, déc.) — Sur le *modus faciendi* dans le traitement du tænia.

Consiglio (P.). Cura tiroidea in un caso di emicrania oftalmica. (*Gazz. degli Osped.*, 20 nov.)

Ferrannini (L.). Gli effetti delle ipodermoclisi clorurate nelle nefriti in rapporto alle moderne teorie sull'azione della clorurazione nelle malattie renali. (*Riforma med.*, 19 oct.)

Grixoni (G.). La sieroterapia antistreptococcica nell'erisipela. (*Giorn. med. del R.° Esercito*, oct.)

Hamilton (A. G.). Antistreptococcus serum in puerperal septicemia and scarlet fever. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Krafft (Ch.). Tétanos traumatique et sérothérapie préventive. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov.)

Lambert (S. W.). Medical treatment of gastric ulcer. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Latham (P. W.). On the action of perchloride of iron in blood poisoning and other disorders. (*Lancet*, 19 nov.) — Action du perchlorure de fer dans les empoisonnements du sang et dans certaines autres affections.

Mayor (A.). Cacodylate et vanadate de soude. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov.)

Morison (A.). The treatment of the muscular, hæmic, and mechanical, factors in heart disease. (*Edinburgh Med. Journ.*, oct. et nov.) — Le traitement des maladies du cœur.

Müller (O.), **Inada** (R.) et **Romberg**. Zur Kenntnis der Iodwirkung bei Arteriosclerose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 nov.)

Norström (G.). The study of sprain and its treatment by massage. (*Med. Record*, 19 nov.) — L'entorse et son traitement par le massage.

Pincus (L.). Die Bedeutung der Atmokausis und Zestokausis für die allgemeine Praxis. (*Berlin. Klinik*, déc.)

Räbiger. Ueber Hydrotherapie bei Chlorose. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, VIII, 8 et 9.)

Reese (F. De W.). The treatment of pneumonia. (*Med. Record*, 26 nov.)

Rimbaud (L.). Essai d'immunisation et de préparation d'un sérum antituberculeux, au moyen « d'extraits de ganglions tuberculeux ». (*Montpellier méd.*, 4 et 11 déc.)

Robinson (B.). Some unsettled and important problems in the treatment of acute lobar pneumonia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Rounov (N.). Contribution au traitement de l'occlusion intestinale par l'atropine (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 4 déc.)

Sainton (P.) et **Pisante** (B.). Trois cas de goitre exophtalmique traités par le sang et le sérum de moutons éthyroïdés. (*Rev. neurol.*, 30 nov.)

Tselios (A.). Ἐρεθιστικὴ ἰδιότης τοῦ ἰωδοφορμίου. (Γαληνός, oct.). — Action irritante de l'iodoforme.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Hartigan (T. J. P.). The treatment of « port wine » nævus by radium bromide. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, déc.)

Holzknecht (G.). System der Strahlungstherapien, mit besonderer Berücksichtigung ihrer physikalisch-chemischen Wirkungsweise. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 nov.) — La radiothérapie, surtout au point de vue de son mode d'action physico-chimique.

Joachim et **Kurpjuweit**. Ueber die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er déc.)

Johnston (G. C.). The treatment of epithelioma by means of the Röntgen ray. (*Amer. Medicine*, 19 nov.)

Leonard (Ch. L.). The Röntgen treatment of malignant disease of the breast. (*Amer. Medicine*, 3 déc.) — Radiothérapie du cancer du sein.

Moritz (F.). Ueber Veränderungen in der Form, Grösse und Lage des Herzens beim Uebergang aus horizontaler in vertikale Körperstellung; zugleich ein zweiter Beitrag zur Methodik der Orthodiagraphie, insbesondere zu der Frage, wie die Orthodiagramme auszumessen seien, und welche Körperstellung für die Orthodiagraphie des Herzens zu wählen sei. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 1-2.) — Sur la radioscopie du cœur.

Nash (J. T. C.). Memorandum on the red light treatment of small-pox. (*Lancet*, 26 nov.) — Du traitement de la variole par la lumière rouge.

Pfahler (G. E.). Cerebral skiagraphy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Ricketts (T. F.) et **Byles** (J. B.). Further note on the red light treatment of small-pox. (*Lancet*, 26 nov.) — Sur le traitement de la variole par la lumière rouge.

Schenck (E.). Ueber die Behandlung der Leukämie durch Röntgenstrahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 nov.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Deshayes. De la cure d'air en Normandie : son historique. (*Normandie méd.*, 15 déc.)

Jaquet (A.). Ueber die physiologische Wirkung des Höhenklimas. In-8°, 74 p. Bâle. — De l'action physiologique du climat d'altitude.

Keller (A.). Studien zur Behandlung skrophulöser Kinder. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LX, 6.)

Kuthy (D.). Seeklima und Tuberkulose. (*Wien. med. Presse*, 20 nov.) — Climat maritime et tuberculose.

Vetter (L.). Das Bad der Neuzeit und seine historische Entwicklung. In-8°, 261 p. avec fig. Stuttgart. — Etude historique du bain.

BACTÉRIOLOGIE

Beattie (J. M.). The Micrococcus rheumaticus; its cultural and other characters. (*Brit. Med. Journ.*, 3 déc.)

Hewetson (J. T.). The bacteriology of certain parts of the human alimentary canal and of the inflammatory processes arising therefrom. (*Brit. Med. Journ.*, 26 nov.)

Kayser (H.). Ueber den Typus A des Bacterium paratyphi, Typhus-Serumerfahrungen und zur Mischinfectionsfrage. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er déc.)

Klein (E.). On the life-history of saprophytic and parasitic bacteria and their mutual relation. (*Lancet*, 26 nov.)

Levy (E.). Zur Morphologie und Biologie der Tuberkelbacillen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.)

Palier (E.). The bacteria of the stomach. (*Med. Record*, 19 nov.)

GÉNÉRALITÉS

Annuaire statistique de la ville de Paris (vingt-troisième année, 1902). In-8°, XXXII-863 p.

Bullettino della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma (anno XXIII, 1903). In-8°, 254 p. avec fig. Rome.

Landouzy (L.). Notes d'un voyage médical en Danemark. In-8°, 44 p. avec fig.

Lhomme. Notes sur la léproserie de Pondichéry. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Zanotti (P.). La determinazione del sesso tentata con le citolisine. (*Riforma med.*, 20 sept.)

VARIA

Le tabagisme professionnel chez la femme, au point de vue de la reproduction.

Les avis sont encore partagés sur l'influence que peut avoir l'intoxication professionnelle par le tabac, chez la femme, en ce qui concerne la marche et l'issue de la gestation : alors que certains auteurs estiment à 45 % la proportion des avortements ou des accouchements prématurés, chez les ouvrières des manufactures de tabac, d'autres considèrent que les accidents de la grossesse, dans ce milieu spécial, ont une fréquence sensiblement normale. Voici quels sont les résultats de l'enquête que M. le docteur Guido Pieraccini a pu faire sur ce point à la clinique obstétricale de l'Ecole supérieure de médecine de Florence et qu'il a publiés tout récemment dans la *Clinica moderna :*

Dans la décade 1894-1903, 84 cigarières enceintes furent hospitalisées dans cet établissement; sur ce nombre, 49 accouchèrent à terme, 16 accouchèrent prématurément, 15 avortèrent, 4 eurent des menaces d'avortement. Selon que l'on compte ou non ces 4 dernières femmes (elles quittèrent la clinique et on ne les revit plus, mais il faut ajouter qu'une d'elles, au moment de son départ, était en plein travail d'avortement, et qu'une autre, sur 3 grossesses antérieures, avait eu 2 fausses couches), c'est donc une proportion de 36.9 % ou de 41.6 % de grossesses interrompues avant terme; or, les évaluations les plus pessimistes ne portent pas à plus de 20 % la proportion générale des avortements ou des accouchements prématurés.

De plus, les antécédents obstétricaux de ces 84 femmes comprennent 469 autres grossesses, dont 386 menées à terme, et 83 interrompues par un accouchement prématuré ou un avortement : la proportion est ici de 21.50 %. Enfin, si l'on réunit ces deux statistiques, on arrive à un total de 553 grossesses, dont 435 normales et 118 traversées par un accident, soit, pour ces dernières, une proportion de 25.10 %.

On sera frappé de la différence considérable qui existe dans la fréquence des accidents, suivant que l'on considère les grossesses les plus récentes ou au contraire celles qui les ont précédées, quoique pour celles-ci la proportion soit déjà quelque peu supérieure à la normale. La raison de cette discordance est facile à concevoir : c'est que certaines de ces femmes ont été mères avant de commencer à travailler à la manufacture de tabac, et d'ailleurs l'intoxication nicotinique professionnelle est essentiellement lente dans sa marche, si bien qu'elle ne fait sentir ses effets qu'au bout de plusieurs années.

Il est à remarquer, en outre, que la fécondité des cigarières paraît élevée, puisque ces 84 femmes ont eu 553 grossesses, soit un chiffre moyen de 6.5. On en peut conclure que le tabagisme chronique, s'il met la femme en état d'infériorité notable au point de vue de la bonne marche de la gestation, ne porte au contraire nullement obstacle à la fécondation.

TRAVAUX ORIGINAUX

La guérison du myxœdème par la greffe thyroïdienne.

Depuis notre travail de l'année passée sur la greffe thyroïdienne chez l'homme (1), nous avons eu l'occasion de faire un certain nombre de nouvelles greffes et de poursuivre l'observation de nos anciens opérés.

I

Dans notre premier mémoire, nous insistions surtout sur un fait qui avait été méconnu par tous les chirurgiens qui nous avaient précédé dans cette voie, à savoir que le tissu thyroïdien transplanté est capable de reprendre, de se régénérer et de se vasculariser, de manière à constituer un véritable « organe néo-thyroïdien ». Cette démonstration avait été faite pour les animaux il y a douze ans déjà (2), mais il était nécessaire de prouver qu'il en était de même pour l'homme. Or, il résultait de notre étude que des greffes pratiquées chez l'homme d'après une méthode et avec des précautions particulières présentaient, si on les extirpait après deux, six et quinze mois, une structure thyroïdienne parfaite et une très riche vascularisation.

Nous n'avions pas beaucoup insisté à ce moment sur les résultats cliniques de ces tentatives, parce que nous voulions poursuivre l'observation de nos malades pendant longtemps encore, afin de nous mettre complètement à l'abri de toute interprétation trop optimiste.

En effet, pour les cas où notre intervention avait été motivée par l'existence d'un myxœdème, d'une des formes du crétinisme ou d'une autre manifestation de l'insuffisance thyroïdienne, on aurait pu nous objecter que la greffe n'avait agi que comme un traitement thyroïdien par injection ou ingestion, la persistance de la guérison ou de l'amélioration pouvant être expliquée par le développement tardif — comme la chose a été observée — d'un organe thyroïdien jusque-là atrophié.

La même objection aurait pu être opposée aux observations où l'on avait pratiqué la *greffe préventive*, dans des cas où une lésion maligne avait nécessité l'ablation totale du corps thyroïde. Ces malades, il est vrai, sont demeurés indemnes des troubles fâcheux, voire même mortels, que nous avons vu apparaître chez un autre patient, opéré dans les mêmes conditions, mais chez lequel la greffe n'avait pu être faite. On aurait pu soutenir néanmoins que l'apparition des troubles athyroïdiques n'est pas constante : des organes thyroïdiens aberrants, qu'il est impossible de constater cliniquement, peuvent en préserver l'organisme.

Ce n'est donc qu'en suivant longtemps nos opérés, et en multipliant les observations, que nous pourrons arriver à une démonstration péremptoire des fonctions des greffes thyroïdiennes, car un grand nombre de malades souffrant d'insuffisance thyroïdienne ne sont pas des athyroïdiques complets, mais bien des *athyroïdiques partiels* ou des *dysthyroïdiques*, c'est-à-dire des sujets possédant encore, quoique altérées, des traces de la glande thyroïde.

Pour fournir, des effets de la greffe thyroïdienne chez l'homme, une démonstration pouvant être comparée à celle que nous en avons donnée chez les animaux, il nous fallait un fait où il y eût la certitude que *la glande thyroïde était totalement absente*, où les symptômes typiques de cette absence totale fussent manifestes et où l'organisme enfin se trouvât dans des conditions générales (surtout d'âge) favorables à une reprise des greffes.

Il nous a été justement donné d'observer et de traiter l'année dernière un cas répondant à ces conditions, et le résultat de notre intervention a parfaitement répondu à notre attente.

II

Il s'agit d'une jeune fille de vingt et un ans, Anglaise d'origine, née de parents bien portants; elle a deux frères et deux sœurs, tous en bonne santé; elle est la quatrième née de la famille. Sa santé a été très bonne jusqu'à l'âge de quinze ans; mais, à cette époque, elle a commencé à souffrir de troubles divers qui, sans caractère bien défini tout d'abord, s'accentuèrent petit à petit de manière à constituer au bout d'environ deux ans le tableau du myxœdème accompagné de gêne respiratoire.

Dans ces conditions, le médecin traitant tint à avoir l'avis de Sir Victor Horsley (de Londres) qui, en présence des troubles respiratoires graves, dut procéder à une thyroïdectomie unilatérale le 19 avril 1902; le lobe thyroïdien extirpé était complètement dégénéré. L'état général et local ne s'étant pas amendé, une deuxième opération fut jugée nécessaire et le 8 mai 1903 toute la partie restante de la glande fut enlevée.

Ces opérations très radicales, nécessitées par les graves troubles locaux, n'étaient évidemment pas de nature à améliorer l'état général : aussi les lésions de myxœdème s'aggravèrent-elles et, tant au point de vue physique que psychique, la malade présenta bientôt le tableau le plus complet de cette affection. Un traitement thyroïdien par ingestion d'extrait liquide de glande thyroïde fut institué et on put ainsi obtenir une amélioration très considérable. Cette médication cependant ne fut jamais capable de faire disparaître entièrement les tuméfactions myxœdémateuses; il persistait toujours, bien qu'à un moindre degré qu'auparavant, de l'épaississement du pannicule adipeux sous-cutané de la face et du cou, de gros lipomes sus-claviculaires et de l'empâtement des hanches et des seins; il y avait en outre, constamment, de l'œdème des jambes.

La dose d'extrait thyroïdien nécessaire pour obtenir un bien-être relatif était de 30 gouttes *pro die*, à prendre en trois rations de 10 gouttes, une le matin, la seconde à midi, la troisième le soir. Une dose de beaucoup supérieure à 10 gouttes amenait du thyroïdisme (agitation, palpitations cardiaques, etc.); une quantité moindre, ou l'oubli, ou même le retard dans la prise du remède à l'heure habituelle, était très rapidement suivi d'abattement, avec regard terne, apathie et, enfin, accentuation des infiltrations sous-cutanées. Si la malade restait au repos, son état était satisfaisant, mais le moindre excès — promenade trop longue, jeux, soirée, etc. — entraînait un état consécutif de prostration plus ou moins considérable. Quand elle voulait mieux supporter une fatigue, cette jeune fille était obligée de porter de 10 à 12 gouttes la dose correspondante d'extrait (Voir *graphique 1*).

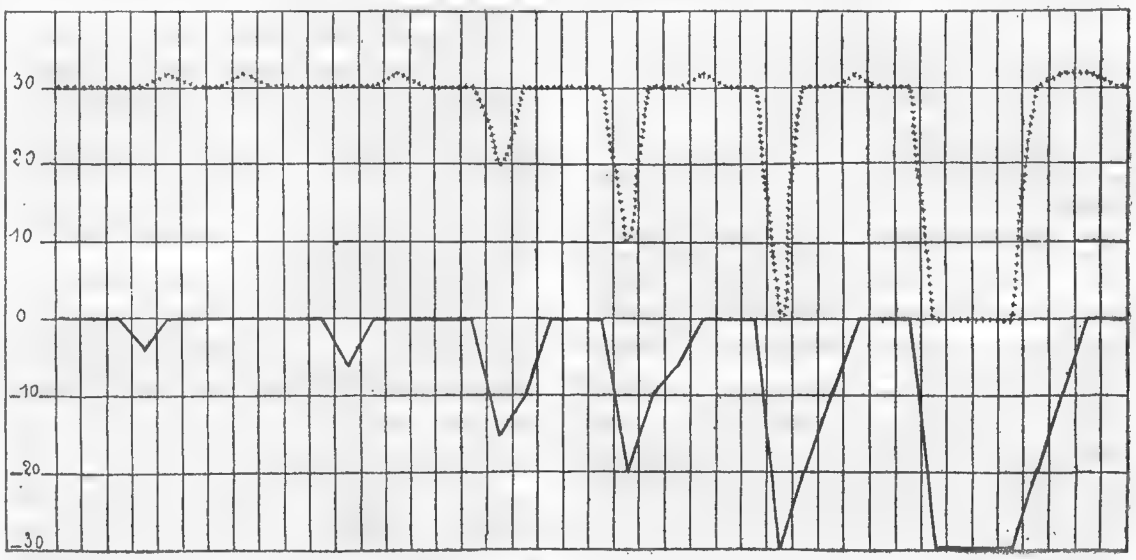


Fig. 1.

Schéma de l'état de la malade avant les greffes thyroïdiennes.

Dans ce graphique comme dans les suivants, le trait pointillé indique la dose d'extrait thyroïdien (exprimée en gouttes); le trait plein correspond à l'état de la malade, compté de — 30 à + 30 : — 30, état de myxœdème complet; 0, état passable (maximum de bien-être procuré par la médication thyroïdienne); + 30, état de bien-être parfait.

En face d'un état aussi lamentable, les parents, désespérés de savoir qu'il n'y avait aucun espoir de guérison spontanée, après avoir consulté plusieurs spécialistes, s'adressèrent à M. le professeur Charrin (de Paris) qui eut l'idée de recourir à la seule méthode qui pût donner une guérison radicale : *la greffe thyroïdienne*.

C'est à ce moment que nous fûmes appelé auprès de la malade et, d'accord avec M. Charrin, nous décidâmes de procéder à la greffe en semis, faite avec de la substance thyroïdienne humaine. Cette semence thyroïdienne devait être puisée pendant une extirpation partielle de la glande en état d'hypertrophie, sur des parties histologiquement normales. Nous reviendrons ultérieurement sur l'importance du choix de la graine thyroïdienne, aussi n'est-ce pas ici le lieu d'y insister.

III

Chaque fois qu'on procède à la greffe thyroïdienne chez l'homme, dans un but curatif, le premier problème qui se pose concerne le *dosage*, la *posologie* pourrait-on dire, de l'agent thérapeutique : combien de substance thyroïdienne faut-il greffer pour obtenir un résultat fonctionnel suffisant?

Les données que nous ont fournies l'expérimentation et la clinique ne peuvent être ici appliquées à la lettre : en effet, s'il est prouvé qu'il y a dans la glande thyroïde une « fonction de luxe », c'est-à-dire que l'organisme peut vivre et se bien porter avec une proportion de glande thyroïde notablement inférieure au poids de la glande entière, encore faut-il prendre en considération que la portion restante de cette glande est, en pareille occurrence, normale ou du moins normalement vascularisée, et capable de fonctionner immédiatement. Or, tel n'est pas le cas des greffes, qui se trouvent pendant les premiers temps dans des conditions d'infériorité physiologique très prononcée.

En outre, la quantité minima de substance thyroïdienne nécessaire pour maintenir la vie

(1) H. Cristiani. La greffe thyroïdienne chez l'homme. (*Semaine Médicale*, 1904, p. 81-83.)

(2) H. Cristiani. La thyroïdectomie chez le rat blanc. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 5 sept. 1892, et *Semaine Médicale*, 1892, p. 357.) — De la greffe thyroïdienne en général et de son évolution histologique en particulier. (*Arch. de physiol.*, janv. 1895.)

et la santé chez un animal partiellement éthyroïdé varie, même si l'on tient compte de la taille, dans des proportions très considérables d'une espèce à l'autre. Pour l'homme, les résultats de nombreuses extirpations ont montré qu'une partie assez faible du corps thyroïde suffit pour assurer la fonction thyroïdienne, mais il ne faut pas oublier qu'on pratique chez l'homme l'extirpation de l'organe *malade* et que par conséquent l'organisme est déjà accoutumé à un fonctionnement défectueux du corps thyroïde, voire même que parfois des glandes accessoires hypertrophiées (qu'il ne faut pas confondre avec les glandes parathyroïdes) ont pu entrer en jeu.

Nous devons donc avouer notre impuissance à déterminer *a priori* d'une manière exacte la quantité de substance thyroïdienne qu'il faut greffer chez chaque malade. Dans le cas particulier de notre jeune fille, quoique de très nombreuses expériences sur les animaux nous eussent montré, d'abord la proportion relativement minime de glande qu'il suffit de greffer pour avoir un résultat satisfaisant, et en second lieu la facilité avec laquelle les petites greffes faites dans de bonnes conditions s'hypertrophient (1), nous étions perplexes et hésitions à fixer cette quantité.

Cependant, la longue observation de la malade par sa famille, qui avait minutieusement étudié tous les symptômes, et la certitude qui en résultait que, pour maintenir son organisme dans l'état qui se rapprochait le plus de la normale, il lui fallait ingérer dans les vingt-quatre heures 30 gouttes d'extrait thyroïdien, devaient nous fournir un excellent moyen de mesurer les effets de la greffe.

IV

Il y a lieu de distinguer dans l'évolution des greffes thyroïdiennes trois périodes : la période de résorption de la partie périphérique des greffes; la période d'organisation de celles-ci et la période de fonctionnement normal. Ces trois périodes, évidemment, ne s'observent que si les greffes sont faites dans de bonnes conditions, si elles *réussissent*. Dans les greffes mal exécutées ou dans les greffes hétérothyroïdiennes, la première période seule survient; de là l'amélioration immédiate signalée par tous les observateurs qui ont greffé chez l'homme des thyroïdes d'animaux.

Dans nos greffes thérapeutiques, la période de résorption périphérique dure peu : quelques jours seulement. Ses effets ont cependant toujours été très remarquables : il est pour nous hors de doute que la résorption sous-cutanée de la substance thyroïdienne humaine est incomparablement plus efficace que l'ingestion de glande thyroïde animale, et ceci indépendamment de la quantité de glande résorbée; l'action, à notre avis, est plutôt qualitative que quantitative.

(1) H. Cristiani. De l'accroissement des greffes thyroïdiennes. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv. 1901.)

La durée de la période de reconstitution varie selon la grandeur de la greffe. Depuis que nous employons les greffes en semis, c'est-à-dire les petites greffes — grosses à peu près comme des grains de blé, elles pèsent environ 0 gr. 10 centigr. —, cette période dure relativement peu, et nous arrivons ainsi à atteindre très rapidement la *période d'état :* au bout de six semaines, au maximum, la néothyroïde se trouve, tant au point de vue épithélial qu'au point de vue vasculaire, dans des conditions histologiques se rapprochant de celles de la glande normale.

Cela étant, et dans l'impossibilité de déterminer la quantité de tissu thyroïdien nécessaire au fonctionnement normal de l'organisme de notre malade, nous avons pris un chiffre minimum : nous craignions, en effet, en greffant une quantité excessive, de provoquer du thyroïdisme, comme cette jeune fille en éprouvait quand elle augmentait le nombre de gouttes d'extrait qu'elle prenait.

Evaluant d'une manière très approximative le poids de la glande thyroïde d'un adulte à 20 grammes, et tenant compte que des sujets peuvent vivre sans symptômes marqués d'athyroïdisme, après extirpation partielle de l'organe, avec une parcelle de glande thyroïde qu'on peut évaluer au dixième du poids total, nous décidâmes de greffer chez notre malade une quantité à peu près équivalente. La transplantation d'une quantité de tissu thyroïdien relativement faible nous permettait donc d'éviter les inconvénients qui pouvaient résulter d'une absorption brusque et excessive de substance thyroïdienne et plaçait nos petites néothyroïdes dans des conditions favorables à leur hypertrophie consécutive (1).

V

Le 6 juillet 1904, nous transplantons donc, sous narcose à l'éther, seize parcelles thyroïdiennes d'environ 0 gr. 10 centigr. chacune : ces greffes, provenant de tissu thyroïdien de bonne qualité (partie saine de deux lobes de corps thyroïde atteints d'hypertrophie), sont introduites par quatre incisions cutanées de 2 centimètres environ dans des tunnels à directions différentes, creusés dans le tissu conjonctif (2). Une de ces incisions est pratiquée à la partie antérieure de la poitrine, sur le sternum, entre les deux seins; deux autres incisions sont faites de chaque côté du thorax, sur la ligne axillaire postérieure, à peu près à la hauteur des seins : dans chacune de ces trois incisions sont introduites quatre greffes. Une quatrième incision, au niveau de la cicatrice du cou à gauche (extirpation précédente du corps thyroïde) reçoit trois greffes. Enfin nous avons tenu à pratiquer une greffe dans le pavillon de l'oreille gauche, d'après la méthode que nous employons maintenant chez les animaux et qui nous a donné de si bons résultats (1). Cette dernière greffe dans l'oreille était destinée à faciliter l'observation de l'évolution consécutive du tissu transplanté.

(1) H. Cristiani. Hypertrophie compensatrice des greffes thyroïdiennes. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 20 juin 1903.)

(2) H. Cristiani. Greffe thyroïdienne et ensemencement thyroïdien. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, oct. 1902.)

La quantité de tissu greffé étant relativement minime (1/10 environ du poids total de la glande), nous nous proposions de surveiller strictement chez la malade les symptômes d'insuffisance thyroïdienne qui vraisemblablement ne tarderaient pas à se manifester dès que la période de résorption serait finie. Nous étions décidé à ne pas laisser l'organisme trop longtemps en état d'insuffisance, pour ne pas épuiser ces jeunes greffes (2), et d'un autre côté à ne pas le saturer d'extrait thyroïdien, pour ne pas produire, faute de besoin, l'atrophie de ces organes de nouvelle formation (3). Nous comptions aussi pouvoir reconnaître, grâce aux données que nous possédions sur les besoins quotidiens de notre malade en suc thyroïdien, dans quelle proportion ce besoin avait été satisfait par nos greffes.

Les suites immédiates de notre intervention furent, comme il fallait s'y attendre, très satisfaisantes; le myxœdème, dont il persistait des traces très manifestes, notamment aux joues, au cou, aux seins, aux hanches, disparut complètement : on observa en trois jours une véritable métamorphose de cette jeune fille qui, se dépouillant de son empâtement comme d'un lourd manteau, en sortit allégée, élancée et agile. Pour épargner les greffes, nous ne cessâmes pas complètement l'administration d'extrait thyroïdien : la dose quotidienne varia entre 5 et 20 gouttes par jour, ce dernier chiffre étant exceptionnel, comme on peut le voir sur le *graphique 2*.

La malade éprouva un extraordinaire bien-être pendant la première semaine; elle continua à bien se porter la semaine suivante, mais, quoiqu'elle se trouvât toujours beaucoup mieux qu'avant l'opération, l'amélioration était un peu moins marquée; elle diminua encore durant la troisième semaine, époque qui coïncida avec la chaleur excessive du mois de juillet 1904, sans compter la fatigue qu'imposèrent à cette jeune fille plusieurs longs voyages, avec des abus de sport, auxquels elle se livrait avec d'autant plus d'enthousiasme qu'elle en avait été plus longtemps privée. Enfin, cette période

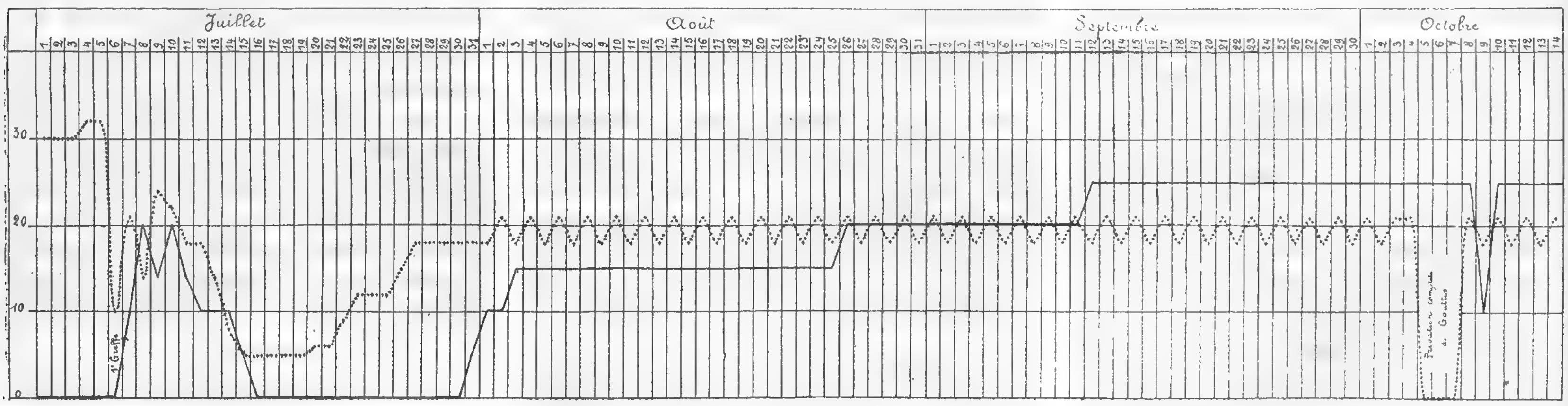


Fig. 2.

Parallèle quotidien entre l'état de la malade et la dose d'extrait thyroïdien absorbée, à la suite de la première greffe. (Même légende que *fig. 1.*)

(1) H. Cristiani. Transplantation de tissu thyroïdien dans des régions transparentes. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 30 mai 1903.)

(2) H. Cristiani. Surmenage et sclérose des greffes thyroïdiennes. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 29 décembre 1900.)

(3) H. Cristiani. Dégénérescence et atrophie expérimentale des greffes thyroïdiennes par ingestion à dose toxique de pastilles de glande thyroïde. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 14 janvier 1905.)

de dépression coïncida surtout avec une diminution excessive de la dose quotidienne d'extrait thyroïdien (de 4 à 6 gouttes, au lieu de 30).

On observa à ce moment l'apparition, par places, d'un peu d'enflure. Un repos relatif, l'augmentation du nombre des gouttes (de 6 à 12 et même à 18) amenèrent une amélioration très rapide, et la malade m'écrivait à cette époque qu'elle considérait son état comme étant meilleur qu'à aucun autre moment depuis le début de l'affection.

La situation ne subit aucun changement pendant les mois d'août et de septembre; au commencement d'octobre, nous examinions de nouveau la patiente à Paris avec M. Charrin.

Nous constatâmes que les œdèmes avaient à peu près complètement disparu, que la plupart des greffes pouvaient être retrouvées à la palpation, enfin que la greffe de l'oreille était perceptible et visible par transparence, quoique aplatie et pâle.

La jeune fille fut soumise pendant trois jours à une abstention totale d'extrait thyroïdien et supporta cette épreuve très brillamment : on n'observa qu'un léger abattement à la fin du troisième jour. Nous n'avons pas voulu pousser plus loin cette épreuve, que la malade n'aurait pu auparavant supporter sans présenter les manifestations les plus graves.

Au total, avec une dose maxima de 18 à 21 gouttes, le bien-être était complet et bien supérieur à celui que procuraient auparavant des doses de 30 et 32 gouttes; l'amélioration persistait, mais à un moindre degré, lorsqu'on diminuait le nombre des gouttes; des phénomènes de thyroïdisme apparaissaient au contraire quand on l'augmentait. Nous en conclûmes qu'il existait chez notre opérée une fonction thyroïdienne, mais que cette fonction était quantitativement insuffisante; et nous estimâmes la fonction thyroïdienne existante, d'après la quantité d'extrait thyroïdien nécessaire pour produire actuellement le bien-être, comparée à celle qui était nécessaire précédemment (une vingtaine de gouttes au lieu de 30), *au tiers* environ du minimum indispensable. Nous décidâmes alors une nouvelle intervention, dans laquelle nous nous proposions de greffer une quantité de tissu thyroïdien à peu près double de celle que nous avions greffée la première fois.

Cette seconde opération fut pratiquée le 22 octobre 1904; 28 greffes furent introduites par quatre incisions : une à la partie antérieure de l'avant-bras gauche, deux sur le côté gauche du thorax, une sur le côté droit.

Le tissu thyroïdien employé provenait d'une jeune fille de vingt ans, atteinte d'hypertrophie thyroïdienne : l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un tissu présentant une dilatation des alvéoles avec beaucoup de substance colloïde; l'épithélium était en bon état et il n'y avait pas de lésions inflammatoires ni dégénératives.

Les suites de cette nouvelle intervention furent aussi heureuses que celles de la première, avec cette particularité que cette fois-ci l'amélioration persista et augmenta malgré la diminution et même la suppression totale des gouttes.

En effet, comme le montre le *graphique 3*, pendant les quatre jours qui suivirent l'opération, la malade ne prit pas de gouttes; les quatre jours suivants elle en prit de 8 à 12, ensuite de 4 à 8 par jour jusqu'au troisième mois où il n'en fut plus administré que 4 de temps à autre (1), et enfin plus du tout.

Il est même intéressant de remarquer que lorsque, dans les derniers temps, la malade prenait par excès de précaution un peu plus d'extrait que la dose qui lui était permise (10 gouttes au lieu de 4 à 8), on voyait survenir des manifestations de thyroïdisme : agitation et palpitations de cœur.

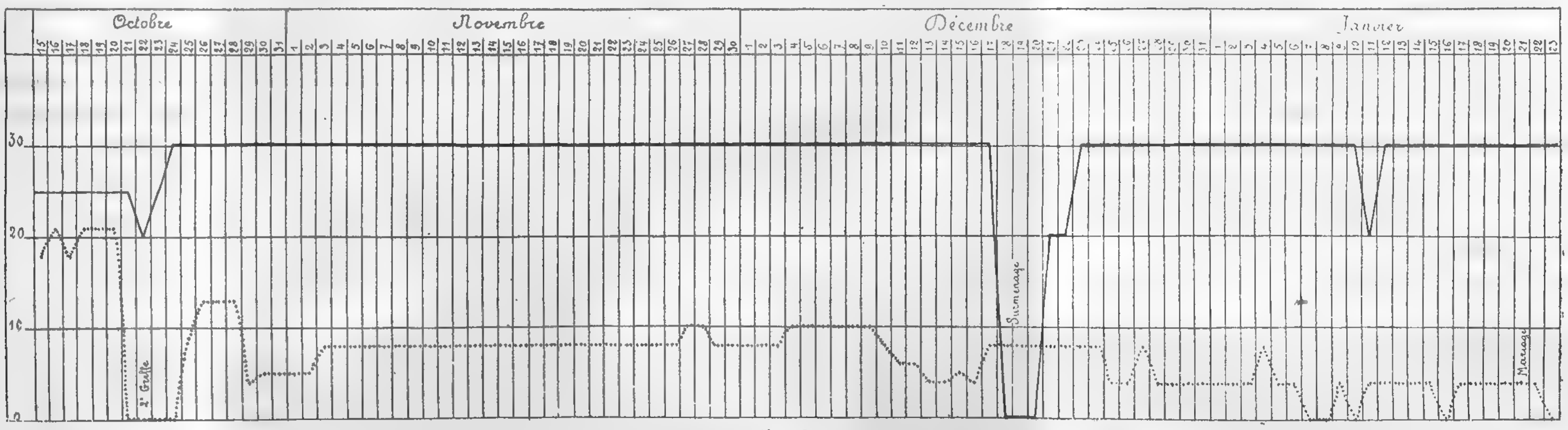


Fig. 3.

Parallèle quotidien entre l'état de la malade et la dose d'extrait thyroïdien absorbée, à la suite de la deuxième greffe. (Même légende que *fig. 1.*)



Fig. 4.

Parallèle hebdomadaire entre l'état de la malade et la dose d'extrait thyroïdien absorbée, pendant toute la durée de l'observation.

(Même légende que *fig. 1*, mais ici les doses sont exprimées en pastilles dont chacune correspond à 4 gouttes d'extrait.)

Nous avons conseillé à la jeune fille de prendre une dose minime (4 gouttes d'extrait ou une petite pastille) comme *tonique*, de temps en temps, toutes les fois qu'elle devait se soumettre à une fatigue.

(1) A ce moment la malade, pour plus de commodité en voyage, remplaça les gouttes d'extrait par des tablettes dont chacune représentait 0 gr. 10 centigr. de glande thyroïde fraîche et correspondait à 4 gouttes de l'extrait qu'elle avait pris jusqu'alors.

Il n'est pas inutile de faire remarquer qu'après la deuxième opération la malade s'est fiancée et qu'elle a très vaillamment supporté les fatigantes démarches que nécessite la préparation d'un mariage mondain. En effet, comme me l'écrivait sa mère, sa vie était une course continuelle chez des tailleuses, modistes et autres fournisseurs, et le soir, en guise de repos, elle prenait une part très active à des réceptions, bals, etc. Tout cela, réuni à des émotions multiples, représentait un surmenage tel, qu'elle n'aurait en aucun cas pu l'endurer auparavant, même partiellement.

VI

Nous avons tenu à relater cette observation avec quelques détails (le *graphique 4* la résume semaine par semaine), car elle fournit la preuve irréfutable que chez l'homme, aussi bien que chez les animaux, les greffes thyroïdiennes sont capables de former des organes néothyroïdiens persistants, susceptibles du même fonctionnement que la glande normale.

En outre, et ceci a une grande importance pour cette méthode thérapeutique, nous voyons que ces greffes peuvent vivre et fonctionner aussi dans l'organisme atteint des formes les

plus graves d'athyroïdisme, avec altérations myxœdémateuses des tissus, et que, pratiquées en nombre suffisant et avec les précautions nécessaires, elles amènent la guérison radicale du myxœdème.

Ajoutons que le fait que nous venons de relater n'est pas isolé, tant s'en faut. M. le docteur Kummer (de Genève) publiera prochainement une série d'observations de greffes thyroïdiennes qu'il a pu suivre de près et qui ont été faites, soit pour myxœdème, soit pour d'autres manifestations athyroïdiques ou même à titre préventif, dans le but d'éviter les suites fâcheuses d'une extirpation de la glande, extirpation qui, vu la nature de l'affection, avait dû être trop radicale.

Dans tous ces cas, les effets de la greffe ont été des plus bienfaisants : le myxœdème disparut rapidement et les troubles qui l'accompagnaient s'amendèrent. L'intelligence devint plus vive, les mouvements plus alertes et le développement du corps, généralement fort retardé, subit une poussée remarquable : tel le cas d'une naine myxœdémateuse de dix-neuf ans qui, en deux mois, vit sa taille augmenter d'environ 15 centimètres.

Remarquable aussi une observation de MM. Gauthier et Kummer, où il s'agit d'un enfant arriéré âgé de trois ans, présentant une absence au moins apparente de la glande thyroïde et de multiples symptômes de crétinisme. Immédiatement après les greffes, on observa un changement si radical dans le développement physique et psychique, qu'il était difficile de reconnaître dans cet enfant vif, intelligent, normalement développé, le pauvre être qui, six mois auparavant, gisait hébété, affaissé, d'aspect crétinoïde, dans un lit d'hôpital.

Nous ne multiplierons pas ici ces exemples des heureux effets des greffes thyroïdiennes dans les différentes affections dues au fonctionnement insuffisant de la glande thyroïde ; nous pouvons seulement ajouter que jamais cette méthode de traitement ne nous a paru avoir un inconvénient quelconque. Aussi peut-on désormais affirmer que, *lorsqu'il y a indication à son emploi*, on est en droit d'en attendre les plus heureux effets.

Dr H. Cristiani,
Professeur à la Faculté de médecine de Genève.

CHIRURGIE PRATIQUE

De l'hémostase provisoire et préventive dans les désarticulations scapulo-humérale et coxo-fémorale et dans les amputations intéressant le quart supérieur des membres.

On sait qu'il est fort difficile d'utiliser le tube d'Esmarch dans les amputations portant sur le quart supérieur de l'humérus et du fémur, le tube constricteur étant exposé, par suite de la conicité de la région, à glisser brusquement au cours de l'opération. On sait aussi que le tube de caoutchouc est *a fortiori* inutilisable dans les désarticulations scapulo-humérale et coxo-fémorale. Le procédé que je vais décrire permet de bénéficier de la ligature élastique dans les amputations haut situées, ainsi que dans les extirpations totales des membres. Il importe d'en étudier séparément l'application au membre supérieur et au membre inférieur.

Membre supérieur. — Pour assurer l'hémostase préventive au moyen du tube d'Esmarch dans l'amputation intra-deltoïdienne et dans la désarticulation de l'épaule, voici comment je procède :

Premier temps : Faites un pli à la peau sur le bord antéro-inférieur du creux de l'aisselle, dans le point où ce bord rejoint la paroi thoracique antérieure, et pincez ce pli cutané avec une pince de Kocher, sur une étendue de 1 centimètre. Placez une seconde pince de Kocher sur le bord postéro-inférieur du creux de l'aisselle à l'union de ce bord avec la paroi postérieure du thorax. Mettez enfin deux autres pinces de Kocher sur la paroi supérieure de l'épaule, une en avant, l'autre en arrière, de telle façon que les points d'implantation des quatre pinces soient situés sur un même plan vertical antéro-postérieur (*fig. 1*).



Fig. 1.



Fig. 2.

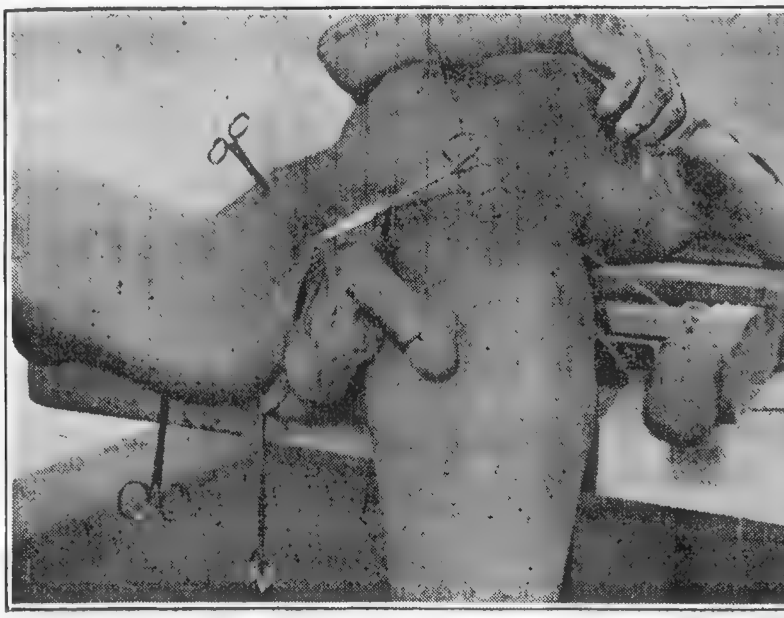


Fig. 3.

Deuxième temps : Les pinces étant confiées à des aides qui les maintiennent dans une position perpendiculaire aux téguments sur lesquels elles sont implantées, placez en arrière d'elles un tube d'Esmarch et serrez-le fortement.

Troisième temps : Rabattez les pinces en avant et en arrière vers le plan médian du corps, appliquez-les contre la peau et fixez-les dans cette nouvelle situation au moyen d'un tube de caoutchouc passant dans les anneaux de chacune d'elles et embrassant la base du cou. Ce lien, peu serré, a pour but d'empêcher les pinces de se rabattre en dehors et il assure par suite la fixité absolue du tube d'Esmarch (*fig. 2*).

Pour se rendre compte de la valeur de ce procédé, il suffit, après avoir exécuté sur le cadavre les manœuvres que je viens d'indiquer, et avoir désarticulé l'épaule, de pousser une injection dans la sous-clavière; on constate alors, en examinant attentivement la surface cruentée, que l'injection n'apparaît pas : le tube, situé en arrière de l'apophyse coracoïde et de l'acromion, applique l'artère axillaire contre le bord inférieur du col de l'omoplate.

Membre inférieur. — Le manuel opératoire est différent suivant que l'on veut assurer l'hémostase préventive dans une amputation de cuisse au quart supérieur ou dans une désarticulation de la hanche.

Voyons d'abord comment le procédé est applicable à l'*amputation de cuisse au quart supérieur*.

Premier temps : Placez sur les téguments dans les mêmes conditions que pour l'hémostase du membre supérieur, quatre pinces à forcipressure de Kocher, deux en avant, deux en arrière de la racine de la cuisse. Les deux pinces antérieures sont fixées, l'une à l'extrémité externe du pli de l'aine, l'autre à son extrémité interne. Les deux pinces postérieures sont placées, l'une à l'extrémité externe du pli fessier, l'autre à son extrémité interne (*fig. 3*).

Deuxième temps .Faites maintenir par des aides les pinces dans une position perpendiculaire à la surface cutanée sur laquelle elles s'implantent, puis serrez le tube d'Esmarch en arrière d'elles (*fig 4*).

Troisième temps : Rabattez les pinces de bas en haut et immobilisez-les dans cette nouvelle position au moyen d'un tube en caout-

chouc peu serré, traversant leurs anneaux et entourant la partie inférieure du tronc (*fig. 5*).

Dans une amputation au quart supérieur de la cuisse, pour ostéosarcome du fémur, ce procédé d'hémostase m'a pleinement réussi et la fémorale n'a pas donné une goutte de sang.

En cas de *désarticulation de la hanche*, le manuel opératoire est un peu plus compliqué. Si, en effet, comme pour l'amputation au quart supérieur, on réalisait l'hémostase préventive en comprimant l'artère fémorale sur la tête du fémur, cette compression serait efficace tant qu'on ne sectionnerait que les parties molles, mais son effet deviendrait absolument nul, la désarticulation une fois effectuée, car le point sur lequel l'artère serait comprimée ferait brusquement défaut.

On ne peut non plus songer à comprimer l'artère fémorale au niveau de l'arcade crurale, par suite de la résistance que présente celle-ci.

Il faut donc agir sur l'artère iliaque externe, immédiatement au-dessus de l'arcade. On prendra ainsi sur le bassin un point d'appui dont la position ne changera pas au cours de la désarticulation et qui ne fera jamais défaut. En conséquence, le tube d'Esmarch doit être placé au-dessus du pli de l'aine. Mais lorsqu'on le maintient dans cette situation, au moyen de pinces à forcipressure implantées dans la peau, on s'aperçoit que, malgré une constriction très énergique, le tube ne comprime pas l'artère, parce qu'il est tendu comme une corde sur l'arc formé par l'os coxal entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'épine du pubis. On est donc dans la nécessité, pour assurer une hémostase convenable, d'interposer entre le tube et la paroi abdominale une pelote comprimant l'artère. Une bande roulée en caoutchouc, longue de 5 mètres et large de 5 à 6 centimètres, est parfaitement suffisante.

Premier temps : Placez comme précédemment deux pinces de Kocher, à la partie postérieure de la cuisse, en dehors et en dedans, non plus au niveau du pli fessier, mais à 5 centimètres au-dessus de ce pli, de façon que la compression élastique s'exerce sur l'ischion, point d'appui pelvien qui ne fera pas défaut, la désarticulation une fois effectuée. Placez ensuite en avant deux autres pinces, l'une à 5 centimètres au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, l'autre à 5 centimètres au-dessus de l'épine du pubis.

Deuxième temps : Pendant que des aides maintiennent les pinces dans une position perpendiculaire à la surface cutanée, serrez fortement le tube en arrière d'elles.

Troisième temps : Rabattez les pinces de bas en haut et immobilisez-les dans cette nouvelle situation au moyen d'un lien modérément serré, traversant leurs anneaux et entourant la partie inférieure du tronc (*fig. 6*).

Quatrième temps : Prenez de la main droite la bande roulée de caoutchouc, dont nous avons indiqué la longueur et la largeur, et, tandis qu'avec la main gauche vous soulevez le tube d'Esmarch dans sa portion comprise entre les deux pinces antérieures, introduisez la bande sous le tube, le grand axe du cylindre constitué par la bande se trouvant dans le prolongement de l'axe longitudinal du membre inférieur. L'extrémité antérieure de la bande roulée sera placée immédiatement en arrière du bord postérieur de l'arcade crurale, le cylindre compresseur devra être mis en rapport avec les deux tiers internes de ce bord postérieur. Le tube qui fixe la bande roulée passe à la partie moyenne de cette bande et la divise en deux parties sensiblement égales, l'une supérieure et l'autre inférieure (*fig. 7*).

Cinquième temps : Lorsque la bande roulée a été ainsi fixée par le tube, on s'aperçoit que son extrémité antérieure a une tendance à s'abaisser, à abandonner le bord postérieur du pubis et à fuir dans le bassin. Dans ces conditions, l'artère n'étant plus coincée contre le bord postéro-supérieur de la ceinture pelvienne, l'hémostase serait insuffisante. Pour éviter ce déplacement de la bande en bas et en arrière, j'ai recours à la manœuvre suivante :

Avec une pince de Kocher, saisissez la bande en caoutchouc sur sa face supérieure et immédiatement en avant du tube, puis rabattez la pince contre la paroi abdominale et engagez ses anneaux sous le tube supérieur. Vous maintiendrez ainsi le grand axe de la bande parfaitement horizontal.

Pour se rendre compte de la valeur de ce procédé d'hémostase, on n'a qu'à faire l'expérience suivante sur le cadavre :

L'appareil une fois bien fixé, placez, dans la

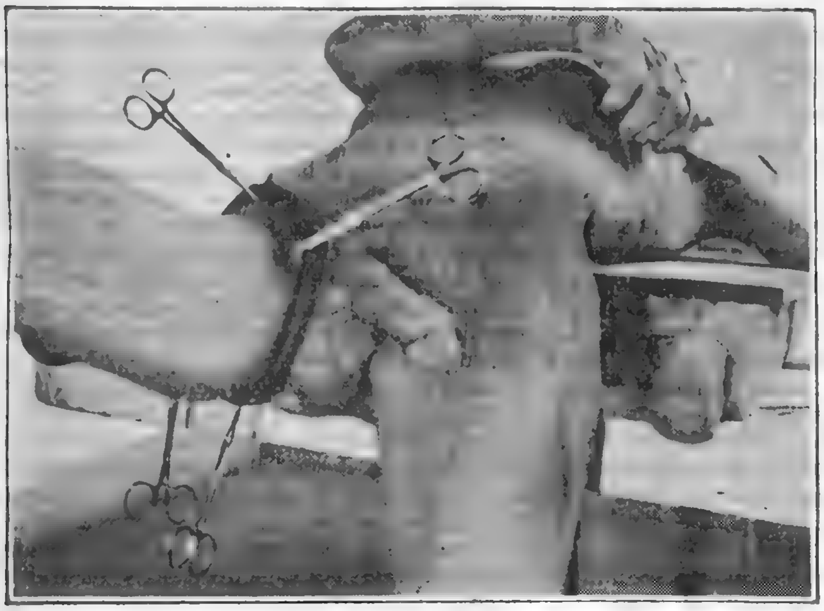


Fig. 4.



Fig. 6.



Fig. 5.



Fig. 7.

fémorale, à 4 ou 5 centimètres au-dessous de l'arcade, une canule à injection. Liez la fémorale profonde. Faites passer, en *sens inverse* du cours du sang, une injection sous une pression de 2 m. 30, pression qui est à peu près égale à la pression artérielle. En disséquant l'artère, vous constaterez que l'injection est arrêtée par la bande en caoutchouc et qu'elle ne passe pas dans l'iliaque externe. Nous avons utilisé pour cette expérience le liquide gélatineux coloré par le vermillon, qui est employé dans les services d'anatomie pour injecter les fines artères. L'expérience peut être réalisée au moyen d'une canule, d'un entonnoir et d'un tube en caoutchouc de 3 mètres de long environ, reliant la canule à l'entonnoir. Si nous n'avons pas poussé l'injection par l'iliaque externe ou l'iliaque primitive, c'est parce que l'incision de la paroi abdominale compromet la solidité de l'appareil, tandis qu'au contraire, toute incision pratiquée à la racine du membre inférieur, même immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, est sans influence sur sa stabilité. Nous savons, en effet, que l'appareil constricteur prend tous ses points d'appui sur le bassin.

Ajoutons que, la circulation de la partie postérieure de la cuisse étant complètement interrompue par le tube d'Esmarch qui se trouve placé au-dessous de la grande échancrure sciatique, point d'émergence des branches extrapelviennes de l'artère hypogastrique, on peut faire par ce moyen une désarticulation de la hanche sans *aucune* hémorrhagie artérielle.

En somme, le procédé que je viens de décrire a l'avantage de fixer solidement le tube d'Esmarch au niveau de la racine des membres et, quelque conique que soit la région, il permet, au moyen de cinq pinces de Kocher à forcipressure, de deux tubes et d'une bande en caoutchouc, d'assurer l'hémostase préventive dans les amputations intéressant le quart supérieur des membres et dans les désarticulations portant sur les articulations scapulo-humérale et coxo-fémorale.

E. Estor,
Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

BULLETIN

La stérilisation facultative de la femme.

Est-ce un signe des temps? Et faut-il admettre que l'Allemagne se lasse d'être féconde? On le croirait volontiers, à quelques indices, et, pour rester sur le terrain médical, la faveur croissante que semble rencontrer, parmi nos confrères d'outre-Rhin, la stérilisation opératoire de la femme, l'exposé dogmatique et la discussion, maintes fois reprise dans les Sociétés ou les recueils de gynécologie, des meilleurs moyens de ne pas procréer, les indications de plus en plus larges que l'on reconnaît à cette suppression voulue de la maternité, tout cet ensemble de faits, de doctrines et de tendances témoignent d'un « esprit nouveau » qui surprend. Il suffirait, d'ailleurs, pour être éclairé, de lire l'article que publiait, dans un des derniers numéros de la *Deutsche medicinische Wochenschrift*, M. le docteur Sarwey, professeur extraordinaire de gynécologie à la Faculté de médecine de Tubingue, sur les « indications et les méthodes de la stérilisation facultative de la femme ».

L'idée et la pratique de la stérilisation « opératoire » remontent loin, mais elles n'avaient trouvé d'abord aucun crédit. En 1878, M. le professeur J. Kocks, privatdocent d'obstétrique à la Faculté de médecine de Bonn, présentait à la « Société des naturalistes et médecins du Bas-Rhin » l'observation d'une femme de trente-deux ans, fatiguée par quatre grossesses, atteinte d'une affection chronique du poumon droit que l'on supposait tuberculeuse, et chez laquelle il avait cherché à réaliser l'oblitération artificielle des orifices utérins des deux trompes, au moyen d'une sonde utérine, galvano-caustique, de construction appropriée. La communication fut accueillie froidement, et M. Kocks a raconté lui-même qu'il eut à vaincre, pour la publier, les scrupules du secrétaire de la Société.

Ce procédé ne paraissait guère avoir trouvé d'imitateur, lorsque, dix-neuf ans plus tard, M. le docteur F. A. Kehrer, alors professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Heidelberg, publia une méthode réglée de stérilisation opératoire, consistant à faire basculer le fond de l'utérus en avant, après colpotomie antérieure, et à sectionner les deux trompes, devenues accessibles, entre deux ligatures (Voir *Semaine Médicale*, 1897, Annexes, p. CXLVI). Il avait procédé de la sorte chez une femme épuisée, qui avait eu, en sept ans de mariage, six accouchements à terme et une septième grossesse terminée par un avortement artificiel; mais il étendait déjà très largement les indications de cette mutilation préservatrice, et, dans ce cadre, il faisait rentrer: les formes graves d'anémie chronique; la tuberculose pulmonaire et celle des os, spécialement lorsqu'elles sont héréditaires; les affections graves et incurables du système nerveux central; les maladies du cœur; l'induration d'un poumon et l'emphysème étendu; l'ulcère de l'estomac; la dilatation de l'estomac avec sténose du pylore; les maladies organiques de l'intestin; la néphrite chronique rebelle; enfin les rétrécissements du bassin, des deuxième et troisième degrés, alors que les enfants précédents ont dû être extraits par l'embryotomie, et que l'opération césarienne ou la symphyséotomie, qui permettraient seules d'avoir vivant un nouvel enfant, sont repoussées par la femme et le mari.

A partir de ce moment, les travaux se multiplient, presque tous allemands; et c'est la question de médecine opératoire qui en fait l'objet. Les expériences de M. Fränkel, s'ajoutant à quelques observations humaines, ont démontré que la ligature simple des trompes ne suffit pas à réaliser une oblitération sûre et durable : aussi préconise-t-on successivement l'excision entre deux ligatures, la cautérisation, la péritonisation des deux moignons, la résection en coin, dans l'épaisseur de la corne utérine, de la portion originelle de la trompe, enfin, et comme le procédé le plus certain, en tout état de cause, l'extirpation totale des deux canaux tubaires, que M. le docteur Ehrendorfer, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine d'Innsbruck, recommandait, en 1902, après l'avoir pratiquée, par la laparotomie, chez une phtisique de vingt-neuf ans. Toutefois, la voie haute ne semble pas avoir été le plus volontiers choisie : c'est par le vagin, par la colpotomie antérieure, et surtout par la colpotomie postérieure, que la résection tubaire stérilisante est pratiquée, en toute simplicité et bénignité, nous disent ses partisans. D'autres, pour plus de simplicité encore, s'adressent à des méthodes non sanglantes, et M. le docteur L. Pincus (de Dantzig) recommandait, en 1902, le jet de vapeur à haute température, « l'atmokausis », pour oblitérer la cavité du corps utérin et supprimer, à la fois, la menstruation et les « dangers » d'imprégnation. N'oublions pas l'intervention, à coup sûr originale, que M. Kocks indiquait, dans cette même année 1902 : par deux incisions transversales, qu'il réunit en long, il crée, à la face interne de chacune des lèvres du museau de tanche, un petit bourgeon de muqueuse, un tubercule, et ces deux pseudo-polypes accolés, tout en laissant passer les liquides utérins, barreraient le chemin aux spermatozoïdes. Et l'avantage du procédé serait celui-ci : qu'il permet d'obtenir une stérilisation « facultative », l'ablation des deux plis de muqueuse pouvant faire cesser ultérieurement la stérilité ». C'est le clapet préservateur, et fonctionnant à volonté.

Bien entendu, les auteurs dont nous parlons s'efforcent de limiter la mutilation anticonceptionnelle aux cas les plus graves, où l'éventualité d'une grossesse nouvelle se présente comme un danger de mort presque certain; ils recommandent de s'entourer de toutes les garanties nécessaires; leurs bonnes intentions ne sauraient être suspectées. Mais est-il croyable qu'en donnant ainsi, à l'opération stérilisatrice, ses grandes entrées dans la chirurgie, on n'ouvre pas la porte, non seulement aux abus criminels, mais aux excès de bonne foi? Que, dans certains cas de rétrécissement « infranchissable » du bassin, à la suite d'une ou de plusieurs opérations césariennes, et au cours d'une dernière intervention de ce genre, on supprime la possibilité d'une grossesse ultérieure; que, chez une femme tuberculeuse, que l'on opère d'une péritonite ascitique, on profite de la laparotomie pour prendre une pareille précaution; que, chez les femmes d'un certain âge, déjà mères de plusieurs enfants, et de santé délabrée, on ne pousse pas trop loin la conservation de « l'autre côté », dans les laparotomies pour affections pelviennes : il y a là une pratique très défendable, très rationnelle, à laquelle on ne saurait, d'ailleurs, assigner de règles fixes. Mais la question se présente sous un tout autre jour, lorsqu'il s'agit de proposer et de faire, de parti pris, et dans ce but exclusif, une opération destinée à « stériliser » la femme. Il est permis de douter que, dans aucun cas, une pareille opération soit légitime.

D'ailleurs, en dépit de la bénignité annoncée, l'excision tubaire ne va pas sans créer quelques risques; elle est acceptée assez difficilement, nous dit-on, et, de fait, il ne laisse pas que de paraître un peu illogique de soumettre à une intervention, qui suppose l'anesthésie générale et l'ouverture du péritoine, ces femmes atteintes de tuberculose avancée, de lésions incurables du cœur ou des reins, chez lesquelles, précisément, elle serait le mieux indiquée. Aussi, à la stérilisation « opératoire », au reste définitive, devrait, autant que possible, se substituer la stérilisation artificielle, temporaire, voulue, autrement dit l'emploi — perfectionné — des divers moyens qui « préservent » de la fécondation, dans les rapports conjugaux. Et tel est le sens général qui se dégage de l'article de M. Sarwey, que nous signalions plus haut.

Notre confrère estime que ces pratiques préservatrices sont matière d'enseignement, et que l'étude précise en doit trouver place dans les traités d'obstétrique et dans le programme des cours magistraux. Et, joignant l'exemple au précepte, il nous donne lui-même un long et minutieux exposé de tous les artifices anticonceptionnels, sans oublier ceux que répand le commerce, et dont la légitimité, écrit-il, est fondée sur la moralité du but qu'ils doivent remplir (*ihre sittliche Berechtigung ist begründet in der Moralität des Zweckes, welchen sie erfüllen sollen*). Il les classe en trois catégories : substances chimiques détruisant les spermatozoïdes; moyens mécaniques fermant l'accès du col utérin; autres moyens, d'ordre mécanique aussi, ou physiologique, empêchant la « contamination par contact »; il en étudie de près la valeur pratique et le mode d'emploi, il en discute et en fixe les indications respectives. L'avantage doit rester, nous dit-il, à l'ingénieux appareil inventé, vers le milieu du dix-huitième siècle, par le médecin anglais Condom; encore faut-il qu'il soit d'une suffisante longueur et de bonne étoffe, et « l'on doit recommander expressément de n'utiliser que les meilleures qualités, et aussi les plus chères (« *garantiert fehlerfreie* » *Fabrikate*), provenant des marques les plus sûres ». Quant au *coitus interruptus*, il n'est à conseiller qu'avec un choix très circonspect des cas (*mit vorsichtiger Auswahl der Fälle zu empfehlen*), à cause des désordres nerveux qu'il produirait chez certains sujets, bien que les inconvénients en aient été fort exagérés. Enfin l'*Occlusiv-*

pessar de Mensinga (*gesetzlich geschützt*) représente un des meilleurs moyens, sous la réserve qu'il soit placé et contrôlé par le médecin compétent (*Einlage und Kontrolle durch den sachverständigen Arzt*). C'est la technique raisonnée de la « fraude ».

Il est singulier, en vérité, de trouver, sous la plume d'un maître, l'exposé détaillé d'un pareil « manuel opératoire »; il l'est davantage encore de voir quelle extension prennent, dans l'article de M. Sarwey, les indications de la pratique stérilisante. Notre confrère ne parle plus seulement des rétrécissements du bassin, des affections générales ou organiques graves : il reconnaît une troisième indication, l'indication « sociale », du reste la plus malaisée à dégager, mais dont le bien fondé, dans certaines conditions, n'est, pour lui, pas douteux. « Nous pouvons, j'en suis convaincu, écrit-il, ne pas craindre de faire un pas de plus et de recourir aux moyens préventifs dans ces cas où une nouvelle grossesse menace, sinon peut-être la vie, mais bien la santé, le bonheur et l'existence matérielle aussi bien des individus que des familles entières. » Et c'est au médecin de famille (*Hausarzt*), qui est souvent le seul à connaître la situation vraie, qu'il appartient d'ordonner alors les moyens anticonceptionnels (*Verordnung antikonceptioneller Mittel*) : il devient, ainsi, « l'aide dans le besoin, le dispensateur de la santé rétablie et de la joie de vivre (*Lebensfreude*) renouvelée, l'apôtre des principes humanitaires au plus beau sens du mot »!

Et voilà que ce péril des excès de bonne foi, dont nous parlions plus haut, se montre en pleine lumière. Dès lors qu'une pareille doctrine devient publique et officielle, qu'elle est défendue par ceux-là même qui ont la charge de l'enseignement, à quelles conséquences ne conduira-t-elle pas dans la pratique courante? Sur ce terrain mouvant de l'indication « sociale », où s'arrêtera-t-on? Dussions-nous passer, aux yeux de notre confrère de Tubingue, pour un esprit arriéré et superficiel, nous croyons que, dans certaines questions, et celle de la stérilisation voulue est du nombre, nulle transaction ne doit être consentie, et qu'un premier pas dans la voie des concessions équivoques entraîne fatalement aux pires abus. La préservation conceptionnelle vaut mieux, à tout prendre, nous dit-on, que l'avortement provoqué; sans doute, mais le médecin ne doit se trouver mêlé ni à l'une ni à l'autre de ces pratiques. Il n'a point à réglementer par ordonnance la dépopulation, et il ne saurait se faire, sans compromettre sa dignité, l'agent d'exécution des doctrines néo-malthusiennes.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la syphilis oculaire par la méthode de Prokhorov modifiée.

Nous avons fait connaître il y a six ans environ le mode de traitement de la syphilis préconisé par M. P. N. Prokhorov, et consistant en des injections intramusculaires massives de biiodure de mercure à la dose de 0 gr. 003 milligr. par kilogramme du poids du malade (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 173).

De son côté, M. le docteur J. A. de Abreu Fialho, professeur suppléant d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, a appliqué cette méthode dans un grand nombre de cas de syphilis oculaire, et il en a toujours obtenu des effets très satisfaisants.

Notre confrère a toutefois eu l'occasion de se convaincre qu'au début du traitement, il y a avantage à tâter en quelque sorte la susceptibilité du malade, afin de se mettre à l'abri de tout accident éventuel du fait d'une idiosyncrasie à l'égard du mercure; aussi n'injecte-t-il la première fois qu'un tiers, et la deuxième fois que les deux tiers de la dose calculée d'après le procédé de M. Prokhorov; le maximum de la dose est atteint lors de la troisième injection.

En outre, afin de rendre la piqûre aussi peu douloureuse que possible, M. de Abreu Fialho fait usage d'une solution cinq fois plus concentrée que celle dont se sert notre confrère russe. Voici comment il la formule :

Bi-iodure d'hydrargyre......	0 gr. 30 centigr.
Iodure de potassium........	0 — 60 —
Eau........................	Q. S. pour 20 c.c.

Pour un homme de 50 kilos, par exemple, qui doit recevoir 0 gr. 15 centigr. de bi-iodure de mercure, il suffit d'injecter 10 c.c. de cette solution, au lieu des 50 c.c. (1 c.c. par kilo de poids du malade) qui seraient nécessaires avec la formule de M. Prokhorov.

Propulsion d'un corps étranger de l'œsophage dans l'estomac, après ingestion d'un mélange effervescent.

Se trouvant vers la fin de l'année dernière à bord d'un steamer, loin de toute escale, un médecin allemand, M. le docteur O. Franck (de Langenhagen), eut à donner ses soins à un homme qui avait avalé une bouchée de viande trop volumineuse, laquelle s'était enclavée dans l'œsophage. Une tentative faite en vue de refouler ce corps étranger dans l'estomac à l'aide d'une sonde dut être abandonnée, tant à cause du roulis du bateau qu'en raison de la susceptibilité du malade et de l'artériosclérose assez prononcée dont il était atteint. Au bout de trois jours, pendant lesquels on avait eu recours aux ressources, d'ailleurs assez limitées, du bord, et une tentative sous anesthésie étant refusée par le patient, notre confrère eut l'idée de faire prendre à celui-ci des poudres gazogènes, en ayant soin d'assurer simultanément l'occlusion de la bouche et des narines. L'effet des gaz qui se développèrent dans l'œsophage fut rapide : presque immédiatement après la déglutition du mélange effervescent, le corps étranger franchit le cardia, au grand soulagement du malade.

L'épilation des bords palpébraux contre le pinguécula et le ptérygion.

Ayant constaté que le pinguécula et le ptérygion coïncident toujours avec l'existence, sur les bords palpébraux, en dedans des points lacrymaux, d'un duvet souvent reconnaissable seulement à la loupe et qui produit mécaniquement une inflammation conjonctivale au niveau du grand angle de l'œil, M. le professeur A. Sachsalber, privatdocent d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Gratz, a eu l'idée de procéder en pareil cas à l'épilation des poils en question; et notre confrère aurait obtenu des résultats très satisfaisants chez tous les malades qu'il a traités de la sorte.

L'épilation doit être répétée de temps à autre, afin de prévenir les récidives. Les patients apprennent d'ailleurs très rapidement à pratiquer eux-mêmes la petite opération en se plaçant en face d'un miroir : il suffit qu'ils disposent pour cela d'une loupe de 10 dioptries et d'une pince à épilation.

Les injections sous-cutanées de solution iodo-iodurée contre la fièvre typhoïde.

L'iode ou les mélanges iodo-iodurés, dont différents auteurs, tels que MM. Grosch, Bizine, Oddi et Cavazzani, ont à nouveau préconisé l'usage contre la fièvre typhoïde dans ces dernières années (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 373 et Annexes, p. CXXXIV, et 1900, p. 214), donneraient également d'excellents résultats dans cette maladie lorsqu'ils sont administrés non plus par la bouche, mais par la voie sous-cutanée, selon la méthode de Durante (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 252).

C'est ainsi que M. le docteur G. Campanella (de Catane) a pu constater l'efficacité des injections iodo-iodurées chez un malade qui, au quarante-septième jour d'une rechute de dothiénentérie, n'était pas encore entré en défervescence : dès le soir de la première injection, la fièvre tomba de 38°5 à 37°5, et après que le traitement eut été continué pendant six jours (à raison de 0 gr. 01 centigr. d'iode métalloïdique *pro die*), la fièvre disparut complètement et définitivement.

L'administration d'acide borique à l'intérieur contre l'incontinence d'urine.

Partant de cette considération que l'acide borique, de par son action acidifiante, devait agir favorablement sur l'incontinence nocturne d'urine, M. le docteur J. Etterlen (de Contrexéville) a fait prendre à 3 enfants atteints de cette infirmité de 1 gramme à 1 gr. 50 centigr. d'acide borique par jour, sous forme de cachets de 0 gr. 50 centigr. chacun. Dans ces 3 cas, l'amélioration fut rapide, et dans 2 d'entre eux — dont l'un relatif à un enfant qui présentait aussi de l'incontinence diurne —, la guérison fut complète et définitive.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mars 1905.

La paralysie générale d'origine syphilitique.

M. Joffroy lit, à propos de la récente communication de M. Fournier sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 102), un travail dans lequel il s'attache à démontrer que la paralysie générale et la syphilis cérébrale sont deux affections distinctes, aussi bien par leur origine que par leur nature.

On observe bien la paralysie générale chez les syphilitiques, mais il n'y a pas, comme l'admet M. Fournier, une paralysie générale syphilitique, qui se distinguerait de celle qui ne le serait pas par sa symptomatologie, son évolution, sa durée ou ses lésions.

A la vérité, M. Fournier ne partage pas l'opinion des auteurs qui déclarent que toujours la paralysie générale est syphilitique et que toujours, quand la syphilis paraît manquer, elle est ou bien ignorée, ou bien héréditaire.

Mais il ne suffit pas d'admettre que la paralysie générale vraie peut se développer en dehors de toute intervention de la syphilis, il faut encore reconnaître que la syphilis est à elle seule insuffisante à réaliser la paralysie générale : elle est seulement un bon engrais, favorisant l'éclosion de la maladie, mais elle n'en renferme pas le germe.

A l'appui de cette manière de voir, l'orateur fait remarquer que la distribution géographique de la syphilis et celle de la paralysie générale ne sont nullement identiques : dans certains pays, tels que la Bosnie et l'Herzégovine, le Japon, l'Algérie et la Tunisie, l'Abyssinie, l'Indo-Chine, la Corée, la côte de Malabar, etc., la syphilis s'observe avec une fréquence et une gravité extrêmes et, pourtant, la paralysie générale y est exceptionnelle, au moins chez les indigènes, et souvent même inconnue.

Beaucoup d'autres considérations peuvent encore être invoquées contre la théorie de l'origine syphilitique de la méningo-encéphalite chronique diffuse : par exemple, ce fait que dans les très rares cas de lésions syphilitiques tertiaires observées chez des paralytiques généraux, le traitement mercuriel guérit ces lésions, sans améliorer en rien la paralysie générale; d'autre part, les lésions viscérales syphilitiques sont exceptionnelles chez les paralytiques généraux; enfin la paralysie générale peut s'observer à une date très éloignée (trente ans) ou très rapprochée (deux ans et demi) du chancre syphilitique.

Quant à l'influence préventive du traitement de la syphilis sur le développement ultérieur de la paralysie générale, elle n'existe pas pour M. Joffroy. Un traitement soigneux ne met pas nécessairement à l'abri des désordres cérébraux. Enfin, on ne doit jamais perdre de vue que toute paralysie générale qui se développe chez un syphilitique n'est pas nécessairement d'origine syphilitique.

De toutes ces considérations doctrinales, il découle cette conclusion pratique, conforme à l'observation des faits, que jamais le traitement antisyphilitique n'a amélioré aucun paralytique général; si des rémissions ont été signalées à la suite de ce traitement, il faut bien savoir qu'elles peuvent aussi survenir spontanément, à l'aide de simples mesures hygiéniques; d'autre

part, il ne faut pas oublier que certains traitements intensifs ont paru aggraver la rapidité d'évolution de la maladie.

M. Raymond déclare que les faits qu'il a observés soit dans sa clientèle privée, soit à l'hôpital, l'ont conduit aux mêmes conclusions que celles qu'a formulées M. Fournier : date de l'échéance de la paralysie générale après la contamination syphilitique; paralysie générale succédant habituellement à une syphilis bénigne, en apparence, dans ses premières manifestations, surtout si cette syphilis n'a pas été convenablement traitée; impuissance radicale du traitement spécifique pour enrayer la maladie dans tous les cas dont le diagnostic est certain, voire même dangers que l'on fait courir aux malades par la médication intensive.

Par contre, l'orateur soutient que le rôle dévolu à l'hérédité dans la genèse de la maladie est beaucoup plus important que ne le croit M. Fournier. Selon lui, la paralysie générale syphilitique ne germe que sur des terrains préparés à son éclosion, à la faveur d'un état de moindre résistance, héréditaire ou acquis, de l'écorce du cerveau.

Il existe, d'ailleurs, une variété clinique de la paralysie générale qui, entre toutes, montre bien l'influence réciproque du terrain et de la syphilis, c'est celle qui survient chez les enfants; niée il y a une vingtaine d'années, cette paralysie générale juvénile est admise aujourd'hui par presque tous les auteurs et son origine héréditaire est incontestable, car on ne peut l'expliquer ni par l'alcoolisme, ni par le surmenage, ni par aucune des autres causes généralement admises.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 20 et 27 février 1905.

Reproduction expérimentale de la lèpre chez le singe.

M. Ch. Nicolle. — L'étude de la lèpre, depuis la découverte du bacille de Hansen, n'a pas fait de grands progrès, vu l'impossibilité de cultiver ce microbe et de reproduire expérimentalement la maladie. Pensant que les échecs des tentatives antérieures d'inoculation tenaient au choix de l'animal en expérience, j'ai eu l'idée de m'adresser au bonnet chinois, espèce de singe que j'ai trouvée réceptive pour deux affections réputées spéciales à l'homme, la syphilis et le chancre mou.

J'ai donc inoculé à un bonnet chinois, ainsi qu'à un second macaque d'espèce voisine, des fragments de tissu lépreux, provenant d'un cas de lèpre tuberculeuse généralisée, en divers points de l'organisme (région temporo-frontale, conjonctive, muqueuse nasale, oreille, péritoine, etc., etc.); les deux animaux supportèrent parfaitement la petite opération.

C'est au *soixante-deuxième jour* seulement que je vis un nodule apparaître chez l'un et l'autre au niveau de l'inoculation pratiquée au devant de l'oreille; quelques jours après, chez le bonnet chinois, un second nodule se développait dans l'épaisseur du pavillon de l'oreille, où avait été faite aussi une inoculation.

Ces nodosités sous-cutanées grossirent les jours suivants; l'une d'elles, excisée au bout de deux semaines, offrait sur les coupes la structure du lépromе; on y voyait notamment des mononucléaires renfermant des bacilles de Hansen; ces éléments bacillifères n'avaient pas, il est vrai, les dimensions considérables des cellules lépreuses bourrées de bacilles que l'on observe dans la lèpre humaine, mais il ne s'agit là que d'une différence de degré, due sans doute au jeune âge des lésions.

Action atrophique glandulaire des rayons de Röntgen.

M. Foveau de Courmelles. — Les expériences de divers auteurs ont prouvé l'action atrophique des rayons de Röntgen sur les glandes génitales, tant mâles que femelles (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 364 et 1905, p. 89). Les faits cliniques confirment la réalité de cette action.

C'est ainsi que dans le traitement des fibromes utérins par la radiothérapie, j'ai toujours vu (et je dispose d'une trentaine de cas) les règles s'espacer de plus en plus pour finir par disparaître, ce qui ne peut s'expliquer que par l'atrophie des ovaires. D'autre part, vu les tentatives de traitement du cancer du sein par l'ablation des ovaires, j'ai eu l'idée, chez les femmes soumises à la radiothérapie pour ce genre de tumeurs, de faire, en même temps que sur le sein malade, des applications de rayons X à la région abdominale; or, j'ai obtenu ainsi des régressions plus rapides de la tumeur mammaire. Dans un cas où celle-ci, demeurée douloureuse, dut ultérieurement être extirpée, on constata histologiquement qu'elle était devenue entièrement fibreuse; les ganglions axillaires étaient très durs et réduits au volume de grains de millet.

Il n'est donc pas douteux que les rayons de Röntgen exercent une action atrophique sur les ovaires, les seins, les ganglions lymphatiques.

Application de la thermométrie au captage des sources.

M. E.-A. Martel envoie une note dans laquelle il établit que les émergences d'eau ne méritent le nom de *sources* que quand leurs variations de température n'excèdent pas 0°5; dès que ces variations approchent de 1°, il s'agit de *résurgences*, c'est-à-dire d'eaux sujettes aux contaminations lointaines ou rapprochées susceptibles d'en modifier la température.

Les mêmes remarques s'appliquent aux eaux de puits, ceux-ci s'alimentant souvent, non à de réelles « nappes d'interstices », mais à de vrais « ruisseaux de fissures ».

L'observation thermométrique des eaux destinées à l'alimentation offre donc une haute importance; mais, pour être utilisable, elle doit comporter au strict minimum deux déterminations de température, l'une après les pluies ou neiges d'hiver, l'autre après les sécheresses d'été.

Diagnostic des différentes sortes d'otite scléreuse.

M. Marage adresse une note tendant à démontrer que, au moyen de la sirène à voyelles, on peut déterminer si un malade cliniquement atteint d'otite scléreuse a une sclérose limitée à l'oreille moyenne ou intéressant en outre le nerf ou les centres auditifs. Dans le premier cas, en effet, la courbe d'audition des différentes voyelles monte régulièrement de OU à A, pour descendre de A à I; dans le second, au contraire, la courbe offre des crochets traduisant des « trous » dans l'audition.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 22 février et 1er mars 1905.

Résection du nerf maxillaire supérieur pour névralgie faciale.

M. Potherat. — J'ai pratiqué 10 fois la résection du nerf maxillaire supérieur pour névralgie faciale.

Au point de vue de la technique opératoire, sans adopter la manière de faire préconisée par M. Poirier, j'ai toujours cherché à réduire au minimum l'incision cutanée, en m'efforçant surtout d'éviter la région de la pommette, au niveau de laquelle les cicatrices sont particulièrement visibles. Suivant le procédé de Lossen-Braun-Segond, j'ai soin de pratiquer la section de l'os malaire le plus obliquement possible, pour que les surfaces osseuses s'appliquent ensuite parfaitement l'une sur l'autre. Après qu'on a renversé en dehors l'arcade zygomatique fracturée et le muscle temporal, il est facile d'accéder sur le nerf maxillaire supérieur et de le sectionner à son émergence.

Les résultats immédiats de cette intervention sont excellents et la déformation absolument nulle, grâce à la section oblique de l'os malaire. Quant aux résultats thérapeutiques, M. Janvier a pu réunir, dans sa thèse, 51 observations avec 41 guérisons. Sur mes 10 opérés, 7 n'ont pas été revus; pour les 3 qui ont été retrouvés, j'ai pu m'assurer que la guérison se maintenait vingt-deux, dix-sept et douze mois après l'opération.

M. Guinard. — Lorsqu'on veut réséquer en même temps les deux nerfs maxillaires, il est absolument nécessaire de faire une assez grande incision en fer à cheval, mais, comme il s'agit en général de sujets âgés, les dimensions des incisions n'ont pas une très grande importance.

En faisant très obliquement la section de l'os malaire, il m'est arrivé d'ouvrir une fois le sinus maxillaire au niveau de son angle supérieur; il faut donc ne pas exagérer l'obliquité de cette section.

Méningo-myélite consécutive à la rachicocaïnisation.

M. Walther. — J'ai dernièrement opéré pour une synovite fongueuse de la face interne du cou-de-pied gauche un homme de vingt et un ans qui était soigné depuis plusieurs mois dans le service de M. Darier pour une méningomyélite actuellement encore existante et se traduisant par une paraplégie presque complète avec un peu de contracture, mais sans réaction de dégénérescence. Or, cette affection, qui date de près de deux ans, a débuté à la suite de deux rachicocaïnisations pratiquées à trois mois environ d'intervalle, la première pour ablation du gros orteil droit atteint d'ostéite tuberculeuse, la seconde — qui fut d'ailleurs insuffisante, au point qu'il fallut donner du chloroforme — pour amputation de Lisfranc au niveau du pied gauche, également nécessitée par des lésions tuberculeuses. C'est le troisième jour après cette dernière intervention que les troubles nerveux apparurent; au dixième jour la motilité des jambes était complètement abolie; vers la troisième semaine enfin s'installa une paralysie du rectum et de la vessie. Celle-ci disparut au bout de quatre ou cinq mois, mais, depuis lors, la motilité des membres inférieurs n'est que très imparfaitement revenue et le malade n'a pu encore recommencer à marcher.

Ce fait est à rapprocher de celui que je vous ai communiqué il y a quatre ans (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 187), mais il ne s'agissait alors que d'accidents de méningisme qui cédèrent bientôt, tandis qu'ici nous avons affaire — et c'est aussi l'avis de M. Babinski qui a vu le malade — à une véritable méningo-myélite.

Hépatico-gastrostomie pour oblitération du cholédoque.

M. Quénu. — La première hépatico-entérostomie, à ma connaissance, a été pratiquée par M. Kehr pour un cancer des voies biliaires. J'ai eu moi-même, en décembre 1903, l'occasion de faire une opération analogue chez une femme atteinte de lithiase biliaire. Je trouvai une vésicule biliaire petite, sans trace de calculs dans le cholédoque; en soulevant le foie, je découvris au niveau du hile une poche distendue, dont la ponction me permit d'évacuer 350 grammes de liquide bilieux. Il s'agissait d'une oblitération du cholédoque, au niveau de son origine, par une bride cicatricielle. Je pus facilement faire une anastomose entre l'estomac et la poche constituée par le canal hépatique distendu; cette anastomose me parut, en effet, plus aisée à établir qu'une hépatico-entérostomie. La malade succomba au troisième jour à une bronchopneumonie, et l'autopsie montra que les sutures avaient parfaitement tenu et que le cours de la bile avait été rétabli par mon intervention. On put en outre vérifier l'existence d'un double rétrécissement du canal cholédoque, au-dessus duquel s'était produite une dilatation considérable du canal hépatique et des canaux biliaires sus-jacents.

Traitement des fractures de jambe.

M. Félizet. — Dans les fractures de jambe avec chevauchement des fragments, chez les enfants, je ne m'occupe pas de ce chevauchement avant le cinquième jour; j'applique donc un appareil plâtré sans chercher à corriger la déformation. Au bout de cinq jours seulement, lorsque la douleur n'existe plus, je sectionne obliquement l'appareil avec une scie, au niveau de la fracture, de façon à le diviser en deux segments, et j'exerce avec un lien élastique une traction sur le segment inférieur, la contre-extension étant en général réalisée d'une manière suffisante par le poids du corps, lorsque le pied du lit est surélevé; après quinze à vingt

minutes de traction, le chevauchement se trouve réduit; je prends alors une bande plâtrée que j'applique au niveau de la section de l'appareil, de façon à maintenir la réduction.

M. Delbet. — J'ai employé pendant deux ans l'artifice que M. Félizet vient d'indiquer; le résultat paraît tout d'abord extrêmement satisfaisant, mais, malheureusement, la radiographie m'a permis de constater que le bénéfice était absolument nul. Cela tient à ce qu'il se produit, sous l'influence de l'extension, un certain glissement du plâtre sur le membre.

Extraction des corps étrangers de l'œsophage.

M. Kirmisson. — M. d'Œlsnitz (de Nice) nous a envoyé une observation au sujet de laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport. Il s'agit d'un cas d'extraction d'un corps étranger de l'œsophage à l'aide de mon crochet, chez un enfant de quatorze mois. Le corps étranger était une pièce de 50 centimes, avalée depuis onze jours et dont un chirurgien avait en vain tenté l'extraction avec le panier de Graefe. M. d'Œlsnitz eut recours à mon crochet et il put sans aucune difficulté retirer le corps étranger. Je ne suis pas fâché de revenir sur ce sujet, en raison du tout récent article de MM. Bérard et Leriche (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 73-77), d'après lequel l'œsophagotomie serait, chez l'enfant, le procédé de choix pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage; je persiste à croire que l'emploi du crochet est avant tout indiqué. Ces auteurs m'ont d'ailleurs attribué une opinion qui n'est pas la mienne : ce n'est pas d'une rigole *antérieure*, qui existerait en avant de la pièce de monnaie arrêtée dans l'œsophage, que j'ai parlé, mais bien au contraire d'une rigole *postérieure*, et c'est précisément ce qui permet de charger le corps étranger avec mon crochet.

M. Schwartz. — J'ai eu, il y a trois ou quatre mois, l'occasion d'enlever un sou chez un enfant de deux ans et demi; je me suis servi du crochet de M. Kirmisson et l'extraction a été extrêmement facile, bien que la déglutition du corps étranger remontât à six jours.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 mars 1905.

Traitement du catarrhe suffocant par les abcès de fixation.

M. Lemoine. — Au cours d'une épidémie de grippe, j'ai eu l'occasion d'observer 18 malades atteints de catarrhe suffocant; 9 d'entre eux furent soignés par les moyens ordinaires (bains chauds, saignées, etc.), et tous succombèrent; les 9 autres furent traités par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine, à la dose de 1 à 2 c.c., au niveau de la face externe de la cuisse : 3 moururent et 6 guérirent. Chez ces derniers, les injections avaient été pratiquées d'une façon précoce, le jour ou le lendemain de l'entrée à l'hôpital, tandis qu'elles furent au contraire tardivement faites chez les 3 malades qui ont succombé. On n'observa, d'ailleurs, aucune réaction locale chez ceux-ci, tandis que chez les premiers il se développa un volumineux abcès au niveau de la piqûre.

L'amélioration de l'état général, qui se manifesta par une diminution de la dyspnée et de la cyanose, apparut de six à huit heures après l'injection, qui fut suivie, en outre, d'une augmentation notable du nombre des globules blancs (de 20,000 à 25,000, au lieu de 18,000). L'ensemencement du pus ne donna aucune culture, mais son examen direct sur lamelles permit, à plusieurs reprises, de déceler, au milieu des éléments cellulaires, la présence de pneumocoques et de quelques streptocoques.

On peut, il me semble, conclure de ces constatations que, malgré la douleur qu'ils provoquent, les abcès de fixation sont indiqués dans les infections graves, rebelles aux autres moyens de traitement.

M. Vincent. — J'ai injecté de l'essence de térébenthine à des lapins et à des cobayes inoculés préalablement dans le péritoine ou dans les veines avec une culture de pneumocoques; la survie de ces animaux a toujours été moins longue que celle des témoins. En outre, les injections ont été suivies de l'apparition d'eschares et d'accidents gangreneux qui m'ont dissuadé d'avoir recours à cette méthode de traitement chez l'homme.

M. Lemoine. — Ces accidents ne sont jamais à redouter chez l'homme lorsque les doses d'essence de térébenthine ne dépassent pas 1 ou 2 c.c.

M. Chantemesse. — J'ai été frappé, lorsque je dirigeais le service des érysipélateux, de voir guérir tous les malades chez lesquels il était survenu de la suppuration, spontanément ou à la suite d'injections de sérum de Marmorek.

M. Bourcy. — J'ai vu également guérir, à la suite d'une injection de sérum antistreptococcique ayant déterminé un abcès, une femme qui était atteinte d'une infection puerpérale grave.

M. Hirtz. — Dans le même ordre d'idées, je puis citer la guérison d'une malade atteinte de purpura infectieux, dont l'état paraissait désespéré, à la suite de l'apparition d'un abcès provoqué involontairement par une injection qui ne lui était pas destinée.

Sur un cas de fistule pneumo-cutanée.

M. Achard. — J'ai observé avec M. Ramond un homme de quarante-neuf ans devenu tuberculeux trente ans après avoir reçu une blessure de guerre : une balle, entrée en avant sous la sixième côte gauche et ressortie en arrière près de l'angle de l'omoplate, avait fait une plaie pénétrante qui mit deux ans à guérir. Les premiers indices de tuberculose pulmonaire se manifestèrent en 1900; quatre ans plus tard, on constatait à gauche des signes cavitaires et à droite des signes de ramollissement. Une fistule s'ouvrit au niveau de la cicatrice postérieure; du pus renfermant des bacilles de Koch s'en écoulait. Une amélioration notable de l'expectoration, de la toux et de la température suivit cette ouverture, mais une hémoptysie foudroyante, avec rejet de sang à la fois par la bouche et par la fistule, emporta le malade au bout de trois mois et demi.

L'autopsie montra le poumon gauche réduit à un bloc fibreux ne renfermant que quelques îlots de parenchyme reconnaissable, avec des bronches dilatées. La plèvre était très épaissie et sa cavité transformée en cavernes tuberculeuses communiquant en haut avec des cavernes creusées dans le sommet du poumon et en bas avec le trajet de la fistule cutanée.

Dans ce cas, le traumatisme n'a évidemment pas localisé une tuberculose préexistante. Mais il a facilité le développement ultérieur de la tuberculose en rendant le poumon plus vulnérable, parce que les adhérences et la sclérose en diminuaient la mobilité, la ventilation, l'aptitude à expulser les germes du dehors. Puis, la tuberculose une fois implantée dans ce poumon, les lésions se sont propagées jusqu'à la barrière fibreuse opposée par le bloc cicatriciel qui occupait la base du poumon et de la plèvre, et n'ont pu ainsi dépasser le niveau de la cicatrice cutanée.

Anévrysme aigu de la crosse de l'aorte au cours du rhumatisme articulaire aigu.

M. Rénon présente, en son nom et au nom de M. Verliac, un garçon de seize ans, chez lequel est apparue, au cours d'un rhumatisme articulaire récidivant, une ectasie considérable de la crosse de l'aorte.

L'absence d'antécédents syphilitiques héréditaires ou personnels ne permet guère d'invoquer une autre cause que l'affection rhumatismale pour expliquer cette dilatation aortique.

A propos d'un cas de tumeur blanche chez un tuberculeux syphilitique.

M. Sergent montre un malade à la fois syphilitique et tuberculeux, chez lequel une arthropathie du coude, considérée par différents médecins comme une tumeur blanche, a complètement guéri à la suite d'injections de biiodure d'hydrargyre, en même temps que le poids du corps augmentait de 5 kilos en six semaines et que les bacilles disparaissaient de l'expectoration, et cela sans aucune autre médication ni aucun régime spécial.

M. Oddo (de Marseille) adresse un travail sur l'évolution de la formule leucocytaire chez les convalescents.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 25 février et 4 mars 1905.

L'équilibre chloruré dans le régime déchloruré longtemps prolongé.

M. Ambard. — Pendant cinquante jours, je me suis soumis à un régime d'où toute adjonction de sel était bannie : il renfermait environ 1 gr. 75 centigr. de chlorure de sodium par ration journalière.

Cette expérience n'a pas produit chez moi le moindre trouble fonctionnel, notamment aucun phénomène dyspeptique, aucune albuminurie. Son premier effet subjectif a été de supprimer la soif, et c'est volontairement — pour maintenir le taux quotidien des urines à un litre à peu près — que j'absorbais une certaine quantité d'eau.

La perte totale des chlorures, au bout des cinquante jours, n'a pas excédé une quinzaine de grammes; l'élimination chlorurée moyenne, remarquable par sa régularité, a été de 2 gr. 25 centigr. pendant une première série de onze jours, de 2 gr. 20 centigr. durant une deuxième série de huit jours.

A deux reprises, l'adjonction quotidienne de 10 grammes de sulfate de soude au régime déchloruré a déterminé un fléchissement de l'élimination des chlorures, qui sont tombés à 1 gr. 35 centigr. la première fois, à 0 gr. 98 centigrammes la seconde, au point que j'ai réalisé dans ces périodes de véritables rétentions chlorurées. L'ingestion quotidienne de 3 grammes d'azotate de potassium n'a en rien augmenté l'élimination chlorurée.

Sur les altérations des neurofibrilles dans la pellagre.

MM. Parhon et **Papinian** (de Bucarest). — Ayant eu récemment l'occasion de faire l'étude histologique d'un cas de pellagre accompagnée de troubles cérébro-spinaux, nous avons pu constater l'existence d'altération nettes des neurofibrilles au niveau du cerveau et de la moelle épinière.

Dans le cerveau, ces altérations atteignent leur maximum dans les cellules de Betz, où les neurofibrilles sont presque entièrement détruites. Dans les cellules pyramidales moyennes, elles apparaissent amincies, quelquefois fragmentées, et l'on constate qu'elles s'imprègnent moins bien avec le nitrate d'argent. Par contre, au niveau des petites cellules pyramidales il n'est pas rare qu'elles aient conservé leur aspect normal.

En ce qui concerne la moelle épinière, les altérations sont en général plus intenses dans la région cervicale que dans la moelle lombo-sacrée, et dans les cellules radiculaires que dans les cellules cordonales. Dans les grandes cellules de la corne antérieure, surtout de la région cervicale, elles rappellent beaucoup celles des cellules géantes de la zone rolandique.

La polyurie à la fin de la grossesse normale.

MM. Bar et **Daunay.** — On sait qu'à la fin de la grossesse la primipare excrète un volume d'urine inférieur à la normale et la multipare un volume supérieur. Toutefois, cette notion est insuffisante pour permettre d'affirmer que dans ce second cas il y a polyurie à la fin de la grossesse.

D'autre part, les recherches qui ont été poursuivies à ce point de vue chez les femmes ne sont pas démonstratives, en raison de la trop grande variabilité du régime et des conditions pathologiques multiples qui troublent souvent le fonctionnement du rein.

Chez deux chiennes, au contraire, qui ont été soumises à un régime constant pendant plusieurs périodes de gestation et dans les périodes intercalaires, nous avons pu constater facilement que la quantité d'urine émise dans l'intervalle des gestations était un peu plus faible que pendant celles-ci.

La gestation est donc une cause de polyurie chez la chienne, et nous croyons logique d'admettre qu'il en est de même chez la femme.

Effets expérimentaux de la toxine dysentérique sur le système nerveux central.

M. Dopter. — A la suite d'inoculations sous-cutanées de cultures vivantes de bacilles dysen-

tériques ou de la toxine du même microbe, j'ai constaté, au niveau de la moelle, des lésions soit diffuses soit localisées.

Les premières consistent en chromophilie du protoplasma et du noyau des grandes cellules des cornes antérieures, dont beaucoup présentent en outre de la chromatolyse.

Les lésions en foyer sont constituées par de véritables ramollissements souvent multiples, développés uniquement dans les cornes antérieures avec destruction complète de tous les éléments cellulaires.

Dans les deux cas, les vaisseaux sont dilatés et gorgés de sang. Il s'agit, en un mot, d'une myélite ou plus exactement d'une poliomyélite aiguë qui ne possède du reste aucun caractère spécifique et ressemble à celles que sont susceptibles de déterminer tous les poisons microbiens.

La formation des calculs biliaires.

M. Gérard. — J'ai pu constater expérimentalement qu'une solution de sels biliaires, saturée de cholestérine, et ensemencée avec le colibacille, laisse déposer une partie de cette substance par suite de la décomposition des sels biliaires.

Ces résultats permettent de concilier les deux théories émises relativement à la formation des calculs biliaires : on sait que M. Bouchard considère comme conditions pathogéniques de la lithiase le défaut d'acides gras, d'acides biliaires, de bases alcalines, l'excès de cholestérine, tandis que MM. Gilbert et Fournier estiment que la formation des calculs est le résultat d'une infection biliaire. Or, d'après mes expériences, on peut conclure que l'apparition du colibacille dans la bile diminue la teneur de ce liquide en sels biliaires, lesquels ne sont plus en quantité suffisante pour dissoudre la cholestérine qui se dépose alors et devient l'amorce d'un calcul.

Détermination du zéro physiologique cutané.

M. Maurel (de Toulouse). — Sous le nom de zéro physiologique cutané, je désigne la température ambiante qui, mise en contact direct avec notre surface cutanée, ne donne qu'une sensation indifférente. J'en ai fait la détermination, d'abord au contact de l'eau et ensuite au contact de l'air, et j'ai pu constater que, dans ces deux milieux, c'est aux températures comprises entre 29° et 32° que correspond notre zéro physiologique.

La réaction névroglique dans l'encéphalomalacie.

M. Anglade (de Toulouse). — Les recherches histologiques que je viens de pratiquer prouvent, contrairement à l'opinion classique, que le ramollissement cérébral n'est pas une nécrose pure et simple : il s'accompagne d'une encéphalite interstitielle qui, parfois limitée au pourtour du foyer, diffuse très souvent à travers le système nerveux tout entier. Ainsi s'expliquent les symptômes d'ordre psychique qui, si fréquemment, accompagnent les ramollissements, surtout les ramollissements corticaux.

M. F. Dévé (de Rouen) relate des expériences exécutées sur le lapin et prouvant que, contrairement aux affirmations de certains auteurs, les rayons X sont absolument sans action sur les germes échinococciques inoculés sous la peau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

MÉDECINE

Bastedo (W. A.). The association of cancer and tuberculosis. (*Med. News*, 17 déc.)

Campani (A.). Sull'ascoltazione orale. (*Riv. critica di clinica medica*, 3 et 10 déc.)

Dithmar. Ueber einen seltenen Fall von Kottumor, nebst einigen Bemerkungen über die Perkussion des Darms. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 déc.) — Un cas rare de tumeur stercorale; remarques sur la percussion de l'intestin.

Dudgeon (L. S.). Acute lymphocythæmia. (*Lancet*, 17 déc.)

Elder (W.) et **Fowler** (J. S.). Acute myelocytic leukæmia. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.)

Fink (F.). Ein Beitrag zu den Untersuchungsmethoden der Leber und Gallenblase bei Cholelithiasis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 déc.) — Sur les méthodes d'exploration du foie et de la vésicule biliaire dans la lithiase biliaire.

Fürst (L.). Die Herabminderung des intraarteriellen Druckes bei Arteriosklerose. (*Wien. med. Presse*, 18 déc.) — L'abaissement de la pression artérielle dans l'artériosclérose.

Futcher (Th. B.). The etiology and pathology of gout. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 nov. et 3 déc.)

Galdi (F.) et **Appiani** (G.). L'acido urico nei liquidi da versamenti. (*Riforma med.*, 14 déc.) — L'acide urique dans les épanchements.

Handford (H.). Remarks on a case of gummata of the heart; death from heart-block; rhythmical contraction of the auricles during the long pauses. (*Brit. Med. Journ.*, 31 déc.) — Gommes du cœur; mort par inhibition cardiaque; contraction rythmique des auricules pendant le long silence.

Hoppe-Seyler (G.). Ueber nichtdiabetische Glykosurie. (*Med. Klinik*, 10 déc.) — Sur la glycosurie non diabétique.

Howard (C. P.). A study of ulcer of the stomach and duodenum, based upon a series of 82 cases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Hutchinson (W.). The uric-acid delusion and the prevention of gout. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 déc.)

Kleinwächter (L.). Ein Beitrag zur Komplikation des Diabetes mit Gravidität. (*Wien. med. Presse*, 18 déc.)

Klieneberger (C.). Ueber die Fortleitung von Herz- und Gefässgeräuschen im Thorax. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 1-2.) — Sur la propagation des bruits cardiovasculaires dans le thorax.

Krokiewicz (A.). Przypadek « chloroma multiplex ». (*Gaz. lekarska*, 17 et 24 déc.)

Leo (H.). Ueber Heilung und Latenz des Diabetes mellitus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 déc.) — Guérison et état latent du diabète.

Levicnik (A.). Ueber das Quinquaud'sche Phänomen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 déc.)

Malsbary (G. E.). Rheumatism. (*Med. Record*, 10 déc.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bielschowsky (A.). Die Augensymptome bei der Myasthenie. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 déc.) — Les signes oculaires de la myasthénie.

Bourdin (V.). Aliénés criminels et asiles spéciaux. (*Arch. de neurol.*, déc.)

Bourgeois (H.). Contribution au diagnostic des troubles de l'équilibre par lésion bulbaire; hémiasynergie, latéropulsion, myosis avec foyer de ramollissement bulbaire, syndrome de Babinski-Nageotte. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, déc.)

Bourneville et **Maugeret** (Reine). Imbécillité; hémiplégie gauche; épilepsie; état de mal; mort; atrophie considérable de l'hémisphère cérébral droit. (*Arch. de neurol.*, déc.)

Carrière (G.). Sur un cas d'épilepsie bravais-jacksonienne consécutive à une méningite scléro-gommeuse, d'origine syphilitique, chez une enfant. (*Nord méd.*, 15 déc.)

Ceni (C.). La formazione di cavità midollari in un caso di poliomielite anteriore acuta. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 4.)

Collins (J.). Remarks on melancholia. (*Med. Record*, 24 déc.)

Corning (J. L.). Traumatic hæmatoma with evanescent aphasia and hemiplegia, followed in the course of years by inveterate and severe headache; operation; recovery. (*New York Med. Journ.*, 17 déc.)

De Buck (D.). Les troubles de la psychomotilité. (*Journ. de neurol.*, 20 déc.)

Dickinson (W. H.). Diseases of the nervous system sometimes regarded as functional, with particular reference to diabetes. (*Lancet*, 10 déc.)

Dosi (C.). Rieducazione psichica per controipnosi in un caso di grande isteria. (*Gazz. degli Osped.*, 25 déc.)

Dreyer. Ein Beitrag zur Lehre von der traumatischen Hysterie. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, nov. et déc.)

Engelhardt (R. von). Zum Sympathicusproblem. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 30 déc.)

Engelmann (F.). Akute Kompression der Cauda equina durch ein Projektil; Operation; Heilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 déc.)

Etchepare (B.). Locura comunicada entre dos hermanas. (*Rev. méd. del Uruguay*, nov.) — Folie à deux.

Fickler (A.). Ein Beitrag zur Pseudosklerose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 déc.)

Fürnrohr (W.). Studien über den Oppenheimschen « Fressreflex » und einige andere Reflexe. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVII, 5-6.) — Sur le réflexe manducateur d'Oppenheim et sur quelques autres réflexes.

Gasparini (G.). Un caso di polineurite con psicosi del Korsakoff. (*Gazz. degli Osped.*, 18 déc.)

Gonzales (P.). Contributo allo studio della demenza precoce; nota preventiva clinica ed anatomo-patologica. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 4.)

Gordon (A.). A note on the rôle of the thyreoid gland in exophthalmic goitre associated with paralysis agitans. (*New York Med. Journ.*, 31 déc.)

Gräffner. 5 Fälle von Tumoren des Centralnervensystems. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 déc.)

Gross (O.). Zur Nomenclatur « Dementia sejunctiva ». (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 déc.)

Hamilton (A. McL.). The treatment of epilepsy in connection with auto- and hetero-toxis. (*Med. Record*, 3 déc.)

Hegler (C.) et **Helber** (E.). Ein Fall von akuter, einfacher Meningoencephalitis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 1-2.)

Heilbronner (K.). Zur Symptomatologie der Hemiplegie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVIII, 1.)

Hey (J.). Zur Landry'schen Paralyse. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 déc.)

Hoche (A.). Ueber die Gefährlichkeit Geisteskranker. (*Med. Klinik*, 10 déc.) — Sur les aliénés dangereux.

Kollarits (J.). Hypophysistumoren ohne Akromegalie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVIII, 1.) — Tumeurs de l'hypophyse sans acromégalie.

Siccardi (P. D.). Contributo clinico ed anatomopatologico allo studio dell'atrofia muscolare progressiva. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 4.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Adrian (C.). Ueber das gleichzeitige Vorkommen von manifester Syphilis und Tabes. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.) — Sur la coexistence du tabes avec une syphilis évidente.

Beaurain et **Durand.** La multiplicité du chancre syphilitique. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 déc.)

Bernstein (M.). Zur ambulatorischen Behandlung der sekundären Syphilis durch Welander'sche Ueberstreichungen. (*Wien. med. Presse*, 11 déc.)

Blaschko (A.). Syphilis als Berufskrankheit der Aerzte. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 déc.) — La syphilis professionnelle chez le médecin.

Bureau (G.). Les verrues planes juvéniles. (*Gaz. méd. de Nantes*, 31 déc.)

Chaves (A.). Um caso de lepra infantil. (*Porto med.*, nov.)

De Chiara (D.). Della influenza della eredità sifilitica sui vizi cardiaci congeniti. (*Policlinico*, 17 déc.)

De Lisle (J.). A contribution to the serumtherapy of syphilis. (*New York Med. Journ.*, 24 déc.)

Düring (von). Syphilitische Erkrankungen der Zirkulationsorgane. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 déc.)

Ehlers. Syfilis i Kobenhavn. (*Ugeskrift for Læger*, 10 nov.)

Fels (J.). Ein Fall von Gonitis luetica (*Wien. med. Presse*, 4 déc.)

Finckh (E.). Zur Säbelscheidenform der Tibia bei Syphilis hereditaria tarda. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 3.) — Sur la déformation platycnémique du tibia dans la syphilis héréditaire tardive.

Halle (A.). Ein Beitrag zur Kenntnis des Sarcoma idiopathicum multiplex hæmorrhagicum (Kaposi). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXII, 3.)

Hébert (A.). Note sur une petite épidémie de trichophytie suppurée. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 déc.)

Hoffmann (E.). Ueber Aetiologie und Pathogenese des Erythema nodosum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 déc.)

Jesionek. Ein Beitrag zur Lehre von der Vererbung der Syphilis. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 et 13 déc.) — De la transmission héréditaire de la syphilis.

CHIRURGIE

Abbe (R.). On what lines is the treatment of malignant disease advancing? (*Med. Record*, 31 déc.)

Adenot et **Perroy**. Essais de stérilisation des cuvettes destinées aux opérations chirurgicales et pansements. (*Lyon méd.*, 18 déc.)

Albanese (A.). Sopra un caso raro di ernia diaframmatica congenita; considerazioni cliniche; cura chirurgica; guarigione. (*Riforma med.*, 30 nov.)

Aronheim. Eine seltene Betriebsverletzung des Penis. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, déc.) — Blessure de la verge rarement observée en tant qu'accident du travail.

Audet. Note sur un cas de prolapsus du rectum avec hédrocèle. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 4.)

Ballance (H. A.). 7 cases of thoracoplasty performed for the relief of chronic empyema. (*Brit. Med. Journ.*, 10 déc.)

Barling (G.). On the diagnosis and surgical treatment of certain cases of chronic indigestion. (*Brit. Med. Journ.*, 17 déc.)

Bauer (F.). Frühzeitige Operation der akuten Appendicitis, um septischer Peritonitis oder Allgemeininfektion vorzubeugen oder solche zu begrenzen. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 3.) — L'intervention précoce dans l'appendicite en vue de prévenir ou de limiter les péritonites septiques ou l'infection générale.

Becker (A.). Isolierte Schussverletzung des Pankreas, durch Operation geheilt. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 3.) — Blessure par coup de feu localisée au pancréas; opération; guérison.

Bennett (Sir William). On a condition of the lower limbs often mistaken for phlebitis. (*Brit. Med. Journ.*, 10 déc.) — Affection du membre inférieur en imposant fréquemment pour une phlébite.

Berndt (F.). Leukozytenzählung und Frühoperation bei Epityphlitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 et 20 déc.) — Numération des leucocytes et intervention précoce dans l'appendicite.

Bier (A.). Die Bedeutung des Blutergusses für die Heilung des Knochenbruches; Heilung von Pseudarthrosen und von verspäteter Callusbildung durch Bluteinspritzung. (*Med. Klinik*, 1er et 10 déc.) — Traitement des pseudarthroses et du retard de la consolidation des fractures par des injections de sang.

Bindi (F.). Peritelioma della coscia; contributo istogenetico e clinico allo studio dei tumori vascolari. (*Riforma med.*, 7 déc.) — Périthéliome de la cuisse.

Blake (J. A.). The surgical treatment of gastric ulcer. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Bonheim (P.). Heilungsresultate bei Peritonitis diffusa im Anschluss an acut in die Bauchhöhle perforiertes Magen- oder Duodenalulcus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 5-6.) — Résultats curatifs obtenus dans la péritonite diffuse consécutive à la perforation des ulcères de l'estomac et du duodénum.

Borelius (J.). Zur Technik der Dickdarmresektion. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 3.) — Sur la technique de la résection du gros intestin.

Borgbjærg (A.). Appendicitis pelvica. (*Hospitalstidende*, 30 nov. et 7 déc.)

Brehm (O.). Abnormitäten und Komplikationen der Appendicitis. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 9 déc.)

Brownlee (H. F.). A question on gall-bladder surgery : cholecystotomy or cholecystectomy? (*Med. Record*, 10 déc.)

Brunn (M. von). Ueber Spiralbrüche an den langen Röhrenknochen der unteren Extremität. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 3.) — Sur les fractures spiroïdes des os longs du membre inférieur.

Caldesi (V. T.). Alcune considerazioni sulla cura radicale dell'ernia inguinale. (*Gazz. degli Osped.*, 18 déc.)

Cheyne (W. Watson). Intussusception of Meckel's diverticulum; report of a case complicated by stenosis of the intestine below leading to secondary intussusception of the small intestine. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Codet-Boisse. Un nouveau nœud pour ligature des pédicules. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 18 déc.)

Courtin (J.). Appendicite sans perforation avec abcès; laparotomie; guérison. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 18 déc.)

Cunéo, Mauclaire et **Magitot**. Apoplexie d'un testicule en ectopie. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Damianos (N.). Ueber aufsteigende Darmeinstülpung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 5-6.) — De l'invagination intestinale ascendante.

Delagénière (H.). Contribution au traitement chirurgical des cirrhoses du foie d'après dix observations. (*Arch. provinc. de chir.*, nov.)

Denucé (M.). Absorption d'une certaine quantité d'eau avant la chloroformisation, pour éviter les vomissements post-opératoires. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 25 déc.)

Diwald (K.). Zur Frage der Behandlung von knöchernen Schädeldefekten. (*Wien. med. Presse*, 4 déc.) — Sur le traitement des perforations crâniennes.

Dyball (B.). Parotitis following injury or disease of the abdominal and pelvic viscera. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Effertz (O.). Langsamstes Narkotisieren. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 déc.) — Anesthésie très lente.

Enderlen et **Zumstein**. Ein Beitrag zur Hepato-Cholangio-Enterostomie und zur Anatomie der Gallengänge. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 1-2.)

Fantino (G.). Beitrag zum Studium der Harn- und Gallensteine. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 1 et 2.) — Calculs urinaires et calculs biliaires.

Federmann. Was leistet die Leukozytenuntersuchung im Frühstadium der Appendizitis? (*Münch. med. Wochensch.*, 13 déc.) — Valeur de la numération des leucocytes dans l'appendicite au début.

Fink (F.). Beseitigung von Gallensteinerscheinungen durch Choledochusspülung. (*Prag. med. Wochensch.*, 8 déc.) — Traitement de la lithiase biliaire par l'irrigation du cholédoque.

Foxworthy (F. W.). Modern bullet wounds. (*Ann. of Surgery*, déc.) — Les plaies produites par les projectiles modernes.

Franke (F.). Ueber den Fusssohlenschmerz und seine Behandlung (Podalgie, Plantarneuralgie, Tarsalgie, Metatarsalgie, Talalgie, Hackenschmerz). (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 et 29 déc.)

Friedrich (P. L.). Ueber den Nutzen der funktionellen Ausschaltung grosser Darmabschnitte bei septischer Peritonitis. (*Med. Klinik*, 10 déc.) — Sur la valeur de l'exclusion de tronçons étendus de l'intestin dans la péritonite septique.

Fröhlich (H.). Die Radikaloperation bei tuberkulösen Ileocæcaltumoren. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 déc.)

Gorokhov (D.). Le pied bot varus équin (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 11 et 18 déc.)

Greene (J. S.). The presence of air in the veins as a cause of death. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.) — La pénétration d'air dans les veines comme cause de mort.

Haas (W.). Zur Kasuistik der Mesenterialcysten. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 déc.)

Häberlin (H.). Wann soll man bei Appendicitis operieren? (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 déc.) — Sur l'opportunité de l'intervention dans l'appendicite.

Hacker (von). Ueber die Behandlung der Narbenstrikturen des Luftrohrs und die Mangoldt'sche Laryngo-Tracheoplastik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 3.)

Haggard (W. D.). Pancreatitis. (*Med. News*, 3 déc.)

Henning. Beitrag zur Frage der appendiculären Perforationsperitonitis nach Trauma. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 déc.)

Hilliard (H.). Ethyl chloride as an anæsthetic in general practice. (*Lancet*, 17 déc.)

Holmes (E. W.). Brain tumor and trauma. (*Amer. Medicine*, 10 déc.) — Tumeur du cerveau et traumatisme.

UROLOGIE

Baldwin (Helen). On the presence of organic acid in the urine in cases of rheumatoid arthritis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Baldy (J. M.) et **Schumann** (E. A.). Tuberculosis of the kidney, ureter and bladder. (*Amer. Medicine*, 31 déc.) — Tuberculose rénale, urétérale et vésicale.

Baradulin (G.). Complicationen von Seiten der Harnblase bei Appendicitis. (*Monatsberichte für Urologie*, IX, 12.) — Complications vésicales de l'appendicite.

Bataille (Ch.). Tumeur de la vessie; extirpation par la taille hypogastrique. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 déc.)

Berger (A.). Zur Frage der spinalen Blasenstörungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVII, 5-6.) — Sur les troubles vésicaux d'origine spinale.

Crawford (J. P.). Operative technic in stone in the ureter. (*Amer. Medicine*, 3 déc.) — Technique opératoire dans l'extraction d'un calcul de l'urèthre.

Dudgeon (L. S.) et **Wallace** (C.). A preliminary note on the bacteriological findings in 7 cases of enlarged prostate. (*Brit. Med. Journ.*, 31 déc.) — Constatations bactériologiques dans 7 cas d'hypertrophie de la prostate.

Escat (J.). Rôle des glandes de l'urèthre dans les suppurations périnéales. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er déc.)

Forgue (E.). Die Freilegung des hinteren Abschnittes der Urethra vor der Prostata ohne Leitsonde bei der Urethrotomia externa. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 5-6.) — Recherche de l'urèthre postérieur en avant de la prostate sans sonde directrice au cours de l'uréthrotomie externe.

Fowler (H. A.). The iliac extraperitoneal operation for stone in the lower ureter in the male. (*Ann. of Surgery*, déc.) — Extraction de calculs de la partie inférieure de l'uretère par la voie extrapéritonéale iliaque chez l'homme.

OPHTALMOLOGIE

Ask (F.). Studien über die Myopie in den vollständigen höheren Lehranstalten für Knaben (« högre allmänna läroverk ») Schwedens. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 3.) — La myopie dans les lycées de garçons en Suède.

Ayres (S. C.). Double radial rupture of the iris. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 déc.)

Ball (J. M.). Modern ophthalmology : a practical treatise on the anatomy, physiology, and diseases of the eye. 2 vol. In-8°, 820 p. avec fig. Philadelphie.

Bichelonne (H.). Neuro-rétinite albuminurique occasionnée par un refroidissement suivi d'un travail oculaire excessif; guérison. (*Ann. d'oculist.*, déc.)

Calhoun (A. W.). Is bilateral operation for cataract ever justifiable? and if not, how soon after the operation on the first eye is it safe to extract the second cataract? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 déc.)

Claiborne (J. H.). The nervous symptoms produced in children by uncorrected refractive and muscular errors. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 déc.) — Les symptômes nerveux produits chez les enfants par la non-correction des troubles de réfraction et de convergence.

Cosmettatos (G.-F.). Colobomes partiels atypiques et bilatéraux de l'iris. (*Arch. d'ophtalmol.*, nov.)

Cutler (C. W.). Symmetrical enlargement of parotid and lacrymal glands; nodular iritis. (*Med. News*, 17 déc.) — Hypertrophie symétrique de la parotide et des glandes lacrymales; iritis nodulaire.

Delogé. De la correction des anisométropes. (*Arch. d'ophtalmol.*, déc.)

Demaret (J.). De la pression osmotique des liquides intra-oculaires dans le glaucome. (*Arch. d'ophtalmol.*, nov.)

Dianoux. Traitement du décollement de la rétine par les injections du sérum sucré. (*Gaz. méd. de Nantes*, 10 déc.)

Ellett (E. C.). Septic thrombosis of the cavernous sinuses. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 déc.)

Elschnig (A.). Ueber Glaskörperablösung. (*Wien. med. Presse*, 11 déc.) — Du décollement du corps vitré.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld (F.). Placentalösung und Gummihandschuhe; zugleich eine kurze Darstellung des jetzigen Standes der Lehre von der Händedesinfektion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 déc.) — Décollement placentaire et gants de caoutchouc.

Applegate (J. C.). Adherent uterus as a complication of labor. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 déc.)

Audebert (J.). De l'ovariotomie pendant la grossesse. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, nov.)

Baisch (K.). Uterusverletzungen und Schwangerschaftsruptur. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 déc.) — Perforation de l'utérus et rupture consécutive de l'organe au cours de grossesses ultérieures.

Ballantyne (J. W.). Hydrocephalic fetus delivered by spinal tapping. (*Brit. Med. Journ.*, 10 déc.) — Accouchement d'un fœtus hydrocéphale ayant subi la ponction rachidienne.

Balloch (E. A.). The limitations of operative intervention in cancer of the cervix uteri. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Bauereisen (A.). Beitrag zur Frage der Placentaradhärenz. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 2.)

Boshouwers (H.). Beginnende voedingsstoornis tengevolge van langdurige zogafscheiding. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 3 déc.) — Dénutrition due à de la galactorrhée.

Brunet. Ein Fall von Adenomyom des Epoophoron. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 3.)

Burtenshaw (J. H.). Lacerations of the pelvic floor; the principles involved in their primary and secondary repair. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 déc.) — Sur les ruptures du périnée.

Carmelo (F.). Un caso di cisti del collo dell'utero. (*Gazz. degli Osped.*, 18 déc.)

Carstens (J. H.). Some further observation on the use of the stem pessary for scanty menstruation, dysmenorrhea, infantile uterus and sterility. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 déc.)

Clerici (C.). Contributo alla casistica delle ernie della tuba. (*Gazz. degli Osped.*, 18 déc.)

Cokenower (J. W.). A plea for conservative operations on the ovaries from a neurotic standpoint. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 déc.)

Davis (E. P.). The immediate repair of the pelvic floor and perineum. (*Med. News*, 10 déc.) — La périnéorrhaphie immédiate.

De Lee (J. B.). A case of indirect traumatic rupture of the uterus in the 8th month of pregnancy; amputation of the uterus; recovery. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Dorsett (W. B.). Extrauterine pregnancy with atypical symptoms. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 déc.)

Franqué (O. von). Ueber pathologische Hinterscheitelbeineinstellung, nebst einem Beitrag zum normalen Geburtsmechanismus. (*Prag. med. Wochensch.*, 1er et 8 déc.) — Des positions anormales du pariétal postérieur; remarques sur le mécanisme de l'accouchement normal.

Germain (H. H.). Dermoid cyst of the pelvic connective tissue. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Gottschalk. Ueber die Blasenmole. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 3.) — Sur la môle vésiculaire.

Halban (J.). Schwangerschaftsreaktionen der fötalen Organe und ihre puerperale Involution. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 2.)

Hasse (C.). Zur Frage der Ueberwanderung des menschlichen Eies. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 2.) — Sur la migration de l'ovule humain.

Henkel (M.). Zur Klinik und zur konservativen Behandlung der Myome des Uterus. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 3.)

Herman (H. Th.). Emphysema subcutaneum während des Gebäraktes entstanden. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 3.) — Emphysème sous-cutané survenu pendant l'accouchement.

Jacoby. Ueber die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft durch die Bougiemethode; Erfahrungen über Indication und Methode aus 228 Fällen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 2.) — Indications et manuel opératoire de l'avortement provoqué à l'aide de bougies, d'après 228 cas.

Katz (R.). Ueber Blutanhäufungen bei doppelten Genitalien mit Verschluss einer Seite. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 2.) — Sur les rétentions sanguines dans le cas de bifidité des organes génitaux avec occlusion de l'une des deux parties.

Kelly (H. A.). Injuries to the rectum caused by gynecologic examinations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 nov.) — Lésions du rectum occasionnées par l'examen gynécologique.

Kholodkovsky (A.). Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 24.)

Kikuth (M.). Ehe, Tuberkulose und Schwangerschaft. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 23 déc.) — Mariage, tuberculose et grossesse.

Krönig (B.). Kurze Bemerkung zur Lumbalpunktion bei Eklampsie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 déc.) — Sur la ponction lombaire dans l'éclampsie.

Kubinyi (P. von). Gefährliche Blutung aus den Harnwegen während der Schwangerschaft. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 déc.) — Hématurie profuse au cours de la gestation.

PÉDIATRIE

Aikin (J. M.). Cerebral palsies in children. (*Med. News*, 31 déc.) — Paralysies cérébrales infantiles.

Barthélemy (F.). L'anasarque dans la gastroentérite infantile. (*Gaz. méd. de Nantes*, 17 déc.)

Bérard (L.) et **Nordmann.** Sur un cas d'ostéomalacie infantile. (*Lyon méd.*, 11 déc.)

Christopher (W. S.). Types of children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 nov. et 3 déc.)

Clogg (H. S.). Congenital intestinal atresia. (*Lancet*, 24 déc.)

Cook (J. C.). Some findings in summer diarrheas of children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 déc.) — Sur la diarrhée estivale des enfants.

Cooke (J. B.). Chondrodystrophia fetalis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Dunlop (G. H. M.). Syphilitic synovitis in children. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.)

Fischer (I.). Beitrag zur Melaena neonatorum. (*Wien. med. Presse*, 25 déc.)

Glazebrook (F. H.). A few remarks on infant feeding; with a simple and safe method for the general practitioner. (*Med. Record*, 3 déc.) — Sur l'alimentation du nourrisson.

Goundobine (N.). L'état actuel de l'enseignement de la pédiatrie (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 25 déc.)

Grancher (J.) et **Comby** (J.). Traité des maladies de l'enfance. 2e éd. T. II. In-8°, 970 p. avec fig.

Hochsinger (C.). Versuch einer pathogenetischen Eintheilung der funktionellen Kinderkrämpfe. (*Wien. med. Wochensch.*, 17 déc.) — Essai de classification pathogénique des convulsions infantiles.

Holt (L. E.). The bacillus dysenteriæ (Shiga) in its relation to the diarrheal diseases of infants; a clinical study of 237 cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 déc.)

Karcher (J.). Chronischer Gelenksrheumatismus der Kinder und seine Beziehungen zur Tuberkulose. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 déc.)

NOUVELLES

ANGLETERRE

Jeudi dernier, Sir James Sawyer, médecin consultant de l'hôpital de la Reine à Birmingham, a fait à Londres, devant la « Société pour la culture de l'ambidextérité », une conférence dans laquelle il s'est attaché à montrer l'importance de l'ambidextérité au point de vue médical.

A ce propos, notre confrère a émis l'opinion que l'ambidextérité pouvait rendre des services en mettant à l'abri de certaines affections du cerveau — telles que l'apoplexie par rupture vasculaire —, l'activité cérébrale se distribuant chez les ambidextres sur une aire corticale plus considérable que chez les sujets qui se servent toujours de la même main. D'autre part, l'usage fréquent de la main gauche amènerait l'entrée en activité des centres de l'hémisphère droit qui fonctionneraient concurremment avec leurs homonymes gauches. Dès lors, les ambidextres posséderaient, par exemple, deux centres du langage, pouvant se suppléer l'un l'autre, si bien qu'une lésion de l'un d'eux n'entraînerait pas fatalement l'aphasie à laquelle sont exposés les droitiers disposant uniquement du centre de Broca de l'hémisphère gauche.

Au début de cette année, en jetant un coup d'œil rétrospectif sur le dernier quart de siècle, nous signalions avec quelques détails la situation, peu florissante au point de vue scientifique, dans laquelle se trouvent actuellement les Sociétés savantes, aussi bien en France qu'à l'étranger. C'est sans doute pour obvier à cet état de choses que dans l'assemblée générale annuelle de la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, tenue le 1er mars 1905, le président, Sir R. Douglas Powell, a fait entrevoir les avantages qui pourraient résulter de l'union des diverses Sociétés médicales de Londres sous la dénomination de « Société royale de médecine ». Cette suggestion a reçu l'accueil le plus empressé, et sur la proposition de Sir Thomas Smith, la Société de médecine et de chirurgie a émis incontinent et à l'unanimité le vœu que son bureau invitât aussitôt que possible les principales Sociétés médicales de Londres à une réunion générale pour examiner l'opportunité d'une fusion.

Si ce projet — conçu plusieurs fois déjà au cours du siècle passé, mais qui n'avait plus été mis en avant depuis 1893 — venait à aboutir, la nouvelle Société aurait une importance considérable, attendu que les Sociétés de Londres comprennent parmi leurs membres les médecins et les chirurgiens les plus renommés de la province.

BRÉSIL

Il y a deux ans environ, nous avons fait connaître dans ses divers détails le décret de réorganisation de l'hygiène publique et de la police sanitaire à Rio-de-Janeiro, lequel transférait en même temps ce service à la direction générale de la santé publique (Voir *Semaine Médicale*, 1903, Annexes, p. XIV). Huit maladies comportent la déclaration obligatoire avec isolement à domicile ou à l'hôpital et désinfection obligatoire. Mais au Brésil, tout comme dans certains pays européens, les mesures sanitaires ne sont pas sans soulever des protestations, et parmi celles qui paraissent le moins bien acceptées figure en bonne place la désinfection.

Un habitant de Rio, dont le domicile tombait sous le coup du règlement sanitaire par suite de la constatation d'un cas de fièvre jaune, s'opposa absolument à ce que le personnel de désinfection publique pénétrât dans son appartement, et pour faire décider l'inviolabilité de son domicile il s'adressa aux tribunaux. L'affaire est venue dernièrement devant le tribunal suprême fédéral qui a reconnu au demandeur le droit d'empêcher les agents du service d'hygiène de pénétrer dans son appartement.

Cette décision, qui, appliquée sur une large échelle, annulerait tous les efforts de prophylaxie épidémique tentés depuis deux ans dans la capitale, a donné lieu à une protestation adressée par le directeur général de la santé publique au ministre de la justice, dans le but de démontrer qu'en présence de la décision du tribunal suprême il lui sera impossible désormais d'appliquer les mesures nécessaires pour sauvegarder le pays d'une épidémie, toujours menaçante, de fièvre jaune.

RUSSIE

La section médicale du ministère de l'instruction publique a prescrit aux directeurs de tous les établissements scolaires pour jeunes filles de choisir dorénavant les médecins parmi les doctoresses.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec. — M. ERNEST BARIÉ.

Pathogénie et variétés cliniques du rétrécissement mitral.

L'étiologie générale des cardiopathies organiques peut se rapporter à deux facteurs principaux, l'infection et l'intoxication : au premier ressortissent le rhumatisme articulaire aigu, les fièvres éruptives et les maladies infectieuses, telles que la fièvre typhoïde, la blennorrhagie, la syphilis, l'érysipèle, etc.; au second se rattachent certains poisons externes comme le plomb et l'alcool, et certaines dyscrasies comme la goutte. Le rétrécissement mitral, dont nous nous proposons de passer successivement en revue les diverses modalités, n'échappe point à cette loi générale de pathologie cardiaque, surtout en ce qui concerne les deux premières de ses variétés cliniques.

La première — de beaucoup la plus fréquente — est constituée par le rétrécissement mitral consécutif à une endocardite aiguë d'origine rhumatismale; d'après Sir Dyce Duckworth, on la rencontrerait dans la proportion de 60 % des cas environ. Duroziez a prétendu que cette sténose d'origine rhumatismale peut survenir à l'état isolé; le fait n'est peut-être pas impossible, mais c'est là une circonstance rare; le plus habituellement on la trouve associée à d'autres lésions d'orifices et spécialement à l'insuffisance de la valvule auriculo-ventriculaire gauche : cette association est désignée, comme vous le savez, sous le nom de maladie mitrale.

Il est inutile d'insister plus longuement sur cette première variété de rétrécissement mitral; son histoire est classique, bien connue de tous les cliniciens, et l'on peut résumer son étiologie en disant que la sténose est toujours consécutive à l'endocardite aiguë, quelle que soit d'ailleurs l'origine de celle-ci : rhumatisme articulaire aigu, scarlatine, etc.

Une seconde variété clinique de rétrécissement mitral, intéressante surtout au point de vue pathogénique, est caractérisée par l'association de la sténose auriculo-ventriculaire avec une des manifestations cliniques habituelles de l'artériosclérose (Huchard) : c'est ainsi que Pitt a rencontré 33 cas de rétrécissement mitral sur 542 autopsies de néphrite interstitielle chronique, et que Duroziez a relaté 15 observations dans lesquelles la sténose mitrale était imputable au saturnisme.

Le rétrécissement mitral des artérioscléreux est d'un pronostic sévère; cliniquement, il se distingue surtout par le caractère latent de ses manifestations; nous n'y insisterons pas davantage.

La troisième variété de l'affection est, de beaucoup, la plus intéressante, car elle soulève de nombreux problèmes pathogéniques; elle constitue le rétrécissement mitral pur ou maladie de Duroziez, auteur qui l'a décrite le premier, en 1877, avec un grand sens clinique. Ici, l'on ne rencontre dans les antécédents du sujet aucune des causes habituelles de l'endocardite aiguë; la maladie, ainsi que Grisolle l'a signalé, « se développe sourdement, lentement, sans qu'on puisse démontrer, à aucune époque, l'existence d'une inflammation de la membrane interne du cœur (1) ». Quoi qu'il en soit, les premières manifestations du rétrécissement mitral pur éclatent seulement aux approches de la puberté; le rétrécissement n'est connu, dit Duroziez, « qu'à partir de quatorze ou quinze ans ». Sir Dyce Duckworth pense même qu'il ne se montre guère avant vingt-cinq ans, mais cette opinion hasardée n'a été appuyée depuis par aucun autre clinicien.

Bien plus, des recherches récentes ont établi que l'affection peut se manifester *dans l'enfance, dès les premières années* : M. L. d'Astros dit en avoir constaté les signes physiques chez un enfant d'un an (1); M. Cochez l'a observé chez un enfant de trois ans (2). M. P. Teissier (3) relate le cas d'un enfant chez lequel, dès les premières années, on avait noté de la tachycardie et des battements de cœur; à l'âge de sept ans, la tachycardie persistait encore, le cœur était de volume normal, mais le petit malade avait de la dyspnée d'effort. Quelques années après, le volume du cœur avait augmenté, et l'auscultation fit reconnaître l'existence d'un souffle présystolique, puis, un peu plus tard, d'un dédoublement du second bruit. M. Weill (4) a rencontré 3 cas de rétrécissement mitral pur chez des fillettes de six ans, de dix ans, de onze ans; enfin, M. d'Astros a observé cette même cardiopathie chez 2 jeunes garçons de six ans et demi et de onze ans, et chez 2 petites filles âgées de onze et de douze ans.

Est-ce à dire que le moment où l'on constate l'apparition des signes physiques indique celui du début même de la lésion? Non, évidemment, car, ainsi que le faisait observer Peter, le rétrécissement est « le fait même des années », et Duroziez dit également, avec juste raison, que la lésion si nette qui caractérise l'affection « ne peut pas se former en quelques semaines; on sent là un travail long, lent, chronique par excellence, d'où l'état aigu du début, s'il a jamais existé, a depuis longtemps disparu » (5).

Il est certain, d'ailleurs, que la lésion anatomique est créée bien avant la première constatation des signes physiques ou des troubles fonctionnels initiaux, ce qui justifie pleinement l'opinion de M. Tripier déclarant que le rétrécissement mitral d'origine endocardique, c'est-à-dire rhumatismale, est une maladie du cœur, alors que la sténose mitrale pure est une infirmité ou une lésion. Cette longue période, durant laquelle le rétrécissement mitral pur sommeille, ou mieux reste à l'état latent, a frappé les premiers observateurs, et déjà Rilliet et Barthez écrivaient que « la forme latente existe, en général, au-dessous de six ans » et que l'état longuement stationnaire de la lésion n'empêche pas les enfants d'arriver à la puberté et peut-être même à un âge avancé. Cette latence si caractéristique durant la première évolution du rétrécissement mitral s'expliquerait, pour M. Teissier, par le petit volume du cœur à cette période de la vie. En effet, d'une part l'orifice mitral est à ce moment légèrement rétréci, et, d'autre part, le ventricule gauche, recevant peu de sang de l'oreillette, règle sa capacité sur la faible quantité de liquide reçue; il en résulte que si la lésion est déjà constituée, elle est encore trop peu accusée pour produire des troubles fonctionnels. Plus tard, quand surviennent la croissance et le développement de la puberté, le cœur participe au mouvement d'hypernutrition qui atteint tout l'organisme; une disproportion s'établit entre l'orifice mitral rétréci et la cavité ventriculaire gauche obligée de se développer rapidement pour faire face aux nouvelles conditions de vie du sujet, et cette disproportion progressive entraîne à la fois l'apparition des troubles fonctionnels et celle des signes physiques.

D'après Duroziez et M. Sansom, le premier signe, en date, consisterait en un souffle systolique caractérisant une insuffisance mitrale; celle-ci précéderait toujours le rétrécissement sans coexister avec lui, puis disparaîtrait dans la suite pour faire place à la sténose : au début, la valvule, simplement épaissie par le processus scléreux, assurerait incomplètement l'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire, et ce n'est que plus tard, par la marche progressive du travail de sclérose sur l'appareil valvulaire, que la sténose de l'orifice se constituerait. Cette affirmation ne concorde point avec les observations recueillies par M. Weill, par M. Teissier, par M. d'Astros, etc., dans lesquelles le souffle initial était non point systolique, mais nettement présystolique, en sorte que l'existence d'une insuffisance temporaire précédant le rétrécissement ne semble pas établie.

Devant l'impossibilité de dépister la cause première du rétrécissement mitral pur observé dès l'enfance, on a été amené tout naturellement à concevoir la possibilité de son *origine congénitale*. Cette théorie, qui a rallié un grand nombre de cliniciens, n'est point cependant acceptée par tous : M. Sansom déclare catégoriquement que « le rétrécissement mitral n'est pas une malformation congénitale..., mais intimement associé à l'endocardite »; M. Weill, de son côté, estime qu'il n'y a pas de démonstration anatomique de l'existence d'un rétrécissement mitral pur congénital; enfin, M. Moussous (1) évite de conclure sur la question de savoir si la sténose est constituée *in utero*, ou si elle s'établit progressivement pendant la première enfance pour se manifester cliniquement au moment de la puberté.

Quoi qu'il en soit, un des cas les plus curieux de sténose mitrale d'origine congénitale est celui qu'a jadis relaté Gerhardt (2). Il s'agit d'un enfant né avant terme, au huitième mois, et qui mourut à l'âge de quatre mois à la suite d'une tuberculose aiguë : le ventricule gauche était hypertrophié, et l'oreillette droite distendue par un coagulum fibrineux; les sigmoïdes aortiques et pulmonaires étaient normales, la tricuspide amincie; la valvule mitrale était raccourcie, renflée sur son bord libre, et ses cordages tendineux épaissis et soudés entre eux.

Mais il ne suffit pas d'admettre la congénitalité du rétrécissement mitral pur, il faut aller plus loin et remonter, si possible, à l'origine première de la cardiopathie. C'est ici que s'accusent les divergences d'opinion entre les auteurs : on a dit d'abord que la sténose congénitale pouvait être la conséquence de certaines infections de la vie intra-utérine, mal déterminées ou ayant passé totalement inaperçues; c'est ainsi que M. Sansom (3) a rapporté 40 observations de rétrécissement mitral de l'enfance dont 19 avec autopsie. Mais ces observations, si intéressantes qu'elles soient, ne peuvent entrer ici en ligne de compte, car la sténose mitrale y est accompagnée d'autres lésions cardiaques. Ces faits n'ont donc rien à voir avec le rétrécissement mitral pur, isolé, celui qui est constitué anatomiquement par un entonnoir fibreux, rigide, à parois lisses, bien différent du rétrécissement mitral d'origine rhumatismale dont les parois sont incrustées de sels calcaires ou recouvertes de saillies, de végétations crétacées.

On a invoqué ensuite avec plus de raison, comme cause du rétrécissement mitral pur, l'endocardite fœtale. Mais on ne peut s'empêcher de remarquer que les endocardites fœtales du cœur gauche sont rares, puisque Rauchfuss n'en a signalé que 15 cas, contre 192 concernant des endocardites du cœur droit, sur un

(1) GRISOLLE. Traité de pathologie interne. 9e éd., 2e tirage, t. II, p. 317. Paris, 1869.

(1) L. D'ASTROS. Le rétrécissement mitral chez l'enfant. (*Ann. de méd. et de chir. infantiles*, 15 sept. 1904, p. 620.)

(2) COCHEZ. Le rétrécissement mitral pur congénital, familial et héréditaire. (*Compte rendu du quatrième Congrès français de médecine interne*, Montpellier, 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 196.)

(3) P. TEISSIER. Rapports du rétrécissement mitral pur avec la tuberculose, *in* Clinique médicale de la Charité, p. 913. Paris, 1894.

(4) E. WEILL. Traité des maladies du cœur chez les enfants, p. 250. Paris, 1895.

(5) P. DUROZIEZ. Traité clinique des maladies du cœur, p. 276. Paris, 1891.

(1) A. MOUSSOUS. Maladies congénitales du cœur, p. 80. Paris, 1895.

(2) C. GERHARDT. Ueber Herzfehler bei Kindern. (*Deutsche Klinik*, 14 mars 1857, p. 104.)

(3) A. E. SANSOM. The pathological anatomy and the mode of development of mitral stenosis in children. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars 1890, p. 229.)

groupe important de 300 cas d'endocardite fœtale. Ce n'est point cependant une raison suffisante pour faire rejeter cette théorie, à laquelle bon nombre d'auteurs se sont ralliés. Elle s'appuie d'ailleurs sur un certain nombre de faits curieux, cités bien souvent et que je ne ferai que rappeler.

En 1846, Benezerd Smith a signalé le cas d'un enfant ayant vécu vingt et une heures, chez lequel on trouva un rétrécissement mitral, avec sténose de l'orifice aortique, atrophie du ventricule gauche et oblitération précoce du trou de Botal, fermé par une membrane solide faisant poche. Peacock (1), chez un nouveau-né atteint de cyanose, qui vécut dix jours, rencontra une endocardite fœtale généralisée avec rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et cloisonnement de l'orifice tricuspidien. Parrot a observé un rétrécissement mitral congénital chez un enfant qui mourut au bout de vingt-quatre heures : les cavités gauches, très petites, communiquaient au moyen d'un orifice étroit et incomplètement fermé par une valvule rudimentaire; le ventricule droit était volumineux, l'aorte et l'artère pulmonaire étaient réunies en un seul tronc. Enfin, M. Ayrolles (2) a rapporté le cas d'une petite fille ayant vécu dix jours avec de la cyanose, chez laquelle on nota de l'endocardite fœtale généralisée, avec oblitération de l'orifice mitral et cloisonnement de l'orifice tricuspidien.

En réalité, que prouvent ces observations? Elles établissent que l'endocardite fœtale peut, dans le cœur gauche, produire un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, mais toujours associé à d'autres lésions, d'ailleurs variables. Elles ne montrent nullement que l'endocardite fœtale soit la cause du rétrécissement mitral pur, absolument isolé de toute autre altération cardiaque, tel que l'a décrit Duroziez, le seul dont il s'agisse ici.

On sait que le rétrécissement mitral pur est plus fréquent chez la femme que chez l'homme (Landouzy, Duroziez); Mary A. Marshall (3) a réuni 508 cas de rétrécissement mitral, dont 158 chez des hommes et 350 chez des femmes, ce qui donne pour celles-ci une moyenne de fréquence de 70.27 %; M. Teissier élargit le degré de morbidité du rétrécissement mitral pur dans le sexe féminin et lui assigne, chez les femmes jeunes, une moyenne de 95 %. Sa présence chez l'homme a été niée; elle est certainement assez rare, mais on l'a observée quelquefois chez des sujets chétifs ou hystériques (Klippel et Clerc, 1898). Cette prédilection de la lésion cardiaque pour le sexe féminin a été expliquée par des causes diverses : étroitesse physiologique de l'orifice mitral chez la femme — 92 millim. 68 de circonférence au lieu de 110 millim. 37 chez l'homme (Bizot) —, qui devient ainsi un appel au travail pathologique; diminution de l'alcalinité du sérum sanguin chez la femme pendant la période génitale, ce qui rendrait le sang irritant pour l'endocarde, principalement dans les parties rétrécies, à la façon du sang des rhumatisants, faible également comme alcalinité (Landouzy). On a invoqué enfin la coexistence de la chlorose, dont l'association avec la sténose mitrale est si fréquente.

C'est en s'appuyant sur ce dernier fait qu'une hypothèse intéressante (Hardy), sans repousser l'origine congénitale de l'affection cardiaque, considère le rétrécissement mitral pur comme une sorte d'*aplasie d'évolution* propre aux jeunes femmes, analogue aux hypoplasies viscérales et à la sténose de l'aorte et du système artériel, que Virchow considérait comme la raison anatomique de certaines chloroses. Ce rapprochement s'imposerait d'autant mieux, que le rétrécissement mitral pur emprunte très souvent le masque de la chlorose, au point que G. Sée a pu décrire une chlorose cardiaque. Cette théorie, séduisante au premier abord, ne résout nullement la question, car elle omet de nous faire connaître la cause première de cette aplasie, et c'est précisément ce qu'il importerait de savoir.

Les diverses théories des *infections intra-utérines*, de l'*endocardite fœtale* et de l'*hypoplasie cardiaque* étant insuffisantes pour nous éclairer sur la pathogénie du rétrécissement mitral pur, nous sommes conduits à rechercher si la congénitalité de l'affection ne pourrait point s'expliquer par une *malformation* due à un *arrêt* dans le *développement embryonnaire*. On sait que les orifices auriculo-ventriculaires, distincts dès la septième semaine, sont d'abord de simples fentes dont les lèvres constituent des sortes de bourrelets membraneux dus à la prolifération de l'endocarde, et formés d'une charpente de tissu muqueux recouvert d'une couche endothéliale; ce sont là les premiers rudiments des valvules auriculo-ventriculaires qui ne sont complètement développées chez l'homme que vers le troisième mois (Bernays).

Ces replis membraneux forment ainsi du côté de l'orifice mitral un véritable diaphragme déprimé à son entrée, qui, vers le sixième mois, se divisera en deux pour donner naissance aux deux valves de la mitrale. Mais s'il survient un arrêt de développement de la valvule avant que la déhiscence normale se soit produite, le bourrelet membraneux qui garnit l'orifice se distend sous l'action du courant sanguin et est refoulé en dôme ou en entonnoir vers la cavité ventriculaire (1).

Toutefois, cette théorie embryogénique, qui explique assez aisément le mécanisme de la sténose congénitale, a perdu une partie de sa valeur depuis que les travaux de Ecker, de Kölliker, de Gegenbaur et de Bernays ont montré que les valvules se développent aux dépens d'un bourgeon primitif (2). A l'époque où se termine la séparation des deux ventricules, c'est-à-dire vers la huitième semaine, les bords des deux fentes ou orifices qui font communiquer les ventricules et les oreillettes présentent un bourrelet saillant dû à l'épaississement de l'endocarde, qui sera le point d'origine des valvules auriculo-ventriculaires dans une de leurs parties, et dont l'arrêt de développement peut produire un état sténosique.

Ainsi donc, en face de la théorie de l'endocardite fœtale, se dresse une seconde hypothèse, en vertu de laquelle le rétrécissement mitral pur est une malformation cardiaque par dystrophie congénitale, s'exerçant pendant la période embryonnaire sous des influences qu'il reste maintenant à rechercher.

Or, en examinant avec soin les antécédents familiaux des malades atteints de rétrécissement mitral pur congénital, on est frappé de voir que cette malformation se retrouve assez fréquemment chez plusieurs membres de la même famille; la dystrophie causale de la sténose semble donc être hérédo-familiale pour certains cas. Cette manière de voir est acceptée aujourd'hui par un grand nombre de cliniciens; des observations nombreuses et démonstratives ont été publiées par plusieurs auteurs; je les résumerai rapidement.

Dans un premier groupe de faits, la lésion était familiale sans que son caractère héréditaire fût prouvé.

M. Weill (1) a publié 2 cas de ce genre, concernant deux sœurs respectivement âgées de six et de dix ans. M. E. Servin (2) a relaté 2 faits, dans lesquels la lésion s'est montrée chez plusieurs enfants de la même famille sans qu'il y eût hérédité. Le même auteur signale également une famille de six enfants dont les parents ne présentaient aucune affection cardiaque : 3 garçons — les aînés —, âgés de dix-huit, de seize et de quinze ans, étaient porteurs d'un rétrécissement mitral pur; les 3 autres enfants n'avaient rien d'anormal du côté du cœur. Un autre cas curieux est le suivant : une femme, non atteinte d'affection cardiaque, eut quatre enfants d'un premier mariage : un d'eux était atteint de rétrécissement mitral ; elle se marie une seconde fois et a trois enfants : un encore présente une sténose auriculo-ventriculaire gauche.

Dans un second groupe, l'hérédité similaire est complète, absolue : M. E. Hirtz en a vu 3 cas, M. Cochez (3), de son côté, en a relaté 2 exemples fort curieux : dans une première famille, la mère, âgée de trente-deux ans, et la fille, âgée de six ans, sont atteintes toutes deux de rétrécissement mitral pur; dans la deuxième famille, la mère, âgée de quarante-deux ans, présente une sténose mitrale pure, et ses quatre enfants sont atteints de la même affection : le plus jeune est un garçon de trois ans, les autres sont des filles de vingt, quatorze et douze ans.

Tout récemment, M. Boinet a communiqué à l'Académie de médecine (21 février 1905) un cas de transmission homœomorphe d'un rétrécissement mitral de la mère à un fœtus mort-né de six mois.

D'autres auteurs, tels que M. Ferrannini (4) et M. Arnone (5), ont soutenu également l'origine hérédo-familiale du rétrécissement mitral pur, d'après le type dit de Duroziez; je n'insisterai pas davantage sur ce point. D'ailleurs, ce fait n'est point le propre du rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche; diverses cardiopathies semblent ne pas avoir d'autre origine, et naguère M. de la Camp a rapporté un cas curieux de lésions cardiaques congénitales hérédo-familiales chez 6 sœurs, qui présentaient toutes une augmentation de la matité cardiaque et, à la base du cœur, un souffle systolique rude avec frémissement vibratoire et accentuation diastolique pulmonaire très accusée; l'auteur attribue ces différents signes à la persistance du canal artériel (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 230).

L'hérédité joue donc un rôle incontestable, sinon fréquent, dans la pathogénie du rétrécissement mitral pur, mais il importe de rechercher maintenant comment s'exerce cette influence. Dans les cas, comme ceux de M. Cochez, où les enfants et leur mère étaient atteints tous à la fois de rétrécissement mitral, il y a hérédité similaire, c'est-à-dire que les enfants ont hérité de leur ascendant d'une prédisposition d'organe toute locale, constituant une sorte de *locus minoris resistentiæ;* dès lors, ou bien le développement de cet organe se trouvera entravé dès la vie intra-utérine et une malformation cardiaque en sera la conséquence, ou bien ce point faible ne saura résister qu'incomplètement aux infections ou aux intoxications qui pourront l'attaquer dès l'origine même : ainsi se produira une endocardite fœtale. Cette hérédité similaire par « lieu de résistance moindre », admise par M. Pierson (6), a été nettement

(1) Peacock. On malformations of the human heart, p. 11. Londres, 1858.

(2) Ayrolles. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mai 1885, p. 222.)

(3) Mary A. Marshall. Du rétrécissement mitral, sa fréquence plus grande chez la femme que chez l'homme. (*Thèse de Paris,* 1879, p. 18.)

(1) Caubet. Le rétrécissement mitral pur est une malformation embryonnaire. (*Arch. provinc. de méd.*, mai et juillet 1900, p. 193 et 311.)

(2) O. Hertwig. Traité d'embryologie, ou histoire du développement de l'homme et des vertébrés. (Trad. de l'allemand par Ch. Julin.) P. 500-501. Paris, 1891.

(1) Weill. (*Loc. cit.*, p. 253.)

(2) E. Servin. Essai sur le rôle de l'hérédité dans le rétrécissement mitral pur. (*Thèse de Paris*, 1896.)

(3) Cochez. (*Loc. cit.*)

(4) L. Ferrannini. Cardiopatie eredo-familiari e congenite. (*Arch. ital. di med. interna*, III, 3-6.) — Ancora sulle cardiopatie eredo-familiari e congenite. (*Riforma med.*, 23 et 24 juillet 1901.)

(5) G. Arnone. Le cardiopatie eredo-familiari e congenite. (*Riforma med.*, 20 nov. 1902.)

(6) R. H. Pierson. Ueber Heredität der Herzklappenfehler *in* Jahresbericht d. Gesellsch. f. Natur-u. Heilkunde in Dresden 1880-81, p. 87-92.

établie par M. P. Raymond (1) et plus tard encore par M. Arnone.

L'hérédité du rétrécissement mitral pur peut, dans d'autres cas, se comprendre d'une façon différente : en remontant la ligne des ascendants des sujets atteints de sténose, on rencontre très fréquemment chez ceux-là des infections anciennes dont les plus habituelles sont la tuberculose et la syphilis. En pareille circonstance, l'enfant n'a pas hérité d'une tare locale, purement anatomique si l'on peut dire ainsi, dont ses ascendants étaient porteurs; mais, sous l'influence de l'infection préexistante des parents, il s'est produit un état de dystrophie, une tare de dégénérescence qui s'est localisée sur le cœur : c'est là l'hérédité dissemblable, ou mieux dystrophique, à opposer à l'hérédité similaire. D'ailleurs, cet état de dystrophie congénitale s'affirme nettement par l'association assez fréquente, chez le même individu, du rétrécissement mitral avec d'autres malformations. M. Cochez a soigné 2 malades qui, outre leur sténose mitrale, étaient atteintes d'ozène, affection que d'aucuns regardent comme imputable à l'absence congénitale du cornet inférieur; un autre sujet, jeune homme de vingt-six ans, présentait, avec la sténose mitrale, de la syndactylie et des amputations congénitales; on a noté également d'autres coïncidences : pied bot, main bote, bec-de-lièvre (Duroziez), malformations diverses du sternum et de la cage thoracique (Perdereau), hypospadias, etc. Dans un cas observé à la Maison des Enfants Trouvés de Saint-Pétersbourg (2), on constata, en plus de l'atrésie de l'orifice ventriculaire gauche, des malformations cardiaques multiples; il est vrai que par cela même, ce fait s'éloigne un peu de ceux que nous étudions ici, et dans lesquels, en fait de lésion cardiaque, il n'est question que du rétrécissement mitral pur, absolument isolé de toute autre cardiopathie.

C'est encore à l'état de dystrophie héréditaire qu'il faut rattacher l'association si fréquente de la chlorose avec le rétrécissement mitral, due sans aucun doute à l'hypoplasie généralisée du système cardio-vasculaire, et également l'aspect chétif, malingre (infantilisme de Lorain, nanisme de Gilbert et Rathery) du plus grand nombre des sujets porteurs de rétrécissement mitral de Duroziez.

Les deux infections qui sont presque toujours en jeu dans l'hérédité dystrophique sont — nous venons de le dire — la tuberculose et la syphilis. Je n'insisterai pas longtemps sur la première, dont l'influence au point de vue de la pathogénie de la sténose mitrale, indiquée par M. Tripier, a été surtout mise en lumière par les recherches de Potain et de M. Teissier. Il est impossible, en effet, de n'être point frappé du fait qu'un grand nombre de ces jeunes malades mitraux présentent non seulement l'aspect chlorotique, mais plus souvent encore — avec une apparence débile et chétive — des traces de lymphatisme, de scrofulo-bacillose, et fréquemment une hérédité tuberculeuse : Potain a signalé, à ce sujet, le cas très démonstratif d'une femme tuberculeuse, qui donna naissance à deux enfants dont l'un devint tuberculeux, tandis que l'autre, d'abord suspect de tuberculose, évolua vers le rétrécissement mitral pur. Dans ces cas, la lésion cardiaque serait consécutive à la tuberculose; c'est moins le bacille lui-même que les toxines tuberculeuses introduites dans la circulation qui sont en jeu : leur influence nocive produit une irritation lente, chronique sur l'endocarde valvulaire où elles parviennent. La lésion est exclusivement marginale, c'est-à-dire qu'elle n'occupe point les facettes de Firket par où les replis valvulaires s'accolent, mais se limite au bord libre qui se polit, s'érode, et peu à peu les deux valves de la mitrale contractent des adhérences au niveau de ce bord ainsi altéré; puis ces adhérences se rétractent d'une façon progressive, et l'orifice auriculo-ventriculaire prend bientôt la forme d'un entonnoir à base regardant l'oreillette et à sommet proéminant dans le ventricule, dont les parois sont lisses, polies, sans aspérités.

Ainsi constitué, ce rétrécissement mitral pur met obstacle, le plus souvent, au développement de la tuberculose pulmonaire; il a sur elle une influence d'arrêt remarquable, et si l'on peut suivre le malade, on note, alors que le rétrécissement mitral suit son évolution fatale vers l'asystolie ultime, que la tuberculose du poumon reste stationnaire ou subit une régression sensible.

Cette influence d'arrêt s'expliquerait, d'après Potain, par ce fait que le rétrécissement mitral entrave considérablement la petite circulation, d'où production de phénomènes congestifs, d'hyperémie, d'œdème, du côté des poumons, et la clinique démontre que ces cardiopathies congestives s'opposent à l'évolution de la tuberculose, tandis que, par un processus contraire, celles qui engendrent l'ischémie du poumon (rétrécissement de l'artère pulmonaire, anévrysme de la crosse de l'aorte avec compression d'une branche de l'artère pulmonaire) prédisposent à la marche en avant des lésions tuberculeuses. C'est ainsi que, dans 14 cas de rétrécissement mitral pur avec tuberculose pulmonaire suivis d'autopsie, on trouva toujours la tuberculose crétacée ou fibreuse, c'est-à-dire en voie de guérison. D'ailleurs, dans les faits de ce genre, on remarque que, en général, la tuberculose présente, dès l'origine, une forme atténuée ou une marche lente. J'en ai observé autrefois, à l'hôpital Tenon, un cas des plus remarquables, consigné depuis dans le mémoire de M. Teissier.

Après la tuberculose, la seconde infection des parents que l'hérédité dystrophique met en évidence est la syphilis : c'est à l'hérédo-syphilis, en effet, que ressortissent certains faits de rétrécissement mitral pur congénital, étudiés par MM. E. Fournier (1), Deguy (1899), Labadie-Lagrave, Huchard, Combemale (2), Bouveret (1901), etc.

De cette étude, il résulte donc que le rétrécissement mitral pur présente un caractère de congénitalité évident, que l'hérédité joue un rôle pathogénique certain, soit comme hérédité similaire, soit comme hérédité dissemblable ou mieux dystrophique; enfin, que les deux infections presque toujours en jeu dans cette dernière sont la tuberculose et la syphilis.

Il me reste maintenant à vous signaler quelques autres variétés cliniques de rétrécissement mitral, beaucoup plus rares que les précédentes, partant moins connues, mais qui méritent cependant d'être étudiées avec quelque attention.

MM. Weber et Deguy (3) ont remarqué que dans certaines affections hémorrhagipares, telles que la cirrhose atrophique, la sclérose rénale, diverses maladies du système nerveux et peut-être aussi la grossesse, il se produit parfois de petits *foyers hémorrhagiques* du bord libre *de la grande valve de la mitrale*, sortes d'infarctus dont la cicatrisation ultérieure pourrait devenir le point de départ d'un travail de sclérose suivi de sténose mitrale consécutive.

Ici, comme dans les cas précédents, il s'agit de sténose organique, mais voici que certains faits d'observation relativement récents semblent établir qu'il existe également toute une série de rétrécissements mitraux sans lésion, c'est-à-dire purement fonctionnels. Un des plus intéressants est le *rétrécissement mitral spasmodique*, étudié par Peter, Fischer, Guffer, Audéoud et Jacot-Descombes, etc., et sur lequel j'ai attiré l'attention il y a quelques années (1). Les théories ne manquent point pour expliquer cette forme de sténose : on a invoqué tour à tour la dilatation du ventricule gauche suivie de tension exagérée des cordages tendineux de la mitrale et accompagnée d'une violente contraction de l'oreillette (Phear, 1895), des troubles de l'innervation (Fischer), une contracture spasmodique ou une contraction exagérée des muscles papillaires (Picot), qui attirerait la valvule vers l'angle gauche du ventricule et la placerait au devant de l'orifice mitral, ce rapprochement à l'extrême des lames de la mitrale formant ainsi un rétrécissement passager. De leur côté, Peter et Royer attribuent le phénomène à un spasme de l'orifice mitral, dû à la pression concentrique et centripète exercée sur l'anneau par la contraction des fibres du myocarde.

Les vives émotions, joie, crainte, peur, les fatigues, chez les névropathes, les hystériques, les chlorotiques — qui font des rétrécissements par spasme, comme elles font des insuffisances par atonie des orifices (Peter) — seraient les causes habituelles de ce rétrécissement mitral dont le pronostic est bénin. Ce rétrécissement purement fonctionnel se traduirait cliniquement par les mêmes signes physiques que la sténose mitrale organique; toutefois les bruits pathologiques auraient moins de rudesse et jouiraient d'une mobilité extrême; c'est ainsi qu'à l'apparition du phénomène, succède parfois sa disparition momentanée ou définitive.

On discute beaucoup sur la nature et même sur l'existence de ce rétrécissement mitral : admis sans conteste par M. Merklen, il est nié absolument par M. Tripier, qui le regarde comme une hypothèse qui ne saurait être discutée. Pour mon compte, je pense que son étude « nécessite de nouvelles recherches » et je me rallierais volontiers, jusqu'ici tout au moins, à l'opinion de Potain, qui considère le souffle présystolique, entendu en pareille circonstance, comme un bruit cardio-pulmonaire à siège rigoureusement apexien, bien différent du souffle présystolique du rétrécissement mitral qui a son siège au-dessus de la pointe et se propage de préférence vers le creux épigastrique.

Enfin, une dernière variété de rétrécissement mitral, relatif, passager et purement fonctionnel, peut s'observer pendant le cours de l'insuffisance aortique. On sait, en effet, que divers auteurs, tels que Austin Flint (2 cas), Gairdner (1 cas), Maguire (9 cas), Lees (15 cas) (1890), Sansom (1 cas) (1892), etc., ont montré que dans le cours de l'insuffisance aortique on rencontre, chez certains sujets, un souffle présystolique à la pointe, non imputable à une sténose mitrale vraie, ainsi que l'ont prouvé les autopsies.

M. Sansom, puis Potain, ont expliqué ce phénomène de la façon suivante : sous l'influence de l'insuffisance aortique, le courant sanguin qui rétrograde dans le ventricule gauche refoule, par ce reflux même, la grande lame de la valvule mitrale vers l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, où il produit ainsi une sorte de rétrécissement relatif de cet orifice. La lame valvulaire se trouve alors interposée entre deux courants parallèles et de vitesse différente : d'une part, le courant rétrograde de l'insuffisance aortique, de l'autre, le courant qui est chassé de l'oreillette dans le ventricule durant la présystole; elle entre de la sorte en vibration et produit un souffle ou plus justement un frémissement présystolique perceptible à l'oreille et à la palpation.

(1) P. Raymond. L'hérédité dans les maladies du cœur. (*Bull. méd.*, 13 avril 1901, p. 325.)

(2) E. Thérémin. Etudes sur les affections congénitales du cœur, p. 161. Paris, 1895.

(1) Edmond Fournier. Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis, p. 9 et 192. (*Thèse de Paris*, 1898.)

(2) Combemale. Rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie de certaines cardiopathies valvulaires. (*Arch. provinc. de méd.*, oct. 1900, p. 469.)

(3) A. Weber et M. Deguy. Du rôle des hémorrhagies intracardiaques dans le rétrécissement mitral. (*Presse méd.*, 9 fév. 1898, p. 75.)

(1) E. Barié. Les affections mitrales d'origine spasmodique. (*Semaine Médicale*, 1898, p. 113-115.)

Cependant, Potain a repris plus tard (1899) l'étude du phénomène, en développant avec modifications une opinion anciennement émise par M. De Renzi (1885) : le roulement présystolique lié à l'insuffisance aortique, sans coïncidence d'un rétrécissement mitral organique, s'explique par la rencontre de deux courants sanguins intraventriculaires, l'un rétrograde, partant de l'aorte, l'autre direct, partant de l'oreillette; si la lésion des sigmoïdes est disposée de telle façon que le courant aortique rencontre le courant mitral à peu près à angle droit, il en résulte une exagération des vibrations du courant aortique par le courant auriculaire au moment où celui-ci atteint son maximum de vitesse, c'est-à-dire pendant la systole de l'oreillette (Converse, 1898).

En résumé, il ne s'agirait plus ici que de bruits liquidiens, produits par une disposition anatomique spéciale des lésions sigmoïdiennes, et simulant par leur rythme celui du rétrécissement mitral, lequel en réalité n'existe pas en tant que lésion.

Telles sont les diverses variétés cliniques du rétrécissement mitral; comme vous le voyez, elles sont, de par leur nature organique ou fonctionnelle, de par leur pathogénie, de par leur évolution, fort différentes les unes des autres. Il vous importe de les bien connaître afin de pouvoir, dans chaque cas particulier, établir un pronostic et une thérapeutique raisonnés.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Une famille d'hémophiles, par M. H. Lossen.

La famille Mampel, habitant Kirchheim, près de Heidelberg, fournit un des exemples les plus typiques d'hémophilie héréditaire. Elle remonte à la fin du dix-huitième siècle, et le premier membre hémophile en fut étudié, en 1827, par von Chelius. Elle comptait un peu plus de 100 personnes, en 1876, lors d'un premier travail de M. Lossen; la généalogie complète, qu'il nous donne aujourd'hui, comprend 212 individus : 111 hommes, 96 femmes, et 5 mort-nés dont le sexe est resté inconnu. Un « arbre », minutieusement dressé par l'auteur, met en lumière un certain nombre de points intéressants, que nous nous contenterons de signaler.

Aucun membre de la famille, du sexe féminin, n'a été atteint d'hémophilie : c'est là, d'ailleurs, une règle générale, à laquelle aucune exception n'a été relevée dans la lignée des Mampel. Sur les 111 individus de sexe masculin, 33 — presque le tiers — ont été hémophiles, et, sur ces 33, 18, plus de la moitié, sont morts d'hémorrhagie : hémorrhagie du cordon ombilical, 1 fois; du tissu conjonctif sous-cutané et des muscles, 2 fois; de la lèvre, 5 fois; des gencives, 2 fois; de la voûte palatine, 2 fois; hémorrhagies consécutives à des plaies cutanées, 2 fois; hémorrhagie gastrique, 1 fois; cérébrale, 1 fois; pulmonaire, 2 fois.

Cette énumération témoigne déjà de la variété et des multiples localisations des hémorrhagies, qui peuvent être, avec un degré variable de fréquence, extérieures, viscérales, articulaires. Les plus communes sont les hémorrhagies sous-cutanées, que l'on trouve notées chez 16 des 33 hémophiles, et non point, naturellement, à titre d'accident unique et fortuit, mais comme une éventualité de répétition courante, à tous les âges de la vie, succédant aux causes les plus minimes, aux moindres heurts, aux frottements, etc., et se traduisant par des ecchymoses, des suffusions sanguines sous-cutanées, des hématomes volumineux. Viennent ensuite, dans l'ordre de fréquence, les pertes de sang, profuses, qui ont pour point de départ des plaies insignifiantes de la peau; dans le même groupe doivent rentrer les hémorrhagies nasales, celles des lèvres, des gencives, de la langue, qui, elles aussi, naissent de quelque « micro-trauma », érosion ou fissure.

Les hématémèses sont signalées chez 2 sujets, l'un d'eux en mourut; les hémorrhagies rectales succédaient, chez un troisième, au passage des matières fécales durcies. Trois fois, il y eut des hématuries; quatre fois, des hémoptysies, provoquées par certains efforts ou sans prétexte : dans un de ces cas, les hémorrhagies se produisirent au cours d'une pneumonie et s'accompagnèrent d'une gangrène pulmonaire mortelle; l'autopsie permit d'attribuer le sphacèle aux épanchements sanguins interlobulaires.

Quant aux hémarthroses (*Blutergelenk*), elles ont été relevées 9 fois, et, 6 fois, il s'agissait du genou. On sait qu'elles apparaissent le plus souvent à la suite de mouvements un peu forcés ou prolongés; leur répétition finit par laisser la jointure plus ou moins enraidie.

Ces accidents s'observent surtout chez les sujets jeunes, et c'est aussi chez les tout jeunes que la mort par hémorrhagie est le plus fréquente; des 18 cas mortels, 7 se sont produits au-dessous de trois ans; 6, entre trois et dix ans; 1 de dix à vingt ans; 2 de vingt à trente ans; 2 de trente à quarante ans; à partir de ce dernier âge, la tendance « hémorrhagique » décline sensiblement.

Il y a lieu de remarquer, à ce propos, la fécondité toute particulière des familles hémophiles : dans la généalogie des Mampel, on compte 19 familles touchées par la diathèse, et 22 qui en sont restées indemnes; des premières, 4 ont 19 enfants, 2 en ont 13, 2 autres 11, plusieurs en ont 10, 9, 8; pour les secondes, les chiffres sont beaucoup inférieurs. De ce premier fait serait à rapprocher la grande mortalité infantile, des premiers six mois ou de la première année, qui est très frappante; toutefois, elle est aussi marquée dans les familles non hémophiles de la souche Mampel, et ne permet, par suite, d'émettre aucune conclusion.

Enfin l'étude généalogique en question met en pleine évidence une loi d'hérédité bien connue, que l'on peut formuler ainsi : les femmes ne sont pas hémophiles, mais c'est par elles —lorsqu'elles appartiennent à une famille hémophile, qu'elles ont des frères ou des oncles maternels hémophiles—, que se fait la transmission héréditaire. Un hémophile, qui se marie à une femme indemne de toute tare de ce genre, dans ses ascendants ou ses collatéraux, n'a pas d'enfants hémophiles; un homme indemne, qui s'unit à une femme de souche hémophile, aura des enfants atteints de la diathèse hémorrhagique, ce qui ne veut pas dire, bien entendu, qu'ils en seront tous atteints.

Ces notions dûment établies assurent à l'hémophilie une autonomie morbide indiscutable, conclut M. Lossen, et démontrent son origine congénitale et héréditaire; et, quelque vague que reste encore sa pathogénie, elle constitue un état morbide bien spécial, qu'on aurait tort de confondre avec le scorbut, la maladie de Werlhof ou d'autres affections hémorrhagiques. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 1.) — L.

Le passage des antitoxines de la mère à l'enfant, par M. O. Polano.

On admet généralement que les substances solubles, et par suite les antitoxines, peuvent aisément passer de la mère au fœtus à travers le placenta. Cependant, un certain nombre d'expériences sur les animaux, de même que quelques considérations théoriques — telles que l'impossibilité pour les grosses molécules albuminoïdes de franchir une membrane dialysante —, ont conduit à nier ce passage. Dans le présent travail, M. Polano démontre que, pour l'espèce humaine au moins, il convient de le considérer comme réel.

Dans une première série de recherches, il injectait de la toxine antitétanique à des parturientes peu de jours ou peu d'heures avant l'accouchement. Celui-ci terminé, il inoculait de la toxine tétanique à des souris blanches et, aussitôt après, il leur injectait une certaine quantité de sérum appartenant soit à la mère, soit au fœtus. Les animaux ainsi traités ne contractèrent pas le tétanos ou ne le contractèrent que tardivement, alors que les animaux témoins succombèrent rapidement.

On peut objecter, il est vrai, que, dans ces cas, le sérum humain possédait peut-être par lui-même une action antitoxique, ou que l'injection faite à la parturiente altérait l'intégrité de son placenta et le rendait anormalement perméable. Mais, de ces deux objections, il est facile de démontrer que la première n'est pas fondée pour les doses employées par M. Polano; quant à la seconde, elle repose sur une hypothèse peu vraisemblable et qu'il est possible de réfuter. Les sangs maternel et fœtal ont en effet des propriétés fort analogues : toutefois, le premier est hémolytique pour les érythrocytes du pigeon, alors que le second ne l'est pas. Si donc le placenta devenait subitement perméable du fait de l'injection d'antitoxine, il est évident que l'hémolysine spéciale à la mère devrait passer aussitôt dans le sang fœtal. Or, il n'en est rien, et le sérum de l'enfant demeure, même quand la mère a reçu des injections d'antitoxine tétanique, incapable de dissoudre les hématies du pigeon. Normalement, le placenta n'oppose donc aucune barrière à l'immunisation *passive*, celle que produit une antitoxine étrangère à l'organisme.

Dans une deuxième série d'expériences, l'auteur s'est occupé de l'antitoxine diphtéritique. Celle-ci se rencontre normalement dans le sang d'un certain nombre de personnes, soit du fait d'une diphtérie antérieure (immunisation active), soit en raison d'une propriété spéciale du sang (immunité physiologique). Or, le sang de 2 fœtus nés de femmes possédant l'immunité active contenait l'antitoxine, c'est-à-dire que le sérum de la mère et celui de l'enfant s'opposaient tous deux au développement de la diphtérie chez les animaux qu'on inoculait avec la toxine. Pour une troisième parturiente qui avait eu la diphtérie, mais dont le sérum était néanmoins dépourvu d'antitoxine, le sérum fœtal n'en contenait pas. Chez 3 femmes qui, n'ayant jamais eu la diphtérie, étaient douées de l'immunité physiologique, le sérum de l'enfant renfermait l'antitoxine. Enfin, le sérum du fils d'une femme qui n'avait jamais eu la diphtérie et dont le sang ne contenait pas d'antitoxine, en était dépourvu. Donc, il y avait un parallélisme absolu entre les propriétés du sang de ces 7 femmes et celles du sang de leurs enfants, au point de vue de l'antitoxine diphtéritique; c'est là une nouvelle preuve du libre passage de cette dernière substance à travers le placenta.

Les constatations précédentes peuvent avoir leur intérêt au point de vue de l'hérédité. En outre, il est à noter que les antitoxines étudiées par M. Polano existaient à la fois dans le sang du fœtus et dans le liquide amniotique; elles faisaient au contraire défaut dans les urines, d'où l'on peut conclure que le liquide amniotique ne tire pas seulement son origine de la sécrétion urinaire, mais aussi de la dialyse au niveau de l'épithélium amniotique. C'est là une nouvelle preuve de l'activité en quelque sorte « intelligente » et non purement physique des épithéliums. Cette dernière considération peut expliquer pourquoi les expériences faites par d'autres auteurs ne concordent pas toujours entre elles ou avec les précédentes : il est très possible que, suivant les espèces animales, les épithéliums d'organes pourtant similaires ne jouissent pas des mêmes propriétés dialytiques. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 3.) — R. DE B.

L'anastomose gastro-œsophagienne et la résection du segment thoracique de l'œsophage, par M. Sauerbruch.

L'auteur poursuit, dans la chambre pneumatique (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 115 et 317), ses expériences de chirurgie intrathoracique de l'œsophage, et, bien que les résultats annoncés n'aient encore été obtenus que chez le chien, ils valent d'être notés tout de suite. Trois conditions paraissent actuellement à M. Sauerbruch d'importance capitale pour le succès de ces opérations d'anastomose gastro-œsophagienne ou de résection de l'œsophage : une asepsie idéale, la substitution du bouton de Murphy aux sutures, l'emploi de certains agents propres à hâter le développement des adhérences, en particulier de la solution de Lugol.

Pour anastomoser l'œsophage à l'estomac, il procède de la façon suivante : après incision dans le cinquième espace intercostal gauche et écartement des côtes, on refoule le poumon sous des tampons; on aperçoit alors l'aorte et l'œsophage. On saisit ce dernier avec une pince immédiatement au-dessus de l'hiatus diaphragmatique, et, en l'attirant, on met à découvert la portion cardiaque du conduit, sous la forme d'un liséré blanc grisâtre, de 1 à 2 centimètres de large. A ce niveau, on incise la plèvre, puis le péritoine, et, dès lors, on peut « amener » l'estomac de bas en haut, dans la plèvre. On prend le plus grand soin de respecter les pneumogastriques, au cours de ces manœuvres. Un aide introduit ensuite par le dehors, dans l'œsophage, la moitié femelle du bouton de Murphy, conduite par une sonde : l'opérateur la saisit et la fixe avec ses doigts, lorsqu'elle est parvenue dans le segment d'estomac (le grand cul-de-sac) attiré par l'ouverture diaphragmatique; puis une courte incision est faite à la paroi gastrique, et le bouton y passe à frottement et s'y trouve immobilisé, sans suture complémentaire. La moitié mâle du bouton pénètre, comme l'autre, par le dehors ; elle est saisie par l'opérateur, à hauteur convenable, et le cylindre est fixé aussi, à frottement, dans une étroite incision. Les deux moitiés du bouton sont ajustées. Le diaphragme est suturé; l'estomac est compris dans cette suture, si, par sa rétraction, il a tendance à tirer sur l'anastomose; cette dernière, la suture diaphragmatique et la plèvre voisine sont touchées avec des tampons imbibés de solution de Lugol, et la réunion effectuée. Sur 13 chiens opérés de la sorte, 10 ont survécu. Bien entendu, si pareille intervention venait à être pratiquée chez l'homme, pour un rétrécissement infranchissable de l'œsophage inférieur, il faudrait introduire directement la moitié femelle du bouton, par une incision faite à l'estomac et aussitôt réunie.

Quant à la résection de l'œsophage thoracique, le premier temps consiste dans l'anastomose gastro-œsophagienne, effectuée comme il vient d'être indiqué, au bouton de Murphy. On isole alors l'œsophage à 2 centimètres au-dessous de l'anastomose, on l'écrase, on le lie solidement à la soie et on le sectionne; en bas, au niveau de l'estomac, on le lie de même et on invagine le moignon; pour la section supérieure, on en consolide l'occlusion en la recouvrant avec la paroi gastrique, suturée par-dessus. L'opération se termine comme plus haut. Sur 11 chiens ainsi opérés, aucun n'a succombé; un d'eux fut sacrifié au bout de quatre semaines : la portion d'estomac anastomosée figurait une sorte de tube allongé et comme une esquisse d'œsophage.

L'auteur a expérimenté encore, et il décrit, une méthode de résection, en deux temps, applicable au segment tout inférieur de l'œsophage et à la portion cardiaque. Dans un premier temps, on découvre et on mobilise la partie inférieure du conduit, et on l'invagine dans l'estomac, en doigt de gant, en fixant la paroi gastrique, par des sutures, tout autour du collet de l'invagination. Plus tard, au bout de deux semaines, on pratique la laparotomie, on ouvre l'estomac, on excise le « boudin » œsophagien, qui saigne peu, et l'on referme.

Enfin, M. Sauerbruch s'est assuré, sur le cadavre humain, que l'isolement de l'œsophage et la traction de l'estomac, de bas en haut, jusque dans la plèvre, à travers l'hiatus diaphragmatique élargi, étaient praticables comme chez l'animal. L'avenir dira quelles applications sont réservées, en chirurgie humaine, à ces intéressants procédés opératoires. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 28 janvier 1905.) — L.

Sur le « crâne à lacunes » chez les nouveau-nés et sur ses rapports avec le spina-bifida, par M. G. Engstler.

Un enfant âgé de quatre jours fut admis à la clinique pédiatrique de Gratz pour une malformation congénitale dans la région du rachis : sur la ligne médiane du corps, au niveau de la colonne lombaire, il existait une tumeur molle, violacée, grosse comme un œuf de poule et affectant la forme d'un rein ; dans une dépression de cette tumeur, on percevait un petit kyste nettement fluctuant et dont la surface était exulcérée, l'ulcération laissant sourdre du liquide céphalo-rachidien légèrement purulent. A la palpation pratiquée à travers la tumeur, on percevait, des deux côtés de la ligne médiane, deux rebords osseux verticaux et parallèles avec lacunes intermédiaires. On posa le diagnostic de spina-bifida sacro-lombaire. En examinant le petit patient de plus près, on fut, toutefois, à même de relever l'existence d'une autre anomalie digne d'être remarquée : les parties osseuses du crâne étaient si lâchement unies entre elles que la boîte crânienne avait subi des déformations par le seul fait de la pression résultant du décubitus et que le crâne se laissait pétrir entre les mains comme une masse plastique. La circonférence horizontale du crâne égalait 34 centim. ½; en cherchant à délimiter la grande fontanelle, on constata que de cette dernière partaient de larges prolongements membraneux qui s'enfonçaient dans les os et n'étaient séparés les uns des autres que par des lames osseuses dépressibles. Les sutures lambdoïde et sagittale mesuraient de 0 centim. 5 à 1 centim. 5; la petite fontanelle et la fontanelle temporale étaient, elles aussi, démesurément larges.

Cette coexistence de formations lacunaires à la fois dans la colonne vertébrale et dans le crâne engagea M. Engstler à rechercher si des observations semblables n'avaient pas été enregistrées à la même clinique. L'enquête qu'il entreprit à cet égard montra que, depuis 1894, 12 enfants atteints de spina-bifida furent admis dans le service, mais une description suffisamment détaillée de l'état du squelette crânien n'avait été conservée que pour 8 d'entre eux. Or, sur ce nombre, 6 (c'est-à-dire 75 %) avaient présenté des lésions analogues à celles que nous venons de décrire, et pour les 2 autres cette analogie était tout au moins probable, fait d'autant plus significatif que les médecins qui avaient rédigé les observations ne pouvaient songer à l'existence d'une relation quelconque entre la présence de lacunes dans le crâne et le spina-bifida.

En se basant sur ces constatations, l'auteur estime qu'il s'agit ici, non pas d'une coïncidence accidentelle, mais de deux phénomènes connexes ayant une pathogénie commune. Et le fait même que, dans la plupart des cas de spina-bifida, il existe aussi des défauts d'ossification du crâne milite en faveur de l'hypothèse d'un arrêt primitif de développement dans le processus d'occlusion du canal vertébral. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 4-6.) — L. CH.

PUBLICATIONS POLONAISES

Suppuration chronique des doigts avec dépôts de carbonate de chaux, par M. T. Dunin.

L'auteur a eu l'occasion d'observer 2 fois un état morbide particulier et qui mérite d'être signalé, en raison de sa singularité.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de cinquante-quatre ans, qui, depuis douze ans, était atteinte d'une affection des doigts, survenant par accès et se traduisant d'abord par une sensation d'élancement dans les extrémités digitales, notamment au niveau de la pulpe, puis — au bout de quelques jours — par l'apparition d'un petit point; celui-ci tantôt s'éliminait sous forme d'un calcul blanchâtre, tantôt restait sous la peau et se présentait sous l'aspect d'une induration jaune. A l'examen, on constata que la pulpe des doigts était dure et indolore à la pression. Sous les téguments, on voyait des points jaunes recouverts par l'épiderme et qui, sur quelques doigts, étaient confluents, de sorte que les extrémités de ces doigts paraissaient épaissies, luisantes et complètement jaunies. La sensibilité au toucher y était, toutefois, conservée. Les articulations digitales étaient mobiles. Sur la paume droite, il existait un raccourcissement du ligament palmaire, ce qui donnait à l'extrémité du membre l'attitude connue sous le nom de *main en griffe*. Les organes internes ne présentaient absolument rien d'anormal. L'urine contenait 0.08 ‰ d'albumine, des cylindres, quelques globules rouges et des cristaux d'oxalate de chaux et d'acide urique.

Croyant avoir affaire à la goutte, M. Dunin prescrivit un traitement hydrominéral approprié; cette médication étant toutefois restée sans le moindre effet sur l'état de la malade, l'auteur mit en doute l'exactitude de son premier diagnostic et s'appliqua à mieux se rendre compte de la nature des dépôts en question. Dans ce but, il ponctionna une induration récente ; il vit alors s'écouler une gouttelette de pus, dans lequel le microscope décela la présence de nombreux cristaux en tablettes. Ces cristaux résistaient assez bien à l'action de l'acide acétique, mais se laissaient complètement dissoudre par l'acide chlorhydrique, qui donnait lieu à un dégagement de petites bulles gazeuses. En ajoutant une solution saturée d'acide oxalique, on obtenait des cristaux caractéristiques d'oxalate de chaux. Au total, les dépôts étaient constitués par du carbonate de chaux et, en partie, par du phosphate de chaux. Quant au pus, il était complètement stérile et se composait de leucocytes neutrophiles polynucléés. D'autre part, dans un petit calcul extrait d'un doigt, il fût impossible de déceler la moindre trace d'acide urique. La radioscopie donna, aux points correspondant aux indurations, des ombres très marquées, ce qui confirma le résultat de l'analyse chimique, à savoir que l'on était en présence de concrétions de sels minéraux.

La seconde observation relatée par M. Dunin a trait à une femme d'environ quarante ans, qui vint consulter l'auteur pour des épaississements indolores de la pulpe des doigts. Le début du processus morbide remontait à quatre ans. A l'examen, on trouva, tout comme chez la première malade, des indurations assez étendues de la pulpe digitale, surtout marquées du côté du médius des deux mains, et qui se présentaient sous la forme de taches jaunes recouvertes par de l'épiderme sain. De temps à autre, l'épiderme se rompait, laissant tomber de petits calculs. En soumettant une de ces concrétions à l'analyse chimique, M. Dunin constata l'absence de la réaction du murexide ; traité par l'acide chlorhydrique, le calcul dégagea de nombreuses bulles de gaz. L'examen radioscopique fournit des ombres très nettes au niveau des parties lésées.

D'après l'auteur, deux hypothèses paraissent plausibles pour interpréter les phénomènes morbides dont il s'agit : il se peut que la suppuration constitue le processus initial, les sels calcaires ne se déposant que secondairement, ou bien, au contraire, que les concrétions se forment en premier lieu et déterminent ensuite, dans les tissus environnants, une réaction inflammatoire.

Ajoutons qu'un cas analogue aux observations de M. Dunin a récemment été publié par M. Wildbolz. (*Gaz. lekarska*, 26 novembre 1904.) — L. CH.

Traitement des hernies ombilicales chez les enfants par des injections d'alcool, par M. W. Lapinski.

L'auteur attire l'attention sur un procédé thérapeutique préconisé, il y a une trentaine d'années, par Schwalbe, et qui, depuis lors, est tombé dans un oubli immérité. Voici en quoi consiste ce procédé :

La hernie étant réduite, on introduit assez profondément l'index gauche dans l'orifice herniaire, de manière à obturer celui-ci ; on injecte alors, en trois ou quatre points, à quelques millimètres du trajet herniaire, de l'alcool à 60°, en ayant soin de ne pas dépasser en tout 0 c.c. 5 de liquide et de protéger par l'index gauche, maintenu en place, la cavité péritonéale. Les injections sont répétées tous les huit jours, et dans l'intervalle la hernie est retenue par une pièce de monnaie.

Sous l'influence de ce mode de traitement, on verrait parfois la tumeur diminuer et l'orifice herniaire se rétrécir dès la seconde injection ; la cure complète nécessiterait cinq ou six injections.

M. Lapinski relate 3 observations ayant trait à des enfants âgés respectivement de trois,

deux et cinq mois, et qui ont tous été traités par le procédé en question. L'auteur a eu l'occasion de revoir chacun de ces petits patients au bout d'un laps de temps assez long et n'a pas constaté de récidive. (*Gaz. lekarska*, 5 novembre 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS TCHÈQUES

Contribution à l'étude de la respiration de Cheyne-Stokes, par M. V. LIBENSKY.

On admet généralement que l'apparition de la respiration de Cheyne-Stokes annonce une issue fatale imminente. On a, cependant, signalé des cas où ce phénomène a persisté quelques semaines, voire même plusieurs mois, et M. Libensky a, lui aussi, récemment eu l'occasion d'observer un fait de ce genre.

Il s'agissait d'une femme, âgée de soixante-huit ans, qui fut admise dans le service de M. Thomayer pour une artériosclérose généralisée avec localisations prédominantes du côté du cerveau et du bulbe, et ramollissement cérébral consécutif. Pendant toute la durée de son séjour à la clinique et jusqu'à sa mort, c'est-à-dire pendant deux mois, cette femme présenta le type respiratoire de Cheyne-Stokes. Si l'on tient compte que le trouble respiratoire en question avait déjà été observé chez la malade pendant les quatre mois qui avaient précédé son admission à l'hôpital, on voit qu'il a persisté *six mois* en tout.

L'auteur a mis à profit ce fait insolite pour reprendre l'étude systématique de l'influence exercée par diverses médications sur la respiration de Cheyne-Stokes. Des essais furent institués avec des stimulants externes (applications de glace ou d'eau chaude), des inhalations d'oxygène ou de nitrite d'amyle, l'emploi — *per os* ou en injections sous-cutanées — de strychnine, d'éther acétique, d'adrénaline, d'oxycamphre, etc. Mais tous ces moyens restèrent sans effet ou à peu près. Par contre, une injection hypodermique de morphine, à la dose de 0 gr. 005 milligr. à 0 gr. 01 centigr., amenait la disparition de la respiration de Cheyne-Stokes, à laquelle se substituait, pendant quelque temps, le type respiratoire normal. Or, ce fait va à l'encontre des résultats notés par d'autres observateurs, qui constatèrent, sous l'influence de la morphine, une aggravation du trouble respiratoire dont il s'agit. Comme, d'autre part, M. Filehne et M. Rosenbach ne sont pas d'accord relativement à l'action du nitrite d'amyle sur le même phénomène, M. Libensky se croit autorisé à en conclure que les opinions qui ont cours sur le mécanisme pathogénique de la respiration de Cheyne-Stokes ne sauraient avoir de portée générale et qu'en réalité ce trouble morbide ne relève pas toujours d'une seule et même cause. (*Sbornik klinicky*, VI, 2.) — L. CH.

Les troubles laryngés dans la paralysie agitante, par M. J. CISLER.

L'auteur a soumis à l'examen laryngoscopique 12 sujets atteints de paralysie agitante et hospitalisés dans le service de M. Thomayer. Chez 8 d'entre eux, il constata l'existence d'un trouble laryngé particulier, caractérisé par la position anormale de l'une des cordes vocales, ou même des deux, qui se trouvait dans une situation intermédiaire entre la position médiane et l'abduction extrême. A première vue, on pouvait supposer avoir affaire à une paralysie des abducteurs ou à une paralysie totale du nerf récurrent. Mais comme les cordes vocales avaient conservé leur mobilité et que l'excitabilité galvanique du nerf récurrent était normale, force fut d'en conclure que l'on se trouvait en présence, non pas d'une paralysie, mais tout simplement d'un phénomène de *rigidité musculaire*, analogue à la raideur que les parkinsoniens présentent dans nombre d'autres muscles du corps et qui, par sa constance, constitue le symptôme capital de la paralysie agitante.

En ce qui concerne les troubles fonctionnels, M. Cisler a noté, chez la plupart des malades en question, une fatigue exagérée pendant l'émission de la voix, et, dans 2 cas, une inhibition particulière de la phonation, celle-ci manifestant un certain retard par rapport à l'incitation nerveuse.

Tout comme la raideur des muscles du tronc et des extrémités, la rigidité musculaire du larynx peut subir des rémissions au cours de l'affection.

L'auteur est porté à croire que les troubles laryngés dont il s'agit sont loin d'être rares dans la paralysie agitante et qu'ils ne sont pas dépourvus d'une certaine valeur diagnostique. (*Sbornik klinicky*, VI, 2.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La ponction lombaire contre la coqueluche.

Au cours de recherches sur le liquide céphalo-rachidien dans la coqueluche, M. le docteur Mario Bertolotti, assistant à la policlinique pédiatrique de M. le docteur A. Muggia, privat-docent à la Faculté de médecine de Turin, a pu se convaincre que la ponction lombaire exerce quelquefois, dans l'affection dont il s'agit, une action curative manifeste.

C'est ainsi que chez un garçon de trois ans, qui avait en moyenne vingt-cinq accès de toux caractéristique par jour, avec attaques de convulsions, la soustraction de 15 c.c. de liquide céphalo-rachidien amena une amélioration notable, mais qui fut seulement passagère; une seconde ponction, pratiquée trois jours plus tard, fit de nouveau diminuer le nombre des crises, et cette fois-ci l'heureux effet de la petite opération s'accentua encore les jours suivants; une troisième ponction, exécutée une semaine plus tard, assura la guérison.

Chez un autre petit malade, âgé de deux ans et moins gravement atteint, car il n'avait que dix ou douze paroxysmes journaliers, une seule ponction amena une sédation telle, que l'on put dès lors se contenter du traitement médical usuel.

Au contraire, chez une fillette de trois ans, la ponction n'eut aucun effet sur le nombre ou la durée des crises; mais il convient de noter que, dans ce cas, le liquide céphalo-rachidien s'écoulait goutte à goutte, avec une faible pression, tandis que chez les 2 autres petits malades il offrait une hypertension évidente.

Les courants de haute fréquence associés à la radiothérapie comme traitement de l'épilepsie.

L'année dernière, nous avons fait connaître les bons effets obtenus contre l'épilepsie, par M. J. H. Branth, au moyen de la radiothérapie (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 96). De son côté, un autre médecin américain, M. le docteur S. G. Tracy (de New-York), s'est fort bien trouvé d'associer, dans le traitement de la même maladie, les courants de haute fréquence aux applications radiothérapiques. Voici comment procède notre confrère :

Tous les deux jours, on soumet le patient, pendant cinq à dix minutes, à l'influence des rayons de Röntgen, l'ampoule étant placée à une distance de 15 à 25 centimètres au-dessus de sa tête. Aussitôt après, on fait agir les courants de haute fréquence durant dix minutes sur la tête, puis pendant cinq minutes sur le rachis.

Notre confrère a remarqué qu'on obtenait des résultats meilleurs encore en associant au traitement que nous venons d'indiquer l'administration de faibles doses de bromure de potassium, notamment lorsqu'on a affaire à des cas anciens, datant de plus de trois ans. Chez la femme, il est bon, en outre, de doubler ou de tripler la dose de bromure au moment des règles.

Tous les malades que M. Tracy a traités de la sorte ont été améliorés, tant au point de vue de la fréquence des attaques qu'en ce qui concerne leur gravité; voire même qu'une guérison complète aurait été obtenue dans 25 % des cas de petit mal, dans 20 % des cas d'épilepsie jacksonienne et dans 12 % des cas de grand mal.

En présence de ces résultats, notre confrère n'hésite pas à conclure, bien que ses premiers essais ne remontent pas à plus d'un an, que cette méthode donne des résultats supérieurs à ceux de n'importe quel autre moyen de traitement.

La radiothérapie de la lèpre.

D'après l'expérience de M. le docteur H. B. Wilkinson, médecin de l'hôpital Saint-Lazare, à Manille, les applications radiothérapiques, d'une durée de dix à douze minutes et répétées tous les deux ou trois jours, donneraient des résultats encourageants dans le traitement de la lèpre.

Dans le premier cas où notre confrère a eu recours au moyen thérapeutique dont il s'agit, et où il n'a pas hésité à aller jusqu'à déterminer une véritable radiodermite, il a vu les lésions lépreuses disparaître aussi bien dans les régions qui avaient été exposées aux rayons de Röntgen que dans celles qui n'avaient pas subi l'action directe des radiations.

Depuis lors, M. Wilkinson a soumis 14 autres cas de lèpre à la radiothérapie, sans toutefois pousser le traitement jusqu'au point de créer des lésions röntgéniennes. Dans 2 de ces faits, au moins, notre confrère aurait obtenu une amélioration manifeste, sans compter que quelques autres malades ont paru retirer un certain bénéfice du traitement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mars 1905.

La paralysie générale d'origine syphilitique.

M. Hallopeau. — Je crois qu'on peut admettre que la paralysie générale est fréquemment d'origine syphilitique; en effet, 67 % des sujets jeunes atteints de cette affection sont entachés de syphilis héréditaire. Cela posé, doit-on considérer la paralysie générale comme justiciable du traitement spécifique? Pour résoudre la question, il faut faire appel à la pathogénie : à mes yeux, l'explication la plus vraisemblable des phénomènes paralytiques consiste à faire intervenir le développement dans l'encéphale de syphilomes générateurs de toxines, qui, chez des sujets prédisposés, donneraient lieu à la production d'une méningo-encéphalite secondaire, évoluant indépendamment de sa cause initiale. J'applique à ces productions secondaires la dénomination de deutéropathies : elle indique à la fois leur filiation avec la syphilis et l'indépendance du processus secondaire qui arrive à dominer la situation.

Cette interprétation conduit à repousser toute idée de traitement curatif par les spécifiques, mais elle laisse la porte ouverte à la prophylaxie. Il importe de distinguer à cet égard une prophylaxie à longue échéance, destinée à détruire les germes infectieux pendant les phases initiales de la maladie, et une prophylaxie à brève échéance s'adressant aux syphilomes tardifs de l'encéphale qui menacent d'en provoquer l'inflammation diffuse secondaire.

Pour ce qui est de la prophylaxie à longue échéance, je considère comme insuffisante la médication suivie sans interruption pendant les deux premières années seulement, ainsi que le propose M. Fournier. Cette médication n'est du reste nullement comparable à une vaccination. En fait, j'ai vu trop souvent des accidents se développer dans les mois qui ont suivi ces deux premières années de traitement pour que je puisse le considérer comme suffisant à la prophylaxie : il vaut mieux, à mon avis, s'en tenir au chiffre minimum des quatre premières années si longtemps préconisé par M. Fournier; j'admets en outre les effets curatifs de l'iodure, en me fondant sur les résultats que donne ce médicament dans les cas de céphalée, d'ulcérations, de gommes, etc.

Plus tard, la prophylaxie à brève échéance s'adresse aux syphilomes encéphaliques qui menacent de provoquer le développement de

la méningo-encéphalite diffuse. Toutefois, son efficacité, en ce qui concerne la paralysie générale, est très problématique. Il faudrait, pour la réaliser, pouvoir se guider sur les phénomènes précurseurs de la paralysie générale, mais jusqu'à présent ces phénomènes nous sont inconnus.

M. Lancereaux. — A mon avis, la paralysie générale ne peut pas être considérée comme étant d'origine syphilitique, puisque, de l'aveu de tous les auteurs, beaucoup de paralytiques généraux n'ont jamais présenté dans leurs antécédents d'accidents spécifiques. Elle ne peut pas davantage être considérée comme étant de nature syphilitique : en effet, d'après M. Fournier, cette affection, survenant en général dix et douze ans après le chancre, serait une manifestation de la période tertiaire de la syphilis; or, en pareil cas, les lésions spécifiques sont toujours circonscrites, isolées et ont une tendance très marquée à la résorption. Les lésions de la paralysie générale, au contraire, intéressent d'abord les petits vaisseaux, pour s'étendre ensuite aux éléments cellulaires; en outre, les lésions sont réparties sur toute l'étendue du cortex et elles tendent peu à peu vers une organisation définitive sans jamais se résorber.

La paralysie générale n'étant ni d'origine ni de nature syphilitique, la médication spécifique est contre-indiquée chez tous les paralytiques généraux; on ne saurait non plus y avoir recours à titre préventif de la péri-encéphalite chronique chez les sujets syphilitiques.

Corps étrangers articulaires au point de vue histologique et expérimental.

M. Cornil lit, en son nom et au nom de M. Coudray, une note dans laquelle il relate les résultats d'expériences destinées à vérifier les données déjà acquises sur la structure et l'évolution des corps étrangers traumatiques des articulations.

Ces expériences ont conduit les auteurs à opposer les caractères des corps étrangers articulaires d'origine traumatique à ceux des mêmes productions reconnaissant une origine pathologique : tandis que les premiers présentent les signes manifestes d'une dégénérescence des éléments cartilagineux et osseux, on constate au niveau des secondes une activité formatrice remarquable, tant dans la portion osseuse que dans la portion cartilagineuse du corps étranger.

L'orateur relate en terminant un cas curieux de mortification d'une portion osseuse d'un condyle de fémur, simulant un corps étranger traumatique : il s'agissait, en réalité, d'un séquestre d'origine tuberculeuse.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 mars 1905.

L'anesthésie chloroformique et la méthode des mélanges titrés.

M. J. Tissot. — Il est assez généralement admis que la chloroformisation au moyen de mélanges titrés d'air et de vapeurs chloroformiques, selon la méthode de P. Bert, offre une grande sécurité, parce que, la vapeur anesthésique ne se dissolvant dans le sang que jusqu'à ce qu'elle y atteigne une tension équivalente à celle qu'elle possède dans le mélange inspiré, il serait possible d'établir ce mélange de telle sorte (7 à 12 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air) que cet équilibre de tension correspondît à une dose de chloroforme suffisante pour obtenir l'anesthésie, mais non dangereuse.

Or, mes expériences m'ont démontré que cette conception est inexacte : en premier lieu, avec les mélanges titrés de 7 à 12 %, l'équilibre de tension ne peut pas s'établir, car il correspond à des doses de chloroforme plus que mortelles; en outre, il ne se produit à aucun moment d'équilibre stable entre la proportion de chloroforme contenue dans le sang et celle que renferme le mélange titré; enfin, il existe un équilibre variable entre la vitesse de pénétration du chloroforme et sa vitesse d'élimination, et cet équilibre dépend surtout des modifications de la ventilation pulmonaire.

En effet, si l'on anesthésie un animal avec un mélange titré à 9 ou 10 %, la pression artérielle subit des oscillations considérables, traduisant les variations de la proportion de chloroforme contenue dans le sang. D'autre part, un mélange titré à 6 ou 7 %, qui n'est, dans les conditions ordinaires, que très imparfaitement anesthésique pour le chien, détermine au contraire une anesthésie profonde si on modifie la ventilation pulmonaire en produisant, par des pressions manuelles sur le thorax, une polypnée artificielle; et l'on arrive par le même moyen à un résultat identique avec le mélange à 4 % — mélange qui, normalement, n'est pas du tout anesthésique pour le chien —, voire qu'en prolongeant suffisamment la polypnée (pendant deux ou trois minutes) on provoque une intoxication profonde, avec chute énorme de la pression artérielle.

Ces faits démontrent donc tout à la fois l'impossibilité d'obtenir un équilibre stable entre la tension des vapeurs chloroformiques dans le sang et dans le mélange anesthésique, ainsi que l'importance de la ventilation pulmonaire sur la quantité de chloroforme fixée par le sang.

MM. H. Lamy et **A. Mayer** adressent une note relative à des expériences d'où il résulte que les cellules rénales, au cours de la polyurie par injection intraveineuse de sucres, accomplissent un travail actif, électif et variable.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mars 1905.

De la nature de la grippe.

M. R. Bernard. — La grippe, à mon avis, n'est qu'un syndrome, une inflammation catarrhale, non spécifique, qui peut être provoquée par divers microbes. Et c'est ainsi qu'il y a lieu de distinguer : 1° la grippe-influenza, dont le germe est inconnu et qui est exceptionnelle; 2° la grippe à pneumocoques, qui est une affection saisonnière; 3° la grippe à streptocoques, saisonnière également et fréquente surtout dans l'armée; 4° la grippe à bacilles de Pfeiffer, qu'il faut se garder de confondre avec la grippe-influenza; 5° enfin des grippes innominées, dues à l'action de tout microbe des voies respiratoires, susceptible d'exalter sa virulence en série épidémique.

Cette conception de la grippe permet de concilier les opinions des cliniciens et celles des bactériologistes : si les premiers ont raison en affirmant la multiplicité des formes et des localisations de la grippe, les seconds n'en sont pas moins en droit de nier la spécificité de cette affection, puisqu'une seule lésion, le catarrhe, est la conséquence de l'action de microbes variés.

M. Siredey. — Que la nature spécifique de la grippe ne puisse pas être démontrée bactériologiquement, personne ne le conteste; cela n'empêche pas qu'au point de vue clinique la grippe, telle surtout que nous l'avons observée en 1889, présente des caractères trop tranchés pour que cette spécificité puisse être niée. Il est non moins certain que, chaque année, on observe des catarrhes saisonniers qui se comportent absolument comme la grippe; mais il est bien difficile de dire si ces cas relèvent de la grippe épidémique ou s'ils sont le fait d'une exaltation de virulence des microbes des catarrhes saisonniers.

M. Bezançon. — Bactériologiquement, la grande épidémie de 1889, la seule qui ait été étudiée à ce point de vue, ne diffère que par des caractères secondaires de l'épidémie actuelle, due à l'exaltation de virulence des microbes commensaux de la cavité buccopharyngienne. D'autre part, de la lecture des documents cliniques qui relatent les épidémies de grippe depuis 1837, on retire l'impression qu'il est impossible d'établir entre elles une démarcation tranchée : le seul caractère absolument spécial aux grandes pandémies de grippe, c'est la notion d'épidémicité.

On se heurte donc, dans la pathogénie de la grippe, aux incompatibilités suivantes : ou bien la grippe est une maladie spécifique à microbe inconnu, et alors on ne s'explique pas qu'elle se traduise cliniquement par des manifestations morbides aussi banales et aussi disparates et que, d'autre part, on trouve dans les crachats les mêmes germes que dans les infections saisonnières banales; ou bien la grippe n'est qu'une affection saisonnière épidémique, et l'on ne s'explique plus alors l'allure de grande pandémie analogue à la peste et au choléra qui la caractérise indiscutablement.

M. Lemierre relate un cas de méningite cérébro-spinale à rechutes, due au méningocoque de Weichselbaum.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 mars 1905.

Sérothérapie préventive de l'attaque d'hémoglobinurie paroxystique.

MM. Widal et **Rostaine.** — Chez la femme dont nous avons récemment étudié le sang au point de vue de l'insuffisance en antisensibilisatrice (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 93), nous avons essayé de prévenir les crises d'hémoglobinurie *a frigore* en injectant un sérum antisensibilisateur spécifique; ce sérum, obtenu en faisant à des animaux trois ou quatre injections de sérum humain à doses massives et à intervalles espacés, était chauffé à 55° avant d'être employé.

Nous avons pu de la sorte exposer la malade à des refroidissements locaux (immersion des mains dans l'eau froide) ou généraux (promenade à l'air froid) sans voir survenir le moindre trouble, alors que précédemment ces causes déterminaient l'apparition d'une crise d'hémoglobinurie. Dix jours après l'inoculation, la résistance de cette femme contre l'hémoglobinémie commença à faiblir légèrement; elle disparut en quatre semaines.

L'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* est relativement rare; mais on pourrait agir de même dans d'autres affections plus communes, dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique, par exemple, qui relève aussi, en dernière analyse, de l'hémoglobinémie. Au cours de différents états morbides, des sérums analogues pourraient également servir à « consolider le sang ».

La structure du foie : zone biliaire, zone portale, zone sus-hépatique.

M. Géraudel. — Le long du courant porto-sus-hépatique, monte le bourgeon hépatique, évagination du duodénum. Sa portion *para-intestinale, biliaire*, n'affecte avec la première section du courant, la veine porte, que des rapports de voisinage : elle est nourrie suivant le mode intestinal par une artère, l'artère hépatique, et entourée de la gaine mésenchymateuse de Glisson, homologue du chorion, de la sous-muqueuse intestinale.

La *portion hépatique* du bourgeon, à épithélium spécifique, se met en rapport de structure avec la section capillarisée du courant de décharge, et se nourrit directement à son contact. L'ensemble des tubes hépatiques constitue une formation réticulée, continue, moule en creux de l'éponge porte, drainée d'autre part par les racines sus-hépatiques. Il n'y a *pas de lobulation du parenchyme*, ni au sens de Kiernan, ni au sens de Sabourin.

Les tubes hépatiques allongés sur le courant sanguin sont disposés de telle sorte que leurs épithéliums soient distribués *en série linéaire* sur ce courant et que, par suite, la partie paraportale, la zone des collets des tubes, soit irriguée par le sang venant directement de l'intestin, tandis que la partie para-sus-hépatique ne reçoit ce sang qu'après qu'il a subi le contrôle, l'adultération, les apports et les soustractions de la partie paraportale. Cette différence de nutrition des deux zones du parenchyme explique la diversité de leurs réactions aux divers processus pathologiques.

Sur le déterminisme du sexe.

M. Kuckuck (de Saint-Pétersbourg). — J'ai observé à diverses reprises qu'un homme, plus énergique que sa première femme, n'avait d'elle que des fils; remarié avec une femme plus énergique que lui, ce même homme ne procréait que des filles. Et des faits de même ordre ont été observés chez des animaux : des chèvres affaiblies par la thyroïdectomie, et couvertes par des boucs normaux, ne donnent que des mâles (Lanz).

Ces phénomènes trouvent leur explication dans nos connaissances actuelles sur les substances colloïdes : le noyau du spermatozoïde et celui de l'œuf vierge peuvent être considérés comme des complexes de colloïdes, dont l'attraction est due à leurs charges électriques de signes opposés, et le produit de la conjugaison de ces deux noyaux présentera, d'après les lois qui régissent les colloïdes, les propriétés du colloïde prédominant par sa charge électrique.

Sur un réflexe conjonctivo-respiratoire.

MM. Couvreur et **Chevrier** (de Lyon) adressent une note relative à un réflexe respiratoire que l'on provoque en instillant dans l'œil un liquide irritant (éther), et qui, chez l'animal, se montre capable de rétablir la respiration suspendue par syncope ou par asphyxie. Ce réflexe aurait pour voie centripète la branche ophtalmique du trijumeau, pour centre la région des tubercules quadrijumeaux et pour voie centrifuge le nerf phrénique.

M. Dopter dit avoir pu constater l'existence d'une sensibilisatrice spécifique dans le sang des animaux vaccinés contre la dysenterie, soit avec le bacille de Shiga, soit avec celui de Flexner, ce qui prouve que ces deux microbes ne constituent que des races d'un seul et même agent spécifique.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 22 février et 1er mars 1905.

Le traitement chirurgical de l'épilepsie bravais-jacksonienne.

M. Fedor Krause fait une communication basée sur 12 cas d'épilepsie bravais-jacksonienne opérés par lui, qui lui ont permis de vérifier le résultat des expériences faites dernièrement par MM. Hitzig et Fritsch : d'après ces auteurs, l'excitation faradique de la *seule* circonvolution frontale ascendante serait capable de produire des contractions musculaires dans la moitié opposée du corps.

En ce qui concerne la pathogénie de l'épilepsie partielle, l'orateur, en plus des crises bravais-jacksoniennes d'origine traumatique, toxique (plomb) ou infectieuse, admet trois variétés principales de cette affection : tantôt elle est due à une encéphalite ancienne (paralysie cérébrale infantile), ayant laissé, au niveau ou au voisinage de la frontale ascendante, un kyste ou des foyers de porencéphalie; tantôt elle relève d'une tumeur de la même circonvolution; tantôt enfin il s'agit de cas idiopathiques, sans substratum anatomique apparent. Dans les deux premières variétés, l'étendue des lésions que l'on constate à l'opération marque la limite de la zone à réséquer; dans la troisième, c'est à l'exploration faradique qu'il faut s'adresser pour délimiter cette zone. En tous les cas, on se rappellera que les altérations corticales seules se manifestent par des phénomènes convulsifs, les lésions sous-corticales se traduisant par des paralysies.

Au point de vue des résultats opératoires, M. Krause a eu 2 décès ; chez les autres malades il a obtenu la guérison ou au moins une amélioration notable des attaques d'épilepsie; 2 d'entre eux, respectivement guéris depuis onze ans et sept ans, ont vu leur intelligence se réveiller très notablement avec la disparition des crises convulsives, à la suite de l'opération.

Quant à la technique, l'orateur intervient, lorsque l'état du patient nécessite des précautions spéciales, en deux et même en trois temps, le premier comprenant la taille du volet ostéo-périostéo-cutané, le second l'ouverture de la dure-mère, le troisième l'excision de la zone corticale. Il faut savoir que ce dernier temps est absolument indolent, au point que M. Krause a pu l'exécuter dans un cas sans aucune espèce d'anesthésie.

M. A. Fränkel demande quels sont les troubles de déficit que l'on constate après ces résections corticales.

M. Krause dit qu'en général il survient tout d'abord une hémiplégie croisée complète; mais la paralysie ne tarde pas à se limiter aux muscles correspondant à la zone excisée, pour disparaître complètement ou presque complètement au bout de quelque temps.

M. Max Rothmann fait observer que les centres psycho-moteurs sont toujours plus étendus que ne l'indique l'excitation électrique; c'est ce qui explique la restitution assez rapide de la motricité à la suite de ces interventions. On peut du reste se demander jusqu'à quel point l'homme supporterait la résection totale du centre psycho-moteur d'un bras ou d'une jambe.

M. Oppenheim objecte à la classification pathogénique de M. Krause que, dans la très grande majorité des cas, la paralysie cérébrale infantile laisse à sa suite des altérations essentiellement diffuses qui échappent à toute intervention opératoire; il est absolument exceptionnel qu'elle réalise des lésions en foyer.

D'autre part, l'orateur ne croit pas que, comme l'a soutenu M. Krause, les altérations corticales soient seules — à l'exclusion des lésions sous-corticales — capables de produire des manifestations épileptiques.

Morphologie et théorie parasitaire du cancer.

M. Orth fait une communication dans laquelle il rappelle que le cancer est essentiellement une tumeur épithéliale, mais une tumeur épithéliale maligne, dont la malignité est caractérisée par son hétérotopie; c'est la constatation seule de cette hétérotopie qui permet d'affirmer que, dans un cas donné, il s'agit bien de cancer, car la cellule cancéreuse ne diffère en rien de la cellule épithéliale normale. Malheureusement, s'il est facile de reconnaître cette hétérotopie au niveau du tube digestif, par exemple, dont l'épithélium est nettement limité par une *muscularis mucosæ*, il est loin d'en être de même pour d'autres organes, tels que l'utérus.

Passant à l'examen de la théorie parasitaire du cancer, l'orateur la critique vivement. Cette théorie s'appuie surtout sur l'existence de métastases dans les affections cancéreuses, tout comme dans les maladies infectieuses. Mais ce n'est là qu'une ressemblance tout extérieure ; de fait, la métastase cancéreuse est essentiellement constituée par la prolifération de cellules cancéreuses détachées de la tumeur primitive, tandis que la métastase infectieuse est formée par les cellules de la région où elle se produit (tubercule) ou par un appel de leucocytes en ce point (suppuration), la lésion primitive n'intervenant que pour fournir le germe morbide (bacille de Koch, pyogènes).

Quant aux essais de transmission du cancer par greffe d'un individu à un autre, ils n'ont, d'après M. Orth, aucune valeur démonstrative : ils réalisent simplement des greffes épithéliales, analogues à celles que font les chirurgiens. Pour établir d'une manière scientifique la nature parasitaire du cancer, il faudrait isoler le parasite, sinon le cultiver, et reproduire expérimentalement l'affection en excluant tout apport de cellules cancéreuses d'un organisme à l'autre.

Au total, pour l'orateur, la théorie parasitaire du cancer ne repose jusqu'ici sur aucune base solide.

Cathétérisme de l'œsophage dans un cas de rétrécissement infranchissable.

M. Gluck relate l'observation d'un garçon de neuf ans qui offrait un rétrécissement infranchissable de l'œsophage, par ingestion de caustique. Une gastrostomie en vue du cathétérisme rétrograde, puis une œsophagotomie latérale, étant restées sans résultat, l'orateur, pour assurer l'alimentation du petit malade, qui dépérissait d'une façon manifeste, eut l'idée d'introduire dans l'œsophage un tube de caoutchouc, muni supérieurement d'une dilatation infundibuliforme qui s'arrêta derrière le larynx, et sortant inférieurement par la plaie de l'œsophagotomie; à ce niveau, ce cathéter était raccordé par un tube de verre à la canule qui pénétrait dans l'estomac par la fistule gastrique. L'alimentation fut de la sorte assurée d'une manière pleinement satisfaisante.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 6 mars 1905.

Prostatite et sécrétion prostatique.

M. Posner communique les résultats des recherches qu'il a faites avec M. Rappaport, concernant la sécrétion prostatique et les modifications qu'elle subit au cours des inflammations chroniques de la prostate.

On sait que l'élément caractéristique de cette sécrétion est représenté par des granulations de lécithine; celles-ci disparaissent ou du moins diminuent de nombre dans les prostatites chroniques, mais en même temps on voit apparaître des leucocytes qui renferment des granulations offrant elles-mêmes les réactions de la lécithine.

Il s'agit là en somme d'un simple processus de phagocytose, analogue à celui qui, pour nombre d'auteurs, donnerait naissance aux globules de colostrum : dans les deux cas, c'est la stase, au sein des canalicules glandulaires, du produit de sécrétion des cellules épithéliales (granulations de graisse du lait, granulations de lécithine du liquide prostatique) qui, par l'action chimiotactique positive de ce produit de sécrétion, détermine un appel de mononucléaires et constitue le *primum movens* de la phagocytose.

La présence de ces leucocytes chargés de lécithine traduit donc l'existence d'une prostatite par stase : à ce groupe appartiennent notamment les prostatites aseptiques dues aux fatigues, aux abus sexuels, etc., et aussi les prostatites secondaires à l'hypertrophie de la prostate; et la connaissance des faits de cet ordre a une grande importance thérapeutique, car le massage, l'électricité et les autres moyens du même genre, qui ont les plus heureux résultats dans les prostatites par stase, sont au contraire sans effet sur les prostatites infectieuses, post-blennorrhagiques, par exemple.

M. Fürbringer confirme l'existence de prostatites aseptiques qui, pour lui, relèveraient ordinairement d'un traumatisme léger (cathétérisme, fatigues d'un voyage); il ne croit pas au contraire que les abus sexuels soient capables de leur donner naissance. L'orateur insiste, en outre, sur la nécessité de distinguer entre les prostatites totales et les prostatites partielles, ces dernières pouvant évoluer sans aucune espèce de prostatorrhée.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 10 mars 1905.

Altérations de l'aorte dues à l'adrénaline.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE, **M. Sturli** a relaté les résultats d'expériences qu'il a faites chez des lapins avec la méthylamino-acétobrenzcatéchine, substance qui, au point de vue chimique, est très voisine de l'adrénaline et qui exerce la même action physiologique que celle-ci (contraction vasculaire et élévation de la pression sanguine).

Les auteurs ne sont pas encore d'accord sur la question de savoir si l'adrénaline agit directement sur les fibres musculaires lisses des vaisseaux ou bien sur les terminaisons nerveuses des vasomoteurs. Or, les altérations qu'on constate à la suite d'injections répétées d'adrénaline consistent dans un amincissement et une dilatation consécutive de la paroi aortique. L'examen microscopique de l'aorte, chez un lapin mort neuf jours après la première injection, a montré qu'il existait, dans la membrane moyenne de ce vaisseau, des points où le tissu élastique avait perdu sa structure ou même était complètement détruit; par endroits, il y avait calcification du tissu interélastique; au niveau des zones altérées, la paroi vasculaire s'était dilatée.

Cela étant, l'orateur conclut que la sclérose de l'aorte produite par l'adrénaline est une altération *sui generis*, qui n'a rien à voir avec la sclérose aortique de l'homme. Il est probable que l'adrénaline exerce une action nocive sur les fibres musculaires lisses, l'élévation de la pression sanguine ne jouant aucun rôle.

M. L. von Schrötter fait observer que les recherches de M. Sturli confirment l'opinion qu'il a émise autrefois, à savoir qu'à la notion clinique de l'artériosclérose correspondent plusieurs variétés d'altérations anatomiques.

M. L. Braun présente des préparations microscopiques de l'aorte d'un lapin auquel il a injecté 5 fois 3 gouttes d'une solution d'adrénaline. On voit dans la membrane moyenne des plaques de tissu ostéoïde. Comme l'animal a été tué après la cinquième injection, les altérations de l'aorte, pour être déjà si avancées, doivent avoir commencé dès la première injection.

Ces altérations de l'aorte n'ont rien à faire avec l'élévation de la pression sanguine. Cela est prouvé par des expériences où l'orateur a supprimé l'action de l'adrénaline sur la pression sanguine par l'injection simultanée de nitrite d'amyle.

M. Wiesel fait remarquer que dans les maladies infectieuses on observe des altérations vasculaires analogues à celles que provoque l'adrénaline.

La pathogénie de la colique intestinale.

M. H. Nothnagel, passant en revue les théories pathogéniques qui ont été émises à propos de la colique intestinale, rappelle que M. Lennander, ayant observé, dans ses expériences sous anesthésie locale, que le péritoine pariétal est très sensible, tandis que le péritoine viscéral, le foie, la vesicule biliaire et d'autres organes sont insensibles, en conclut que les coliques ne siègent pas dans l'intestin, mais dépendent d'une irritation du péritoine pariétal. M. Düms, de son côté, attribue les coliques à des tiraillements du mésentère sous l'influence des contractions intestinales.

L'orateur combat ces opinions : dans nombre de cas, chez les enfants par exemple, l'on ne peut pas admettre des tiraillements du péritoine par des cicatrices ou d'autres lésions analogues; dans l'invagination intestinale, d'autre part, c'est seulement au moment où l'invagination se produit qu'on ressent des douleurs.

Aussi M. Nothnagel estime-t-il que c'est bien dans les filets nerveux de l'intestin qu'il faut chercher la cause des coliques; ces filets nerveux seraient douloureusement impressionnés par l'anémie de la muqueuse intestinale (on connaît les coliques dans l'embolie de l'artère mésentérique) et cette anémie elle-même serait ordinairement réalisée par la contraction tétanique de la paroi intestinale, qui a pour effet de comprimer les vaisseaux intestinaux. En somme, contraction tétanique de l'intestin, anémie des vaisseaux intestinaux, enfin phénomènes douloureux, telle serait la formule pathogénique de la colique intestinale.

Abcès du médiastin antérieur dans la scarlatine.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. G. Schwarz** a relaté l'observation d'un malade qui, pendant une scarlatine, eut sur le sternum une tumeur fluctuante, présentant des pulsations nettement synchrones avec celles du cœur, et qui amena une fracture spontanée du sternum. La palpation de cette tumeur provoquait de la dyspnée, de la cyanose et une accélération de la fréquence du pouls et de la respiration; plus tard, ces troubles se produisirent aussi spontanément. L'incision donna issue à 250 grammes de pus.

Le malade ayant succombé, l'autopsie révéla, entre le sternum, le péricarde et la plèvre, un abcès avec ganglions bronchiques tuberculeux; le pus contenait des streptocoques et le staphylocoque doré. La cause de la suppuration paraissait résider dans une ostéomyélite ou une suppuration du cartilage.

Diabète insipide familial.

M. Knöpfelmacher a présenté 2 enfants, frère et sœur, offrant une polyurie énorme (jusqu'à 9 litres d'urine par jour) et de la polydipsie; la vessie est tellement distendue par l'urine, qu'à l'état de plénitude elle dépasse l'ombilic. Le point le plus remarquable de cette observation, c'est qu'on relève la présence du diabète insipide dans l'ascendance des deux petits malades : leur père, leur grand-père et leur bisaïeule en furent atteints.

Hernie de Treitz.

Dans la séance du 3 mars de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Haberer** a présenté une jeune fille qui, à la suite d'une angine, fut prise de douleurs abdominales, auxquelles s'associèrent bientôt des symptômes d'iléus. La partie inférieure de l'abdomen était douloureuse à la pression et ballonnée; dans la partie supérieure il y avait un clapotement qui fut attribué à l'accumulation de liquide dans l'intestin dilaté. Après l'évacuation de 4 litres de liquide contenus dans l'estomac, le météorisme disparut, mais pour reparaître bientôt, en même temps que survenaient des symptômes de péritonite par perforation. A l'opération, on trouva une hernie étranglée dans la fossette duodéno-jéjunale, hernie qui comprenait presque tout l'intestin. Après la réduction de la masse herniée, la paroi antérieure du sac fut réséquée et suturée. Avant de réunir la plaie abdominale, on laissa dans le péritoine une grande quantité de sérum artificiel; c'est là, pour l'orateur, le meilleur moyen de prévenir le shock opératoire.

Traitement chirurgical des ulcères gastriques calleux.

M. Bakes (de Trébitsch) a fait une communication tendant à démontrer que, dans les cas d'ulcère calleux chronique, la gastro-entérostomie et le traitement médical n'ont pas d'action curative, de sorte qu'il faut recourir à l'opération radicale, consistant dans la résection des parties malades de l'estomac.

Ce qui plaide encore en faveur de cette manière de voir, c'est que, d'après M. Sapeshko, l'origine du cancer gastrique peut être attribuée, dans 90 % des cas, à un ulcère préexistant. Pour sa part, l'orateur a pratiqué en 1904 7 gastrectomies partielles pour ulcère, et dans 3 de ces cas, sur 4 qu'il a examinés histologiquement, il a constaté une dégénérescence carcinomateuse.

Au point de vue de la technique, M. Bakes fait l'opération à l'aide de l'ivresse par l'éther combinée avec l'anesthésie locale de Schleich; il ferme l'estomac au moyen d'une pince, applique une suture, puis résèque l'estomac au thermocautère entre la pince et la suture.

M. Lorenz fait remarquer qu'il y a des cas où la résection de l'estomac peut mettre en danger les jours du malade. D'autre part, dans 2 faits d'ulcère gastrique calleux inopérable, où la base de l'ulcère se déchira pendant l'examen, M. Hochenegg a obtenu la guérison par la gastro-entérostomie suivie de tamponnement.

M. Clairmont est d'avis que, dans les cas d'ulcère calleux où la résection de l'estomac ne peut plus être pratiquée, le traitement palliatif rend de réels services.

Dr SCHNIRER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Berry (R. J. A.) et **Shepherd** (H. D.). Cranio-cerebral topography. (*Brit. Med. Journ.*, 19 nov.)

Deaver (J. B.). Surgical anatomy of the head and neck. In-8°, 770 p. avec fig. Londres. — Anatomie topographique de la tête et du cou.

Delbanco (E.). Zur Anatomie des Präputiums. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er et 15 déc.)

Geronzi (G.). Sur la présence de ganglions nerveux intra-musculaires dans certains muscles intrinsèques du larynx; 1re note. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Helber (E.). Ueber die Entstehung der Blutplättchen und ihre Beziehungen zu den Spindelzellen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 1-2.) — Sur l'origine des hématoblastes et leurs rapports avec les cellules fusiformes.

Hogge (A.). Recherches sur les muscles du périnée et du diaphragme pelvien, sur les glandes dites de Cowper et sur le développement de ces organes. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 juillet, 1er et 15 août.)

MÉDECINE

Cicaterri (B.). Un caso di ascesso epatico a reazione di Widal positiva. (*Policlinico*, 10 déc.)

Galvagni (E.). Sopra un caso di aortite addominale. (*Gazz. degli Osped.*, 11 déc.)

Genairon et **Favre**. Un cas de méningite suppurée consécutive à une pleurésie diaphragmatique également suppurée, et simulant l'éclampsie chez une femme accouchée (ponction lombaire). (*Loire méd.*, déc.)

Martin (U. F.). Tachycardia and its relation to injuries. (*Med. Record*, 3 déc.)

Massalongo (R.). La sindrome spasmodica nelle infezioni e nelle intossicazioni. (*Riforma med.*, 14 déc.)

McCaskey (G. W.). The diagnostic value of leukocytosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Miele (A.). Contributo allo studio della cirrosi biliare ipersplenomegalica. (*Clinica moderna*, 30 nov. et 7 déc.)

Musgrave (P.). The examination of pleural fluids, with reference to their etiology and diagnostic value. In-8°, 50 p. avec planches. Boston.

Patek (A. J.). Intermittent claudication and analogous phenomena (angina pectoris). (*Med. News*, 3 déc.)

Prandi (A.). Della polimiosite primaria. (*Gazz. degli Osped.*, 4 déc.)

Ranzi (E.). Ein Fall von Trichobezoar im Magen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 déc.) — Bézoard de l'estomac.

Rautenberg. Zur Klinik und Pathologie der hämorrhagischen Pankreasnekrose. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 1-2.)

Robinson (B.). Problems relating to simple ulcer of the stomach. (*Med. Record*, 31 déc.)

Rose (U.). Multiple Sklerose und Diabetes mellitus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.)

Rubinato (J.). Ueber einen Fall von primärem Lebersarkom mit Cirrhose der Leber. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 1-2.) — Sarcome primitif du foie avec cirrhose hépatique.

Schifone (O.). Sulla valutazione quantitativa degli essudati pleurici mediante il metodo cromometrico Niclot-Achard. (*Riforma med.*, 16 nov.)

Schreiber (J.). Ueber renalpalpatorische Albuminurie und ihre Bedeutung für die Diagnose von Dystopien sowie von Tumoren im Abdomen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.)

Scott (J. A.). A case of cancer of the œsophagus simulating thoracic aneurysm. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, déc.)

MALADIES INFECTIEUSES

Anderson (J. H.). On the cause of death in operated cases of intestinal perforation occurring in typhoid fever. (*Amer. Medicine*, 31 déc.) — Sur la cause de la mort des typhoïdiques opérés pour perforation intestinale.

Andersson (I.). Naagra iakttagelser fraan difteriepidemien i Stockholm under aaren 1903 och 1904. (*Hygiea*, déc.)

Buhlig (W. H.). A case of general miliary tuberculosis, with an open foramen ovale as a factor in its production. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Cerf (L.). Rougeole par contagion intra-utérine. (*Ann. méd.-chir. du Centre*, 4 déc.)

Clapp (H. C.). The dangers of the microscope in the early diagnosis of pulmonary tuberculosis. (*Amer. Medicine*, 10 déc.)

Engelmann (Rosa). Seventy intubations for laryngeal diphtheria with some statistics referring to the lack of hospital facilities for the care of diphtheria and other contagious diseases. (*Amer. Medicine*, 26 nov.)

Falkenheim (H.). Pseudoleukämie und Tuberculose. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.)

Fauconnet (Ch. J.). Tuberkulöse Prozesse und Lymphocyten. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 1-2.)

Fischer (L.). Clinical observations in scarlet fever, with special reference to the heart and other complications, and therapeutical suggestions. (*New York Med. Journ.*, 17 déc.)

Goss (V.). Contribution au diagnostic des formes mixtes de la peste. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, X, 5.)

Gouzien (L.) et **Le Hardy**. Epidémie de fièvre jaune de Grand-Bassam en 1903. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Harris (N. MacL.) et **Haskell** (L. W.). Concerning a case of suppurative myositis caused by Micrococcus gonorrhœæ (Neisser). (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, déc.)

Herzog (M.) et **Hare** (Ch. B.). Latent and ambulatory plague. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 déc.) — Peste latente et ambulatoire.

Jansen (A. P. B.). Een geval van kryptogenetischen tetanus. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 31 déc.)

Kotovchtchikov (A.). Un cas d'infection indéterminée (en russe). (*Roussk. Vratch*, 18 déc.)

Rodling (J.). Förebyggandet af otiter vid skarlakansfeber och andra akuta infektionssjukdomar. (*Hygiea*, déc.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Clark (L. P.). A comparative study of idiopathic epilepsy in animals and man. (*New York Med. Journ.*, 10 déc.)

Kräpelin (E.). Lectures on clinical psychiatry. (Trad. de l'allemand par T. Johnstone.) In-8°, 308 p. Londres.

Kronthal (P.). Psyche und Psychose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 et 19 déc.)

Lemoine (G.). A propos d'un cas d'hystérotraumatisme. (*Nord méd.*, 15 déc.)

Löbl (H.) et **Wiesel** (J.). Zur Klinik und Anatomie der Hemiatrophia facialis progressiva. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVII, 5-6.)

Luzzatto (A. M.). Paralisi agitante e sclerodermia. (*Morgagni*, déc.)

Maguin (M.). A propos des rapports entre l'épilepsie et la menstruation. (*Echo méd. du Nord*, 25 déc.)

Mills (C. K.). Treatment of aphasia by training. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 déc.)

Morawitz (P.). Zur Kenntnis der multiplen Sklerose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 1-2.)

Mott (F. W.). The cerebro-spinal fluid in relation to disease of the nervous system. (*Brit. Med. Journ.*, 10 déc.)

Moura (C. de). Anorexia hysterica. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 nov.)

Müller (L.). Ueber Status hemiepilepticus idiopathicus. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVIII, 1.)

Neyroz (U.). Impulsioni migratorie in un imbecille. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 4.)

Petrén (K.) et **Carlström** (G.). Untersuchungen über die Art der bei Organerkrankungen vorkommenden Reflexhyperästhesien. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVII, 5-6.) — Sur les variétés d'hyperesthésie réflexe survenant dans les affections viscérales.

Pirrone (D.). Tabe sensitiva e trofica. (*Riforma med.*, 16 et 23 nov.)

Räcke. Ueber hysterische Schlafzustände. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 déc.) — Des états de sommeil hystérique.

Ranney (A. L.). Cases of epilepsy cured without drugs, with explanatory remarks concerning the modern treatment of this disease. (*New York Med. Journ.*, 3 déc.) — Cas d'épilepsie guéris sans médicaments; considérations sur le traitement actuel de cette affection.

Rossi (A.). Lesione traumatica della porzione terminale del midollo e della coda equina. (*Nuovo raccoglitore med.*, sept.)

Roxo (H.). Edema agudo angio-neurotico. (*Brazil-medico*, 8 déc.)

Schott (A.). Ueber Hypochondrie und hypochondrische Zustände. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 déc.)

Schultze (F.). Diagnose und Behandlung der Frühstadien der Tabes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 nov.) — Diagnostic et traitement du tabes au début.

Soma (N.). Contributo allo studio delle mioclonie. (*Gazz. degli Osped.*, 18 déc.)

Soukhanov (S.). Sur les associations psychiques obsédantes de contraste dans les états mélancoliques. (*Arch. de neurol.*, oct.)

Spadaro (G.). Un caso di paralisi del radiale per infortunio sul lavoro. (*Gazz. degli Osped.*, 11 déc.) — Paralysie radiale consécutive à un accident du travail.

Spratling (W. P.). The influence of the first and second dentition periods in the etiology of epilepsy. (*Med. News*, 10 déc.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Guszman (J.). Zur Tabes-Syphilisfrage im Anschlusse an einige mit manifester Syphilis verbundene Tabesfälle. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 déc.)

Klauber (O.). Molluscum contagiosum als Tumor der Areola mammillæ. (*Prag. med. Wochensch.*, 15 et 22 déc.)

Kraus (A.). Weitere Untersuchungen über die entzündliche Atrophie des subkutanen Fettgewebes. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXII, 3.) — Sur l'atrophie inflammatoire du tissu cellulo-adipeux sous-cutané.

Martzinovsky (E.). Le bouton d'Orient et son étiologie (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 24.)

Moses (H.). Beitrag zum Wesen der kongenital-syphilitischen « tibia en lame de sabre ». (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 3.)

Pautrier. Sur un cas d'épithélioma développé au niveau d'un lupus érythémateux. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Pick (W.). Ueber die persistierende Form des Erythema nodosum. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXII, 3.)

Ramognini (P.) et **Sacerdote** (A.). Sopra un caso di tubercolosi papillomatosa cutanea nella regione anale. (*Riforma med.*, 2 nov.)

Riedel. Ueber die fieberhaft verlaufende Lues der Gallenblase und Gallengänge sowie der Leber. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 1-2.) — Sur la syphilis de la vésicule et des canaux biliaires ainsi que du foie, compliquée d'accidents fébriles.

Risso (A.) et **Cipollina** (A.). I nostri risultati nella sieroterapia della sifilide; nota preventiva. (*Riforma med.*, 30 nov.)

Schiele (W.). Ein Fall von Mycosis fungoides. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 16 déc.)

CHIRURGIE

Gangolphe (M.). Des interventions conservatrices dans les ostéosarcomes présumés malins du membre supérieur. (*Arch. provinc. de chir.*, déc.)

Horsley (J. S.). Surgical shock. (*New York Med. Journ.*, 24 déc.)

Jacobsthal (H.). Deformität des Vorderarmes bei erworbenem Radiusdefekt. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 5-6.) — Difformité de l'avant-bras par absence acquise du radius.

Jelks (J. L.). My method of dealing with circumcretal infections. (*New York Med. Journ.*, 10 déc.)

Kapelusch (E.). Ueber die Berücksichtigung der besonderen Eigenschaften des Bauchfelles bei der Laparotomie. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 et 26 nov., 3, 10 et 17 déc.) — Péritoine et laparotomie.

Karewski. Zur Technik der Radikaloperation von Bauchnarben- und Nabelhernien. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 déc.) — Technique de la cure radicale des hernies ombilicales et des éventrations d'origine cicatricielle.

Kausch (W.). Trauma und Diabetes mellitus und Glykosurie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.)

Keen (W. W.), **Pfahler** (G. E.) et **Ellis** (A. G.). On hypernephroma. (*Amer. Medicine*, 17 déc.)

Kelling (G.). Zur Resection des carcinomatösen Magens. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 2.) — La résection de l'estomac cancéreux.

Kelly (H. A.). Ideal method of removing the vermiform appendix. (*Amer. Medicine*, 31 déc.)

Kertész (J.). Der Mechanismus der inneren Darmstrangulation. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 déc.) — Le mécanisme de l'étranglement interne de l'intestin.

Klemm (P.). Zur Frage der Sterilität der Haut. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 5-6.) — Sur l'asepsie de la peau.

Kober (H.). Beitrag zur Kenntnis und Behandlung des Gallensteinleidens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 déc.) — Pathologie et traitement de la lithiase biliaire.

Kornfeld (H.). Trauma der Wirbelkörper; Tod 6 ½ Jahre später an Miliartuberkulose; Zusammenhang bejaht. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, déc.) — Traumatisme des corps vertébraux; mort six ans et demi plus tard par tuberculose miliaire; corrélation reconnue.

Kramer (W.). Zur Behandlung grosser spitzer Fremdkörper im Halsteile der Speiseröhre. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 17 déc.) — Sur l'extraction de gros corps étrangers piquants de la portion cervicale de l'œsophage.

Laidley (L. H.). Gunshot wound of the abdomen involving the hip joint. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.) — Coup de feu de l'abdomen intéressant la hanche.

Lane (W. A.). On the operative treatment of the conditions of the gastro-intestinal tract which result from chronic constipation. (*Lancet*, 17 déc.)

Laplace (E.). The removal of internal hæmorrhoids by excision. (*New York Med. Journ.*, 24 déc.)

Lenormant (Ch.). Kyste dermoïde pré-sternal et fistule congénitale pré-sternale. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Lenzi (L.). Su di un caso d'emorragia grave dell'arteria poplitea nel decorso di una osteomielite prolungata; contributo alla casistica delle ulcerazioni arteriose. (*Clinica moderna*, 21 déc.)

Mantel (P.). Une nouvelle manœuvre destinée à faciliter l'examen médical et la recherche de la vésicule dans les interventions sur le foie et les voies biliaires. (*Arch. provinc. de chir.*, nov.)

Martin (J.). Rétraction des tendons extenseurs de la main. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Maximov (V.). De l'émasculation totale pour cancer (en russe). (*Roussk. Vratch*, 18 déc.)

Maylard (A. E.) et **Anderson** (J.). A case of congenital hypertrophic stenosis of the pylorus in the adult. (*Lancet*, 17 déc.)

Mayo (W. J.). Duodenal ulcer; a clinical review of 58 operated cases, with some remarks on gastrojejunostomy. (*Ann. of Surgery*, déc.)

McMurtry (L. S.). Cysts of the mesentery. (*New York Med. Journ.*, 31 déc.)

Meissl (Th.). Ueber die operative Therapie des Mammakarzinoms und deren Dauererfolge. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 déc.)

Merkel (H.). Zur Kenntnis der sogenannten Holzphlegmone (« phlegmon ligneux du cou » nach Reclus). (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 3 déc.)

Monprofit (A.). Manuel opératoire de l'omentopexie. (*Arch. provinc. de chir.*, déc.)

Morestin (H.). Lupus digital traité par la décortication. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Morris (R. T.). Conservation of the natural resistance of patients in surgical work. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Mosetig-Moorhof (von). Therapie der Gelenkstuberkulose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 déc.) — Traitement de l'arthrite tuberculeuse.

Moullin (C. M.). Some unusual effects of moveable kidney. (*Lancet*, 10 déc.) — Quelques conséquences insolites du rein flottant.

Moynihan (B. G. A.). Remarks on the value and significance of certain signs and symptoms of pancreatic disease. (*Brit. Med. Journ.*, 31 déc.)

Nabuco de Gouvêa (J. T.). Lymphangioma cavernoso da região glutea e postero interna da coxa; ablação do tumor; cura; resultado, quatro mezes depois. (*Brazil-medico*, 15 déc.)

Naumann (G.). Ueber die moderne Pankreas-Chirurgie. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 3.)

Navratil (D. von). Ueber die Heilung der Oesophagotrachealfisteln; eine neuere Oesophagusnaht. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 5-6.) — Sur le traitement des fistules trachéo-œsophagiennes.

Noble (C. P.). Overlapping the aponeuroses in the closure of wounds of the abdominal wall. (*Med. News*, 17 déc.) — Croisement des aponévroses dans la suture après laparotomie.

Odiorne (W. B.) et **Simmons** (C. C.). Undescended testicle; based on a study of 77 cases. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Payr (E.). Ueber gleichzeitige Stenosirung von Pylorus und Darm. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 1 et 2.) — Rétrécissements concomitants du pylore et de l'intestin.

Pedersen (V. C.). The difficulties of anesthetization and their correction. (*Med. News*, 31 déc.)

Persano (E.) et **Zerbini** (U.). Contributo alla statistica delle ferite d'armi da fuoco nell'addome. (*Clinica moderna*, 21 déc.) — Contribution à la statistique des plaies de l'abdomen par arme à feu.

Phocas (G.). Χειρουργική θεραπεία τῆς κιῤῥώσεως τοῦ ἥπατος. (Χειρουργική Ἐπιθεώρησις, nov.) — Traitement chirurgical de la cirrhose du foie.

OPHTALMOLOGIE

Bardes (A. C.). Trachoma. (*Med. Record*, 31 déc.)

Gardiner (E. J.). Presbyopia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 déc.)

Lagleyze. Opération de l'entropion et du trichiasis. (*Arch. d'ophtalmol.*, déc.)

Lewin (L.). Die chronische Vergiftung des Auges mit Blei. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 déc.) — L'intoxication saturnine chronique de l'œil.

Marple (W. B.). Two additional cases of sympathectomy for glaucoma. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 déc.)

Mazza (A.). Exostose éburnée très volumineuse de la cavité orbitaire. (*Ann. d'oculist.*, déc.)

Michel (J. von). Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie (34. Jahrgang, 1903). 2e partie. In-8°, p. 401 à 788. Tubingue. — Les progrès réalisés en ophtalmologie pendant l'année 1903.

Morax (V.). L'abcès annulaire de la cornée et sa signification. (*Ann. d'oculist.*, déc.)

Risley (S. D.). The conservative management of lacrymal obstruction. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 déc.)

Toti (A.). La dacriocistorinostomia come cura radicale conservatrice delle suppurazioni gravi e delle fistole del sacco lacrimale; resultati ottenuti nei primi sette casi operati. (*Policlinico*, partie chir., XI, 12.)

Vossius (A.). Struma und Katarakt. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Fenwick (E. H.). A tubal pregnancy of some years' (?) duration. (*Brit. Med. Journ.*, 31 déc.)

Labhardt (A.). Ueber Uterusrupturen in Narben von früheren Geburten. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 3.) — La rupture de l'utérus au niveau de cicatrices provenant d'accouchements antérieurs.

Legueu (F.). De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er oct.)

Leisewitz (Th.). Reste des Wolff-Gartner'schen Ganges im paravaginalen Bindegewebe. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 2.)

Lemann (I. I.). Extra-uterine pregnancy; its diagnosis. (*Med. News*, 3 déc.)

Linck (A.). Ein Fall von primärer Bauchhöhlen-Schwangerschaft. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.) — Grossesse abdominale primitive.

Lingen (L. von). Ueber einen operativ geheilten Fall von ausgetragener Extrauteringravidität. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 2 déc.) — Grossesse extra-utérine arrivée à terme; intervention; guérison.

Longyear (H. W.). The surgical treatment of bilocular uterus and bifid vagina. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 déc.)

Martin (J. M. H.). On the vomiting of pregnancy. (*Brit. Med. Journ.*, 10 déc.) — Sur les vomissements de la grossesse.

Müller (G.). Dra pripady maligniho chorionepitheliomu. (*Casopis lékaru ceskych*, 3, 10, 17 et 24 déc.)

Nicholson (W. R.). Central perforation of the perineum. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, déc.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

De Simoni (A.). Sur l'importance de la séro-agglutination dans le diagnostic précoce de la tuberculose primitive de l'oreille moyenne. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Dreesmann. Die Radikaloperation der chronischen Kieferhöhleneiterung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 5-6.) — La cure radicale de la sinusite maxillaire chronique.

Escat (E.). De la migraine otique; son rôle dans l'étiologie de l'otosclérose tropho-neurotique. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, oct.)

Friedrich (E. P.). Diagnose und Behandlung der Kieferhöhleneiterung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 déc.) — Diagnostic et traitement des sinusites maxillaires.

Gallois (P.). Des répercussions que peuvent avoir sur la santé générale les maladies du nez et de la gorge (les méfaits des spéléopathies). (*Arch. de méd. des enfants*, nov.)

Grant (D.). Déductions pratiques résultant des connaissances récentes sur la suppuration du labyrinthe. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, oct.)

Griffin (E. H.). An interesting case of tuberculosis of the larynx. (*Med. Record*, 17 déc.)

Heath (Ch. J.). On the restoration of hearing after removal of the drum and ossicles by a modification of the radical mastoid operation for suppurative ear disease, founded on the experience of 400 operations. (*Lancet*, 24 déc.) — Sur la restitution de l'ouïe après ablation du tympan et des osselets dans la cure radicale de l'otite suppurée.

Henderson (R. G.). A case of extradural abscess complicating acute middle-ear catarrh without perforation of the membrana tympani; operation; recovery. (*Lancet*, 10 déc.) — Otite moyenne aiguë compliquée d'un abcès extra-duremérien sans perforation du tympan; opération; guérison.

Hoffmann (R.). Sur les interventions ostéoplastiques dans les suppurations chroniques du sinus frontal. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, nov.)

Jourdin (Ch.). Les lésions du canal carotidien et les hémorrhagies de la carotide interne dans les caries du rocher. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, nov.)

Kümmel (W.). Ueber infectiöse Labyrintherkrankungen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.) — Sur les infections du labyrinthe.

Lake (R.). Influence des modifications de l'état général sur les oreilles qui présentent déjà des lésions légères. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

HYGIÈNE

Bericht über den 1. internationalen Kongress für Schulhygiene. Nürnberg. 4.-9. April 1904. 4 vol. (en allemand, en français et en anglais). In-8°, 2567 p. avec fig. Nuremberg. — Compte rendu du premier Congrès international d'hygiène scolaire tenu à Nuremberg en 1904.

Dornseiffen (G.). Vaccine en vaccinebereiding. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 17 déc.)

Elissberg (J.). Contribution à l'hygiène oculaire. (*Arch. d'ophtalmol.*, déc.)

Gandini (V.). Il colera dei barbi; contributo clinico-sperimentale allo studio delle intossicazioni alimentari. (*Gazz. med. lombarda*, 7 et 14 nov.)

Pagliani (L.). Trattato di igiene e di sanità pubblica colle applicazioni alla ingegneria e alla vigilanza pubblica. T. Ier, 1re partie. In-16, 304 p. avec fig. Milan.

Smolensky (P.). La cryoscopie du lait (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 4, 11 et 18 déc.)

Tiraboschi (C.). Die Bedeutung der Ratten und Flöhe für die Verbreitung der Bubonenpest. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLVIII, 3.) — Le rôle des rats et des puces dans la transmission de la peste bubonique.

Tonzig (C.). Sulla possibilità della diffusione della tubercolosi per mezzo delle carni insaccate; ricerche sperimentali. (*Gazz. degli Osped.*, 25 déc.)

Woodruff (C. E.). Alcohol in the tropics. (*Med. Record*, 17 déc.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Bolten (G. C.). Cocaïne-intoxicatie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 17 déc.)

Burke (Ch. V.). Observations on carbolic acid poisoning. (*New York Med. Journ.*, 8 oct.)

Konstansov (S.). De la nature du poison de poisson. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, X, 5.)

Kyle (J. J.). Some injuries of the eye in their medico-legal aspect. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 déc.) — Les blessures de l'œil au point de vue médico-légal.

Leroy (R.). Pyromanie et puberté; examen médico-légal d'une jeune incendiaire. (*Arch. de neurol.*, déc.)

Martin (E.). L'intoxication par le gaz d'éclairage. (*Lyon méd.*, 18 déc.)

Meltzer (S. J.) et **Salant** (W.). The effect of pilocarpin hydrochlorate in strychnine poisoning. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 déc.)

Mirallié (Ch.). Intoxication saturnine. (*Gaz. méd. de Nantes*, 10 déc.)

Parisot (P.). De quelques anomalies de l'hymen et du vagin; attentats à la pudeur et viol. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 déc.)

Sacquépée (E.). Sang humain ou sang de cheval? Diagnostic par la méthode biologique. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 4.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Anders (J. M.). Serum treatment of pneumonia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 déc.)

Arrhenius (S.). Serumterapien, sedd fraan fysikalisk-kemisk staandpunkt. (*Hygiea*, déc.)

Biernacki (J.) et **Muir** (J. C.). The intravenous injection of antitoxin in diphtheria. (*Lancet*, 24 déc.)

Burckhard (G.). Zur Serumtherapie der Streptokokkeninfektionen, speziell des Puerperalfiebers. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 3.)

Cohen (S. Solis). The prevention and treatment of heart failure in pneumonia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 déc.) — Prévention et traitement de la défaillance cardiaque dans la pneumonie.

Curti (E.). Sulla pretesa azione curativa del chinino nel cancro. (*Policlinico*, 10 déc.)

Dock (G.). Pneumonia; the value of internal medication and local external applications. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 déc.)

Fauconnet (Ch. J.). Ueber Herzbigeminie nach Digitalisgebrauch. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 déc.)

Fels (J.). Diphtherie und Krupp, mit und ohne Serum behandelt. (*Wien. med. Presse*, 18 et 25 déc.)

Ford (J. H.). The antitoxin treatment of tertian malarial infections. (*Med. Record*, 24 déc.)

Foulerton (A. G. R.). The treatment of streptococcic puerperal fever by antitoxic serum. (*Lancet*, 31 déc.)

Gram (Ch.). Klinisk-terapeutiske forelæsninger. T. III. In-8°, 261 p. Copenhague. — Leçons de thérapeutique clinique.

Hartzell (M. B.). The treatment of lupus erythematosus by repeated refrigeration with ethyl chlorid. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 déc.)

Hopkins (S. D.). Intracerebral injections of antitetanic serum in traumatic tetanus. (*Med. News*, 10 déc.)

Kanel (V.). Contribution à l'étude de la sérothérapie de la dysenterie; 130 cas de dysenterie traités par le sérum antidysentérique (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 24.)

Kilmer (Th. W.). A study of 18 consecutive cases of whooping cough treated by the elastic abdominal belt. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 déc.) — 18 cas de coqueluche traités au moyen d'une ceinture abdominale élastique.

Kolisch (R.). Die diätetische Behandlung der Albuminurie. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, déc.)

Mackenzie (H. W. G.). On the treatment of phthisis. (*Lancet*, 31 déc.)

Manges (M.). Treatment of pneumonia in adults. (*Med. Record*, 10 déc.)

HYGIÈNE PUBLIQUE

De l'assimilation de l'eau potable et du lait aux denrées alimentaires et de la responsabilité en cas de falsification de ces produits.

L'alimentation des populations en eau potable et en lait, exempts l'un et l'autre de germes pathogènes, est un des problèmes sociaux qui depuis assez longtemps préoccupent les autorités qui ont la charge de veiller à la conservation de la santé publique. Mais jusqu'à ces dernières années on ne s'était guère demandé ce qu'il pourrait advenir, au point de vue de la responsabilité, criminelle ou civile, dans les cas où il serait démontré qu'une maladie, la fièvre typhoïde, par exemple, est la conséquence de l'approvisionnement en eau ou en lait contenant le bacille d'Eberth.

Pour que la question pût recevoir une solution, il y avait lieu tout d'abord de savoir à quelle catégorie de substances l'eau et le lait pouvaient être assimilés. Si c'étaient là des matières alimentaires — et comment leur refuser cette qualification —, une fois l'adultération, volontaire ou résultant d'une négligence ou imprudence, prouvée par expertise, les vendeurs ne pouvaient guère échapper à la responsabilité de leurs actes, chaque pays ayant une législation pour punir la falsification des denrées alimentaires, d'une part, et un contrat tacite existant entre le vendeur et l'acheteur pour la fourniture d'un produit qui ne soit pas nuisible à la santé, d'autre part.

Comme on le verra par les détails qui vont suivre, la falsification résulte, pour l'eau comme pour le lait, du fait même que ces produits alimentaires ont été mélangés de propos délibéré ou par suite d'une négligence ou d'une imprudence avec un autre produit impur. Au premier abord il semble bien difficile de savoir où, quand et comment la falsification s'est produite; en effet, il faut pour cela un concours de circonstances particulières permettant d'incriminer des actes déterminés, cause patente de l'adultération. Mais, comme il s'agit toujours, dans les cas de cet ordre, d'une maladie ayant sévi sous la forme épidémique, une enquête sévère permet parfois d'affirmer avec précision l'origine et le mode de la contamination et de déterminer à qui en incombe la responsabilité. C'est ce que montrent clairement les faits que nous allons sommairement exposer.

Nous nous occuperons d'abord de la question de l'eau potable qui, dans beaucoup de pays, est fournie par des compagnies spéciales. Une des compagnies d'eau les plus importantes de l'Allemagne possède une canalisation qui comprend la région minière du nord de la Westphalie; elle approvisionne en eau potable tout près d'une centaine de localités représentant ensemble une population de plus d'un demi-million d'habitants. Dans la première quinzaine du mois de septembre 1901, toute une région alimentée par le réseau de Gelsenkirchen, qui dessert la ville et les districts ruraux de Gelsenkirchen, les districts ruraux d'Essen et de Recklinghausen et la petite ville de Hattingen, fut éprouvée par la fièvre typhoïde. L'épidémie atteignit son apogée vers le 20 septembre et on pouvait la considérer comme à peu près terminée à la fin du mois d'octobre; ce fut une épidémie à caractère explosif, comme le sont, du reste, toutes celles qui reconnaissent une origine hydrique. Le nombre des cas dépassa 5,000, avec une mortalité de 8 à 10 %.

En présence de ces faits, une instruction fut ouverte par le parquet d'Essen pour savoir s'il fallait attribuer l'épidémie de fièvre typhoïde à la rupture d'un tuyau qui s'était produite le 15 août 1901 et avait causé l'inondation d'une série de maisons, dans l'une desquelles il y avait eu précisément, au cours du mois précédent, un cas de fièvre typhoïde; ou si cette épidémie était due au mélange fait sciemment d'eau potable avec de l'eau de rivière par un tuyau spécial — disposition datant de 1872 — qui mettait en communication la canalisation d'eau potable avec l'eau de la Ruhr. L'instruction aboutit à la prescription d'une enquête contre les directeurs de la Compagnie, qui étaient alors prévenus :

1° D'avoir, dans le courant des deux dernières années, et surtout pendant le second semestre de 1901, dans le district judiciaire d'Essen et les communes avoisinantes, préparé sciemment un produit destiné à autrui pour l'alimentation, à savoir l'eau potable, d'une façon telle que sa consommation fût susceptible de nuire à la santé des habitants; d'avoir ensuite sciemment vendu ou mis dans le commerce, comme aliment, un produit dont la consommation est nuisible à la santé, à savoir de l'eau potable mélangée avec de l'eau non filtrée de la Ruhr, et ce avec le résultat que cet acte a eu pour conséquence la « blessure » grave et la mort d'un grand nombre d'individus;

2° D'avoir, dans l'intention de procurer soit à eux, soit à d'autres un gain illicite, porté préjudice à la fortune d'autrui (c'est-à-dire à la fortune des communes et de leurs habitants qui, en suite de contrats intervenus entre eux et la Compagnie, ont acquis de celle-ci de l'eau potable contre une certaine somme), à l'aide de fausses promesses ou par omission volontaire de faits réels, attendu qu'ils se sont engagés à fournir une eau potable de bonne qualité alors qu'ils ont débité de l'eau mélangée avec de l'eau de la Ruhr, et ce sans donner le moindre avis de ce mélange.

Cette enquête a duré environ trois ans; la commission comprenait, outre des ingénieurs techniques et un certain nombre de directeurs d'autres compagnies d'eau, les plus hautes autorités médicales de l'Allemagne : MM. R. Koch, Springfeld, Bliesener, von Drigalski, Kruse, Emmerich, Rubner, etc. Sauf M. Emmerich, tous les experts déclarèrent que l'épidémie de Gelsenkirchen était bien d'origine hydrique. Pour MM. Koch, Kruse, von Drigalski, Bliesener, Rubner, etc., le tuyau faisant communiquer l'eau potable avec l'eau de la Ruhr était la cause essentielle de l'épidémie; M. Springfeld, au contraire, incrimina la rupture du tuyau dont il a été question plus haut. Mais tous, M. Emmerich excepté, admirent que l'eau de la Ruhr était susceptible de nuire à la santé et que son mélange avec une eau potable ne lui faisait pas perdre ses propriétés nocives. Il faut ajouter que la plupart des experts furent d'avis que l'eau doit être considérée comme un aliment.

En présence de ces conclusions, le parquet poursuivit les directeurs de la Compagnie sous les deux chefs que nous avons indiqués plus haut; les débats du procès devant la Chambre correctionnelle du tribunal d'Essen ont duré vingt-deux jours et ont nécessité un supplément d'enquête; la plupart des experts sont venus témoigner devant les juges et soutenir contradictoirement leur manière de voir. Au cours de son réquisitoire, le ministère public abandonna le motif principal de la prévention, c'est-à-dire l'emploi volontaire du tuyau de communication avec la Ruhr, parce qu'il n'était pas démontré que la contamination de l'eau fournie ne fût pas la conséquence de la rupture de la canalisation ou de toute autre cause. Un pareil désistement enlevait à l'affaire son caractère criminel et faisait rentrer l'acte commis dans la catégorie des délits. Le tribunal se rangea à cet avis et rendit le 30 novembre 1904 un jugement qui, après avoir déclaré qu'il n'était point établi qu'il y eût relation de cause à effet entre l'introduction des eaux de la Ruhr dans l'eau potable et l'épidémie de fièvre typhoïde, condamne les prévenus pour falsification, par négligence, de denrées alimentaires — l'eau potable rentre dans cette catégorie, non seulement en tant qu'eau prise en elle-même, mais aussi parce qu'elle sert à la préparation d'autres aliments — à des amendes de 1,500 et 1,875 francs et solidairement aux frais du procès, lesquels dépasseront cent mille francs.

Comme on le voit par ces détails, une simple divergence dans la cause première a largement profité aux prévenus, bien que la très grande majorité des experts eussent conclu que le mélange des eaux de la Ruhr avec l'eau potable était l'origine de l'épidémie. Mais ce procès n'en est pas moins intéressant, car il ressort des déclarations faites que l'eau potable doit être considérée comme un aliment et que toute adultération de ce produit, qu'elle soit volontaire ou non, est punie par la loi.

On peut se demander si, après une condamnation pénale prononcée contre les personnes responsables d'une pareille falsification, les particuliers qui ont eu à souffrir du fait de cette falsification, qu'il y ait eu mort ou non, ne sont pas fondés à réclamer au civil des dommages-intérêts pour le tort qui leur a été causé. Cela n'est pas douteux; aussi est-il regrettable que dans cette affaire il n'y ait pas eu constitution de partie civile.

Si le jugement prononcé par le tribunal d'Essen fixe bien la responsabilité pénale des auteurs de l'adultération de l'eau potable, l'arrêt rendu le 24 février 1905 par la Cour d'appel de Londres, la plus haute juridiction après la Chambre des lords, démontre à son tour la responsabilité civile des vendeurs d'un lait falsifié. Cet arrêt confirme un jugement prononcé le 2 novembre 1904 par la Cour du Banc du Roi, siégeant à Londres, dans une instance dont voici les détails :

Une Compagnie laitière de Londres, des plus connues, fournissait le lait à une partie des habitants d'Ealing, un des faubourgs de la capitale. Vers la fin du mois de juillet 1903 il y eut dans cette localité une petite épidémie de fièvre typhoïde et l'enquête fit constater que les 23 personnes qui furent atteintes en même temps de cette maladie recevaient toutes leur lait de la Compagnie sus-indiquée. Ce lait provenait d'une ferme du Berkshire où, malgré la défense qui avait été faite, on lavait habituellement les ustensiles de laiterie avec de l'eau tirée d'un puits notoirement pollué. Un habitant d'Ealing, dont la femme était morte de fièvre typhoïde au cours de cette épidémie, assigna la Compagnie laitière en dommages-intérêts pour frais de maladie et de funérailles. L'enquête qui s'ensuivit ne permit pas d'établir d'une manière certaine l'origine de la contamination du lait, et la défenderesse eut soin d'appeler devant la Cour des sommités scientifiques, entre autres MM. les professeurs Sims Woodhead et MacFadyen, qui déclarèrent que rien ne prouvait que le lait fût contaminé. Contre cela le demandeur fit valoir, outre le fait que les 22 autres malades avaient tous reçu du lait de la ferme du Berkshire, que le fils du fermier lui-même avait été atteint de fièvre typhoïde le 23 juillet, c'est-à-dire à peu près en même temps que les personnes d'Ealing; et que ce cas, mortel aussi, était en corrélation directe avec l'épidémie d'Ealing, non qu'il fût la cause de cette épidémie, mais parce qu'il était, comme l'épidémie elle-même, un effet de l'adultération du lait par l'eau du puits suspect.

La Cour, reconnaissant, d'une part, que l'eau du puits était de mauvaise qualité, sans qu'il fût nécessaire de décider si elle contenait ou non le germe de la fièvre typhoïde, se basant, d'autre part, sur la déclaration imprimée que le lait vendu par la Compagnie est exempt de germes pathogènes, considérant enfin que le lait fourni pour la consommation présente le caractère d'une denrée alimentaire, a, après avis conforme du jury, condamné la Compagnie laitière à payer au demandeur la somme de 2,650 fr. pour frais de maladie et de funérailles.

Les deux décisions que nous venons de faire connaître et que nous avons tenu à rapprocher l'une de l'autre, ce qui nous a obligé à attendre le prononcé de l'arrêt de la Cour d'appel de Londres, sont — autant que nous sachions — nouvelles chacune dans leur espèce et consacrent des principes nouveaux en jurisprudence, à savoir que l'eau potable et le lait doivent être assimilés à des denrées alimentaires; qu'il y a falsification de ces produits, qu'elle soit faite sciemment ou qu'elle résulte d'une négligence, toutes les fois qu'ils sont impurs, attendu qu'entre l'acheteur et le vendeur il existe un contrat tacite que ces produits destinés à la consommation doivent présenter les qualités de pureté normale; que les vendeurs sont responsables pénalement et civilement du tort que lesdits produits impurs ont causé à autrui.

Il est à souhaiter que cette théorie ne reste pas localisée dans les pays où elle a vu le jour et que les tribunaux des autres nations en reconnaissent le bien fondé, et l'appliquent sans distinction de personnes. Ce sera un bon moyen de protéger la santé publique, car dans ces temps de mercantilisme à outrance, il faut surtout frapper à la bourse les falsificateurs, que ceux-ci soient des particuliers ou des fonctionnaires municipaux, comme c'est le cas dans les pays, en France, par exemple, où la municipalisation du service des eaux est pour ainsi dire la règle.

TRAVAUX ORIGINAUX

La rétention chlorurée sèche.

A la suite des travaux de MM. Widal, Lemierre et Javal (1), qui donnèrent, par des bilans chlorurés *longuement étudiés*, la preuve évidente du rôle essentiel du chlorure de sodium dans la genèse de certains œdèmes, l'attention s'est surtout portée sur l'importance de ce sel comme facteur de divers états hydropiques généraux ou locaux. On sait que les travaux récents n'ont fait que confirmer le rôle du chlorure dans la plupart des hydropisies, rôle que M. Widal et ses élèves avaient d'abord spécialement envisagé dans les œdèmes des néphrites à prédominance épithéliale.

Si la rétention du chlorure de sodium est l'élément indispensable à la formation de la plupart des œdèmes, s'ensuit-il que toute rétention chlorurée s'accompagne nécessairement d'œdème? En d'autres termes, ne saurait-il y avoir des rétentions chlorurées sans hydratation des tissus, c'est-à-dire de véritables rétentions chlorurées *sèches?* C'est ce que nous nous proposons d'étudier dans le présent travail.

I

Les états morbides qui sembleraient au premier abord réaliser le phénomène de la rétention sèche sont les affections fébriles aiguës, variole, scarlatine et surtout pneumonie : à la période d'état de ces maladies, le poids des patients varie peu ou pas et, cependant, ils font des rétentions de chlorure de sodium.

A vrai dire, la fixité du poids en pareille occurrence est le résultat de phénomènes complexes. En fait, les tissus nobles perdent du poids, comme l'indique l'excrétion uréique, considérable malgré la faible valeur des aliments ingérés. Si, à ce moment, le malade ne diminue pas de poids, c'est que cette perte est contrebalancée par une rétention hydrochlorurée. Et la meilleure preuve qu'on puisse en donner, c'est la brusque chute du poids, très au-dessous du chiffre antérieur, qui se produit toujours au moment de la convalescence, ainsi que la polyurie et la polychlorurie qui accompagnent ce phénomène. Le poids minimum observé à la convalescence indique le poids réel du sujet à la suite de son autophagie fébrile; la différence de ce poids de convalescence avec le poids de la période d'état correspond au poids du liquide hydrochloruré accumulé à la période d'état. C'est la conclusion qui ressort bien des nombreuses observations faites par MM. Garnier et Sabaréanu (2) sur des varioleux, des scarlatineux et des pneumoniques, conclusion que les auteurs précités ont expressément formulée en disant : « Puisque, malgré cela, le poids se maintient pendant quatre, sept, ou même dix jours, et présente même des augmentations notables, c'est que la diminution des *excreta* est suffisante pour contre-balancer le défaut d'apport des aliments. » Nous nous rallions bien volontiers à cette opinion, à condition d'ajouter que la diminution des *excreta* contre-balance non seulement l'insuffisance des *ingesta*, mais encore *l'autophagie considérable des périodes fébriles.*

Si nous devons renoncer à voir dans les maladies fébriles des états susceptibles d'effectuer des rétentions sèches, il est, à notre avis, une affection très importante capable de réaliser de pareilles rétentions : nous voulons parler de la néphrite interstitielle, maladie où ce phénomène est d'autant plus facile à étudier qu'elle n'est nullement incompatible avec une alimentation absolument normale et qu'elle ne cache pas, sous un apparent équilibre de poids, un amaigrissement réel du sujet, contre-balancé par une hydratation complémentaire.

Le fait n'ayant pas encore été signalé, il nous paraît intéressant de résumer les observations de 3 malades qui, presque sans varier de poids, ont ou éliminé plus de chlorures que ne leur en fournissait une alimentation peu chlorurée, ou retenu en partie les chlorures d'une alimentation fortement hyperchlorurée.

Voici, par exemple, un homme de cinquante-cinq ans, dont les antécédents n'offrent rien de notable : ni scarlatine, ni fièvre typhoïde, ni syphilis, ni alcoolisme. Il entre le 1er décembre 1904 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le docteur Le Noir, pour une dyspnée telle que la moindre marche un peu rapide est impossible. Aucun signe pulmonaire n'explique cette dyspnée. Le cœur est volumineux, la tension artérielle atteint 18 centimètres de mercure. Le pouls présente une arythmie en salves, l'urine ne contient pas trace d'albumine.

Nous mettons d'emblée cet homme au régime achloruré. En treize jours il élimine 49 gr. 70 centigr. de chlorures de plus que n'en contient son alimentation. Or, durant ce laps de temps, le poids a à peine varié de 700 grammes.

Malgré notre désir de garder ce malade jusqu'à l'équilibre chloruré, il nous quitte en raison de la disparition complète de la dyspnée. Mais le 30 janvier 1905 il nous revient, toujours pour de la dyspnée d'effort; même régime, même résultat, mais cette fois nous obtenons l'équilibre chloruré; c'est l'observation de ce deuxième séjour que résume le *graphique 1*.

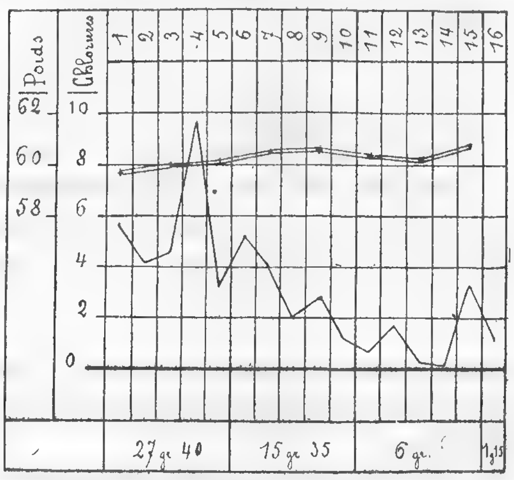


Fig. 1.

Sur ce graphique comme sur les suivants, le double trait indique la courbe des poids, le trait simple la courbe des chlorures : au-dessus de la ligne de 0, chlorures éliminés en excès de ceux de l'alimentation; au-dessous, chlorures retenus. Dans la rangée horizontale du bas, sont inscrits les bilans chlorurés par périodes de cinq jours.

Chez un second patient, nous avons pu réaliser le phénomène inverse, à savoir une chloruration de 50 grammes sans augmentation notable de poids. Dans les antécédents du sujet, nous ne relevons qu'un rhumatisme articulaire aigu à l'âge de vingt et un ans. Depuis quelques années, il semble que cet homme ait des crises d'angine de poitrine caractérisées par une sensation douloureuse de striction à la région précordiale avec douleur irradiée dans le bras gauche; depuis la même époque il est sujet à des céphalalgies violentes. A son entrée, il n'offre pas d'œdème, rien d'appréciable au poumon ni au cœur, *pas trace d'albumine dans les urines.* Le symptôme dominant est la dyspnée d'effort. Le malade est mis d'abord au lait pendant longtemps, puis à un régime comportant d'abord 1 litre, puis 1 l. 1/2 de bouillon. Le *graphique 2* correspond à cette seconde partie de l'observation : il indique, avec de faibles oscillations de poids, que le sujet a accumulé plus de 50 grammes de chlorure de sodium dans son organisme.

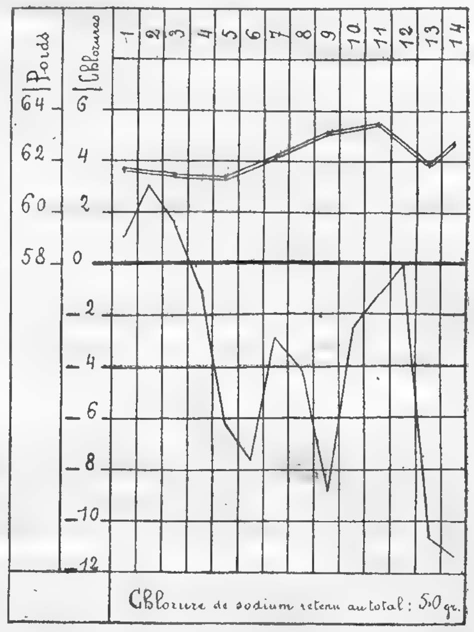


Fig. 2.

Notre troisième observation concerne une femme enceinte de deux mois, légèrement albuminurique. Sans doute on ne saurait assimiler le syndrome rénal de l'albuminurie gravidique à celui de la néphrite interstitielle. Mais nous pouvons néanmoins faire ici ce rapprochement, parce qu'au point de vue de la chloruration cette femme enceinte s'est comportée comme une brightique.

Actuellement âgée de trente ans, elle a eu déjà trois grossesses au cours desquelles on avait constaté une notable albuminurie vers le cinquième mois; aussi avait-elle été soumise au régime lacté à la seconde période de chacune de ses trois grossesses. A son entrée dans le service de M. Le Noir, cette femme ne se plaignait que d'un peu de fatigue; elle n'offrait aucun signe objectif digne d'être relaté. L'urine ne présentait *qu'une trace extrêmement légère d'albumine.* Malgré l'absence de tout symptôme alarmant, nous soumîmes la malade à un régime hypochloruré comportant environ 4 grammes de sel par jour, dans le but de voir si cette femme, encore loin de la période critique de sa grossesse, ne présentait pas déjà des troubles de l'élimination chlorurée.

Dès le début de ce régime qui, poursuivi durant un mois et demi, fut fort bien toléré, il se produisit une déchloruration considérable; cette déchloruration s'atténua peu à peu et nous pûmes bientôt amener la malade à l'état d'équilibre chloruré.

La forme même de la courbe d'élimination nous donna à penser que cette femme était en état de rétention chlorurée à son entrée, et le fait que l'équilibre chloruré se maintint ensuite durant longtemps, nous fournit la preuve qu'aucune infraction au régime n'était commise.

D'ailleurs nous fîmes la contre-épreuve : la malade retint, après dix-sept jours de chloruration, 53 grammes de chlorure. A ce moment elle eut de la diarrhée pendant plusieurs jours. Cette diarrhée fut peut-être imputable à la forte dose de chlorure ingérée (environ 15 grammes par jour).

Or, durant toute cette longue période d'observation, le poids augmenta plutôt un peu pen-

(1) Widal et Lemierre. Pathogénie de certains œdèmes brightiques : action du chlorure de sodium ingéré. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 12 juin 1903, p. 678, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 199.)

F. Widal et A. Javal. La cure de déchloruration; son action sur l'œdème, sur l'hydratation et sur l'albuminurie à certaines périodes de la néphrite épithéliale. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 26 juin 1903, p. 733, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 219.)

(2) Garnier et Sabaréanu. Des variations de poids au cours de la scarlatine. (*Presse méd.*, 28 mars 1904.) — Des modifications du poids dans la pneumonie; importance de la rétention de l'eau au cours des infections aiguës. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 18 juin 1904, p. 1032, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 197.) — Des variations de poids au cours de la variole. (*Rev. de méd.*, juillet 1904, p. 562.) — De la diminution brusque du poids à l'approche de la mort dans certaines infections aiguës. (*Presse méd.*, 24 sept. 1904.)

dant la phase de déchloruration (*fig. 3*); il resta invariable pendant la phase de chloruration.

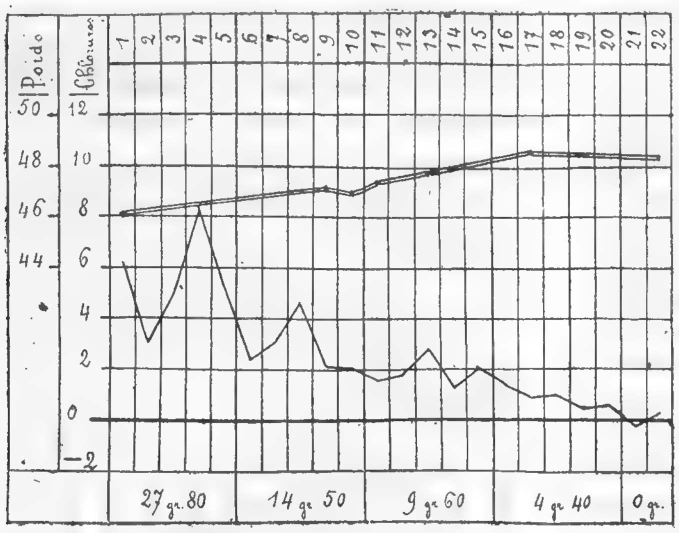


Fig. 3.

Telles sont les 3 observations de chloruration et de déchloruration sans variation de poids que nous tenions à relater, observations qui sont par conséquent des exemples de rétention chlorurée pure.

On peut trouver, dans les travaux déjà publiés sur les chlorures, des faits analogues, notamment dans certaines des observations de néphrite interstitielle que MM. Widal et Lemierre ont communiquées en 1903 à la Société médicale des hôpitaux de Paris (1).

C'est ainsi que dans l'observation V de ces auteurs nous voyons (si nous calculons la teneur du lait en sel marin à raison de 1 gr. 50 centigrammes ‰) que le malade, à la deuxième phase de la chloruration, absorbe 70 grammes de sel, en élimine 40 gr. 80 centigr., qu'il en retient donc *29 gr. 20 centigr.*, sans varier de poids.

Dans l'observation VI, en l'espace de onze jours, le sujet rend en excès 32 gr. 38 centigr. de sel et malgré cette déchloruration intense le poids s'est plutôt relevé vers la fin.

Dans l'observation VII, durant tout le temps que le malade est observé, le poids reste absolument invariable : or, en l'espace de vingt et un jours, l'élimination du chlorure a dépassé de 121 grammes la quantité ingérée.

II

Mais s'il y a des malades qui font des rétentions chlorurées sans varier de poids, il en est chez lesquels ce phénomène s'accompagne d'une hydratation temporaire, si bien que chez eux la déchloruration se fait en deux temps : tout d'abord avec perte d'eau, puis sans perte d'eau.

C'est là un phénomène qui apparaît très nettement dans l'observation que résume le graphique ci-contre, concernant un homme de soixante-cinq ans, brightique avec myocardite, sans trace d'albumine dans les urines. Ce malade était entré à l'hôpital uniquement pour un ulcère variqueux; mais comme il se plaignait aussi d'une légère dyspnée que rien, du côté du poumon, ne pouvait expliquer, nous pensâmes aussitôt à la possibilité d'un mal de Bright évoluant à bas bruit; nous soumîmes cet homme pendant quelques jours au régime lacté, puis au régime achloruré. Le graphique de son élimination chlorurée et de son poids (*fig. 4*) montre assez le résultat de cette diététique.

Ce même phénomène, on le relève aussi dans certaines observations de MM. Widal et Lemierre. Dans l'observation V, par exemple, on voit le poids tomber en cinq jours de 51 kilos à 48, en même temps que le malade élimine environ 15 grammes de chlorures en excès; puis, pendant les phases ultérieures de l'observation, le poids se maintient aux environs de 48 kilos, quoique le sujet retienne 29 grammes de sel.

Ces deux exemples nous semblent instructifs en ce qu'ils montrent que, chez des malades œdématiés dont les œdèmes se résolvent, la cessation de la perte de poids n'a pas pour corollaire obligé la mise en équilibre chloruré; qu'en d'autres termes il peut y avoir chez ces malades une véritable rétention chlorurée sèche, masquée par une rétention hydrochlorurée.

La diversité de ces modes de rétention étonnera peut-être au premier abord. Nous répondrons que, dans une certaine mesure, elle présente des analogies frappantes avec les rétentions hydrochlorurées bien connues dans les néphrites épithéliales et les cardiopathies. Si dans la néphrite épithéliale l'œdème se constitue le plus souvent au taux de 7 à 10 de chlorures pour 1,000 d'eau, il n'est pas rare de voir ce taux largement dépassé. C'est ainsi que M. René Marie (1) rapportait l'observation d'une cardiaque qui, pour une rétention de 158 grammes de sel, n'avait retenu que 7,800 gr. d'eau, ce qui faisait une rétention au taux de 20 pour 1,000.

Comment devons-nous maintenant interpréter ces divers modes de rétention au cours de la néphrite interstitielle? Sans discuter longuement cette question, nous tenons à dire que nous ne saurions nous rallier à l'opinion émise par M. Merklen (1), qui fait de l'œdème des « interstitiels » l'expression d'une hyposystolie cardiaque. Que l'asthénie cardiaque soit susceptible d'engendrer des œdèmes, on ne saurait le nier, mais qu'elle intervienne lorsqu'un interstitiel hypertendu fait des œdèmes, il nous paraît impossible de l'admettre. Rien n'est plus fréquent que de voir des brightiques avoir des œdèmes en conservant une tension de 26 à 30 centimètres de mercure; or, nous pensons qu'on ne saurait parler d'asthénie cardiaque chez des individus dont la tension se maintient à des chiffres aussi considérables.

III

D'après ces observations, on voit qu'au point de vue de la chloruration il y a entre les néphrites épithéliales et les néphrites interstitielles cette différence générale et très nette que les unes offrent surtout une tendance aux rétentions hydrochlorurées, les autres aux rétentions chlorurées sèches.

Si nous comparons maintenant dans le détail les phénomènes de chloruration des brightiques interstitiels avec ceux des brightiques épithéliaux, il est une première différence qui apparaît immédiatement : c'est la ténacité avec laquelle les premiers retiennent les chlorures ou, ce qui revient au même, la lenteur avec laquelle ils déchargent les chlorures. Rien n'est plus fréquent que de voir, dans les néphrites épithéliales avec œdèmes, le malade éliminer jusqu'à 20 et 25 grammes de chlorures en excès au moment de la grande polyurie, puis se mettre rapidement en équilibre. Dans les néphrites interstitielles, ces éliminations massives sont plus exceptionnelles, même lorsque le patient est surchargé de chlorures; chez un malade de MM. Widal et Lemierre, par exemple, qui avait retenu au moins 120 grammes de chlorures, la déchloruration ne fut de 10 à 12 grammes que pendant trois ou quatre jours;

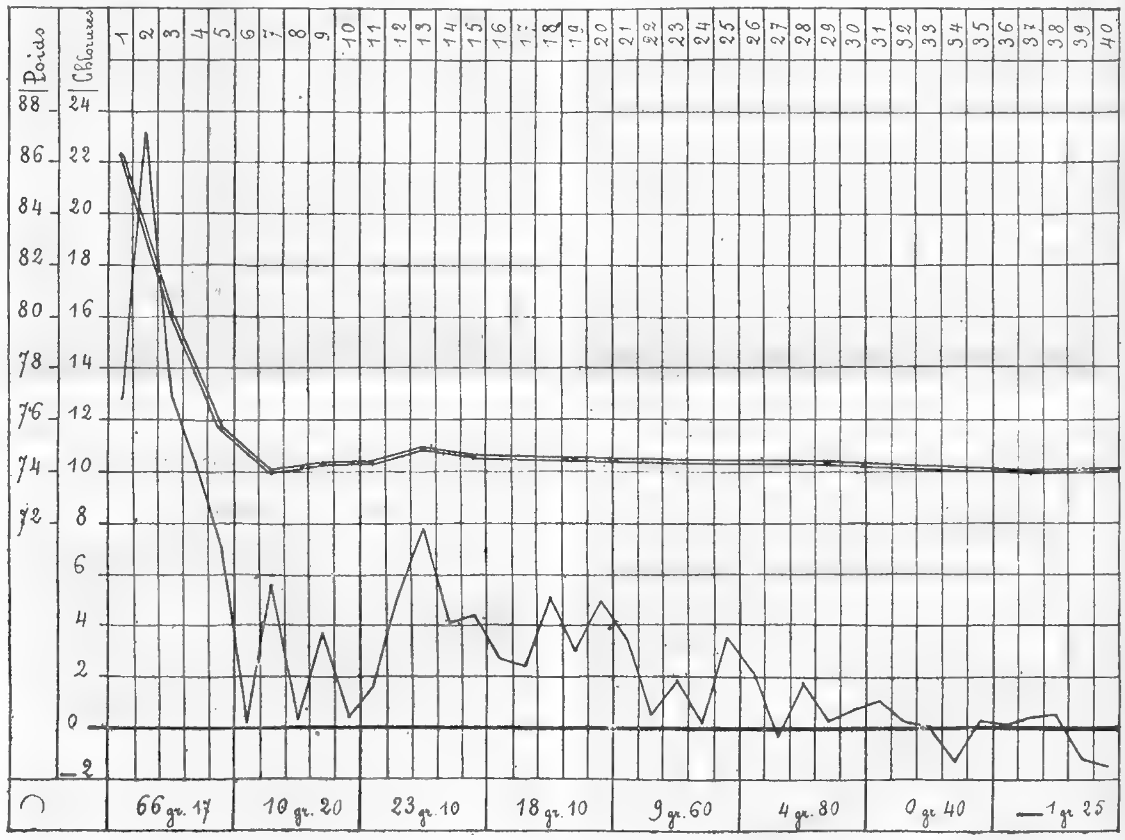


Fig. 4.

Mieux encore, la clinique nous montre que chez le même sujet, aux diverses phases de la maladie, le taux de la chloruration peut varier énormément.

Pour n'en citer qu'un exemple, nous rappellerons que dans l'observation de MM. Widal et Javal (2) une hydratation de 5,700 grammes correspond à une rétention de 33 grammes de sel, tandis que quelques jours après une hydratation de 2,100 grammes correspondait à une chloruration de 39 grammes, etc.

En somme, on peut dire que les mêmes modalités de rétention qu'on constate dans les néphrites épithéliales, on les retrouve dans les néphrites interstitielles, mais souvent exagérées à l'extrême; entre les deux il n'y a pas d'opposition radicale, toutes les transitions sont possibles.

(1) Widal et Lemierre. (*Loc. cit.*, obs. V, p. 691; obs. VI, p. 692; obs. VII, p. 694.)

(1) R. Marie. La rétention des chlorures dans ses rapports avec l'œdème. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 14 novembre 1903, p. 1321, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 385.)

(2) Widal et Javal. (*Loc. cit.*)

(1) P. Merklen. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 12 juin 1903, p. 698, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 199.)

le reste du temps elle était de 3 à 5 grammes par jour.

L'extrême longueur du délai nécessaire à de pareils sujets pour se mettre en équilibre chloruré n'est que le corollaire de la faiblesse de leurs déchlorurations quotidiennes. Chez le malade précité, la déchloruration n'était pas complète au bout de vingt et un jours; dans un de nos cas, l'équilibre n'a été atteint qu'après le trentième jour. Si bien qu'on peut dire que, dans une certaine mesure, la déchloruration est d'autant plus lente que la chloruration a été plus sèche.

Un second fait frappe dans la déchloruration des néphrites interstitielles, c'est son irrégularité relative : si dans les cas favorables elle se fait assez régulièrement en lysis, dans d'autres cas elle présente de véritables fluctuations, au point qu'on est fortement tenté de croire que le malade commet quelque infraction au régime. Un bon moyen de s'assurer de la stricte observance du régime est de faire des bilans moyens de quatre ou cinq jours et de suivre le sujet pendant longtemps. Grâce à de tels bilans, on constate que, malgré des irrégularités quotidiennes, le taux de l'excrétion chlorurée va bien réellement en diminuant à mesure que le régime se prolonge. D'autre part, si l'on observe le malade longtemps, un mois par exemple, on le verra presque toujours finir par se mettre en équilibre chloruré : si cet équilibre ne se réalise pas, c'est que vraisemblablement des infractions de régime sont commises.

Y a-t-il réellement des sujets qui, malgré une alimentation peu riche en chlorures, sont cependant capables de retenir quelque chose de la faible dose de chlorures ingérés, si bien qu'ils effectuent spontanément des déchlorurations et des rechlorurations et ne se mettent pour ainsi dire jamais en équilibre?

Nous le croirions volontiers, car nous avons observé 2 malades de ce genre. Chez l'un d'eux, notamment, un homme dyspnéique, légèrement albuminurique, à tension artérielle élevée, nous avons pu, par l'administration de bouillon, déterminer une rétention chlorurée considérable, accompagnée d'augmentation de poids; par le régime achloruré, le poids diminua, au bout de quelques jours, de 2 kilos, en même temps qu'une déchloruration notable se produisait. Pour être plus sûr du taux des chlorures ingérés, nous mîmes alors ce malade à un régime lacté de 3 litres : il fit à nouveau une légère rétention chlorurée, augmenta de poids, et ce ne fut que dans la dernière semaine de son séjour qu'il eut une décharge chlorurée considérable avec chute de poids. Il partit de l'hôpital sans avoir jamais été en équilibre chloruré d'une façon durable.

Enfin, une troisième caractéristique des phénomènes de déchloruration chez les brightiques interstitiels — et celle-là nous la signalons comme particulièrement nette —, c'est la faculté qu'ont ces malades *d'éliminer du sel par regorgement.* Nous entendons par là qu'étant donné un interstitiel auquel on donne par exemple, chaque jour, 15 grammes de sel après une période de déchloruration, on verra fréquemment ce malade retenir d'abord 15, 20 ou 30 grammes de chlorure, puis, à partir de ce moment, éliminer exactement tout le sel ingéré et même, à de certains jours, faire de petites décharges, pour le lendemain réaliser de petites rétentions. C'est vraisemblablement ce phénomène que M. Claude envisageait lorsqu'il disait que l'administration du sel excite la diurèse chez certains brightiques.

Ce fait est important, car il est de nature à faire écarter l'épreuve de la chlorurie expérimentale comme moyen d'explorer la perméabilité rénale chez les interstitiels. Cette épreuve, telle que la conçoit M. Claude, c'est-à-dire l'ingestion de chlorures pendant trois ou quatre jours, nous paraît non seulement peu instructive parce que trop courte (on sait qu'un bilan chloruré n'est vraiment instructif que s'il est étudié très longtemps), mais encore susceptible de donner des indications erronées. En effet, si l'on fait cette épreuve au moment où le malade élimine du sel par regorgement, on en conclura que son rein est perméable, alors que ce sujet peut être, en fait, sursaturé de sel et à la veille de mourir. Et en faveur de cette manière de voir nous n'invoquerons pas ici seulement nos observations personnelles, mais celles de M. Claude lui-même : chez les 2 malades étudiés par cet auteur avec M. Duval (1), malades chez lesquels l'épreuve de la chlorurie expérimentale avait signalé une perméabilité rénale parfaite, l'état général était cependant si grave qu'on se détermina à faire la décapsulation rénale; les 2 opérés succombèrent, l'un trois jours après l'opération, l'autre au bout de quelques mois.

La véritable épreuve chlorurique des interstitiels nous semble être la cure de déchloruration, aidée de l'administration de théobromine et de purgatifs destinés à éliminer partiellement le sel par l'intestin. Cette épreuve soulage tout d'abord le malade et évite du même coup une grave cause d'erreur.

On voit donc que dans une très large mesure il est légitime d'opposer antithétiquement la rétention chlorurée des interstitiels à celle des épithéliaux. On peut dire :

Que les épithéliaux font surtout des rétentions hydrochlorurées, tandis que les interstitiels ont une tendance aux rétentions sèches;

Que les épithéliaux se chlorurent et se déchlorurent souvent très vite, tandis que les interstitiels se chlorurent et se déchlorurent d'ordinaire très lentement;

Que les épithéliaux se chlorurent en général proportionnellement aux doses de chlorure ingérées, en faisant des œdèmes, tandis que les interstitiels se chlorurent d'abord sous l'influence d'un régime hyperchloruré, puis limitent leur saturation chlorurée en éliminant par regorgement le sel ingéré.

IV

Si maintenant, au lieu d'envisager la rétention chlorurée de la néphrite interstitielle en elle-même, nous mettons cette rétention en parallèle avec les signes cliniques de la maladie, nous voyons qu'il y a le rapport le plus étroit entre la plupart de ces signes cliniques et la chloruration.

Le seul symptôme qui semble être assez faiblement influencé par la chloruration ou la déchloruration est l'albuminurie, inconstante, d'ailleurs. Chez beaucoup des interstitiels que nous avons examinés à ce point de vue, nous n'avons fait, il est vrai, que l'épreuve de la déchloruration : comme celle-ci était, en général, fort longue et qu'au bout de cette épreuve le malade amélioré quittait l'hôpital, nous n'avons pu faire la contre-épreuve et rechercher l'influence de la chloruration sur l'albuminurie. Chez quelques-uns, nous avons vu cependant des traces d'albumine disparaître par la déchloruration et réapparaître par la chloruration, plus spécialement peut-être chez les malades qui, sous l'influence de la chloruration, faisaient un peu d'œdème : particularité qu'il nous paraît intéressant de rapprocher de l'augmentation parallèle de l'albuminurie et des œdèmes, sur laquelle M. Widal a particulièrement insisté à propos des néphrites épithéliales. Pareil fait, d'ailleurs, a déjà été signalé par MM. Castaigne et Rathery (2). En tout cas, ce qu'il nous semble important de relever dans l'espèce, c'est que l'absence d'albumine non seulement ne doit pas suffire à faire rejeter le diagnostic de néphrite interstitielle, mais encore n'indique nullement que le malade n'est ni en état de rétention chlorurée, ni susceptible de réaliser une rétention chlorurée.

Le second signe clinique des néphrites interstitielles, que l'on considère comme très important, est l'hypertension artérielle. Il est trop connu pour que nous y insistions; nous n'en relèverons que deux ou trois caractères, au point de vue de leurs rapports avec la chloruration.

L'hypertension des brightiques interstitiels est souvent très forte, puisqu'elle atteint communément 26 à 30 centimètres de mercure. Mais si l'on prend quotidiennement la tension de ces malades, on est bien vite surpris de voir que, tandis que chez les uns la pression est toujours égale au chiffre qu'on avait trouvé initialement, chez d'autres, au contraire, elle oscille non seulement d'un jour à l'autre, mais même d'une heure à une autre, entre 22 et 30 par exemple. Dans ce dernier cas on est embarrassé pour décider du chiffre que l'on notera finalement; on pense tout d'abord à une technique défectueuse, mais si l'on répète les mesures on arrive bientôt à cette conviction que la tension de ces sujets est réellement variable.

Or, si l'on essaye d'interpréter ces phénomènes en fonction de la chloruration de l'organisme, on voit qu'aux pressions élevées et fixes correspond une véritable surcharge de l'organisme en chlorures. Les tensions variables sont, au contraire, le fait ou d'une faible chloruration ou d'une déchloruration en voie d'exécution. Et à ce titre on peut dire qu'*une tension variable est d'un meilleur pronostic qu'une tension élevée et fixe.*

Mais il faut savoir qu'à côté de la chloruration il y a encore bien d'autres causes qui peuvent modifier la tension artérielle. Une douleur vive est susceptible d'élever considérablement la tension; M. Vaquez (1) a même relaté le cas d'un sujet atteint d'anévrysme de l'aorte qui, à la suite d'une injection de gélatine, eut immédiatement une élévation de la tension, suivie d'hémoptysie, fait que nous comparerions volontiers à celui d'un de nos malades qui, sous l'influence d'une hypertension par chlorures, eut des épistaxis répétées. Un effort musculaire peut avoir des conséquences analogues.

La pathogénie de ces hypertensions nous paraît des plus simples. Tout individu réagit par vasoconstriction et par conséquent par hypertension à l'effort et à la douleur. Le brightique n'échappe pas à cette loi; mais au lieu de réagir modérément comme l'homme sain, il réagit violemment, ayant des vasoconstricteurs perpétuellement sur la défensive et un cœur extraordinairement vigoureux.

Toutes ces causes secondaires d'hypertension sont susceptibles de porter le trouble dans l'esprit de l'observateur qui examine irrégulièrement la tension artérielle. Mais celui qui a la patience de l'examiner quotidiennement ne saurait s'en laisser imposer. En dehors des rétentions chlorurées, les causes diverses d'hypertension ne provoquent en effet que des *hypertensions passagères*, de quelques minutes à quelques heures; la chloruration seule détermine l'*hypertension permanente*, celle qui dure des jours entiers.

La conclusion qui découle de ce fait est des plus catégoriques : la tension artérielle des brightiques doit être examinée quotidiennement, plusieurs jours de suite, pour qu'on puisse affirmer d'abord que le sujet a bien une tension constante et ensuite que telle modification de cette tension est sous l'influence de telle cause.

Rien n'est plus variable, au reste, que la façon dont la tension réagit à la chloruration, chez les sujets atteints de néphrite; d'une façon géné-

(1) H. Claude et P. Duval. Les effets immédiats de la décapsulation dans les néphrites. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 10 février 1905, p. 104, et *Semaine Médicale*, 1905, p. 79.)

(2) J. Castaigne et F. Rathery. Etude expérimentale de l'action des solutions de chlorure de sodium sur l'épithélium rénal. (*Semaine Médicale*, 1903, p. 309-312.)

(1) Vaquez. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 6 nov. 1903, p. 1187, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 370.)

rale, on peut dire cependant que les brightiques albuminuriques et œdémateux réagissent lentement et après rétention considérable, tandis que les interstitiels peu ou pas albuminuriques réagissent avec une véritable brutalité. C'est ainsi que, chez certains de nos malades, la tension, qui était constamment entre 20 et 22 centimètres depuis huit jours, s'éleva brusquement à 29 centimètres dès le deuxième jour de la chloruration. C'est également cette conclusion qui découle pour nous d'une observation de néphrite interstitielle que M. Lamy a bien voulu nous communiquer, et des faits relatés par M. Bergouignan au dernier Congrès français de médecine interne.

Quant au détail des rapports de la chloruration et de l'hypertension, c'est là un chapitre des plus délicats sur lequel les notions nous manquent complètement. On sait, depuis que les études de chloruration sont à l'ordre du jour, combien il est souvent difficile de prendre de bonnes observations d'échanges chlorurés. Or, à cette difficulté déjà considérable s'en ajoutent encore deux autres, dans le cas particulier. Si les chlorures retenus sont susceptibles d'élever la tension artérielle, ils ne l'élèvent pas chez tous les malades : il faut encore 1° qu'ils soient retenus dans certaines conditions; 2° que le cœur et les vaisseaux puissent réagir convenablement. Un brightique avec tachyarythmie marquée n'a pas le plus souvent d'hypertension; pourtant c'est un brightique, et il retient. Dirat-on que la théorie de l'hypertension par les chlorures est fausse, ou comporte des exceptions? Nous admettons plus volontiers que le cœur et les vaisseaux, en pareil cas, ne réagissent pas; le malade ne remplit qu'une des conditions nécessaires pour faire de l'hypertension : il retient des chlorures, mais il a un cœur affaibli.

Etant donnés tous ces éléments dont il faut tenir compte, le seul fait que nous puissions affirmer, c'est que les chlorures constituent l'unique élément capable de modifier la tension *d'une façon permanente*.

V

Les autres signes de la néphrite interstitielle offrent des rapports beaucoup plus simples avec la chloruration.

La céphalalgie des interstitiels, par exemple, est des plus nettement influencée par la rétention des chlorures. C'est ainsi que chez certains malades, nous faisions apparaître et disparaître à volonté une céphalalgie pulsatile très violente par la chloruration ou la déchloruration.

Il en est de même de cette dyspnée que M. Huchard a appelée toxi-alimentaire, et qui est souvent, comme l'a bien démontré ce clinicien, un signe extrêmement précieux pour dépister le brightisme. Tout en reconnaissant la grande part de vérité contenue dans la conception de M. Huchard, nous voudrions cependant faire quelque réserve sur la pathogénie de cette dyspnée : cet auteur incrimine l'usage de la viande, tandis que de nombreuses observations nous ont prouvé que les malades qui en sont atteints se trouvent admirablement du régime carné avec suppression du lait. C'est bien d'une dyspnée alimentaire qu'il s'agit; seulement, l'aliment en cause est, jusqu'à plus ample informé, uniquement le sel.

Enfin, comme symptôme de la néphrite interstitielle, on cite classiquement la grande polyurie. Nous croyons cependant que la grande polyurie des brightiques est tout simplement un symptôme artificiel, en ce sens qu'elle révèle que le malade n'est pas soumis à un régime convenable.

Nous pensons en effet que la polyurie — et sous ce terme nous entendons toute diurèse supérieure à 1,750 c.c. par vingt-quatre heures — ne peut exister que dans trois conditions très spéciales : 1° lorsque le malade se déchlorure très abondamment; 2° lorsque l'on autorise une alimentation salée; 3° lorsque le régime institué comprend les 3 litres classiques de lait. Dans ce dernier cas, pour peu que le sujet n'aime pas le lait, il absorbe de la tisane pour faire disparaître le goût de cette boisson, et il est artificiellement porté à boire d'une façon excessive. Si, au contraire, on met le brightique interstitiel au régime achloruré, sans lait, et qu'on l'autorise à boire *ad libitum* du thé, de la bière ou de l'eau rougie, il n'y a plus de polyurie. Chez ces malades qui, à un régime achloruré, urinaient de 1,000 à 1,200 grammes par jour en moyenne, nous avons pu d'ailleurs faire apparaître à volonté la polyurie en remplaçant simplement 1 litre de bière par 1 litre de bouillon et en laissant pour le reste le malade boire à sa soif.

Resterait, il est vrai, à savoir si le brightique n'est pas néanmoins capable d'avoir une polyurie modérée. C'est là une question plus délicate; il faudrait, pour l'élucider, comparer la diurèse chez des individus sains et chez des brightiques, sous l'influence d'un régime également chloruré et ne comportant, comme boisson, qu'un liquide d'agrément médiocre, que le malade n'ingérerait pas en excès par pure gourmandise ou par ordonnance médicale, comme c'est le fait pour le lait prescrit d'ordinaire. De pareilles épreuves comparatives de diurèse, dans les conditions que nous venons d'exposer, n'ont pas été faites, et c'est pourquoi, sans pouvoir dire que le brightique n'a pas réellement une tendance à uriner plus que l'homme sain, toutes choses restant égales du côté du régime, nous nous contenterons de remarquer qu'en tout cas la forte polyurie qu'il est classique d'attribuer aux néphrites interstitielles disparaît par le régime achloruré et que, par conséquent, elle est moins le fait de la maladie que celui du régime.

VI

Tels sont à grands traits les caractères des rétentions chlorurées sèches qu'on peut observer dans les néphrites interstitielles. Ces rétentions chlorurées soulèvent de nombreux problèmes d'ordre théorique et d'ordre pratique.

Au point de vue théorique, nous n'en relèverons qu'un parmi tant d'autres : c'est la possibilité d'une sursaturation vraiment excessive de l'organisme en chlorures. Cette sursaturation semblait n'exister jusqu'ici qu'au cours de certaines maladies infectieuses : le type en était fourni par la pneumonie, où souvent il y a rétention saline sans variation de poids, du moins momentanée. Les faits que nous venons d'exposer nous donnent à penser que la rétention sèche n'existe guère dans les affections fébriles, mais qu'elle se rencontre dans une autre affection très fréquente : la néphrite interstitielle.

Malgré l'éloquence des faits, il est certain que la possibilité d'une sursaturation pareille de l'organisme a quelque chose d'un peu étonnant au premier abord. Mais peut-être oublie-t-on par trop que l'ensemble des tissus présente même normalement des concentrations en cristalloïdes vraiment considérables.

M. Sabbatani a démontré que chez le chien la tonicité du sérum, qui est normalement de — 0°57, correspond à une tonicité du muscle qui oscille entre — 0°71 et — 0°77, à une tonicité du cerveau qui varie entre — 0°73 et — 0°80, à une tonicité du foie comprise entre — 0°90 et — 1°05. Il n'y a donc aucune relation entre la tonicité du sang d'un animal et la tonicité des viscères qui baignent dans ce véritable milieu intérieur.

Ce fait est déjà surprenant si l'on songe aux différences de concentration en cristalloïdes que comportent ces différences de tonicité des divers tissus. Il le devient bien davantage si l'on réfléchit que ces différences de concentration sont encore beaucoup plus grandes que ne l'indiquent les degrés cryoscopiques : ceux-ci ne traduisent que les cristalloïdes *libres* au milieu de la cellule; tout électrolyte combiné avec l'albumine est perdu pour l'abaissement du degré cryoscopique. Le degré cryoscopique donne donc des valeurs notablement trop faibles, pour la teneur des albumines en cristalloïdes.

Dans ces conditions, il nous semble qu'on doit avoir moins de répugnance à admettre que les tissus, déjà normalement beaucoup plus riches en cristalloïdes que le sang, peuvent anormalement contracter encore une légère surcharge.

Au point de vue pratique, la notion de ces rétentions est utile à connaître, car elle montre, jusqu'à l'évidence, qu'en dehors des affections qui se compliquent le plus fréquemment de rétention, et qui sont les asystolies d'origine cardiaque et les néphrites épithéliales avec albuminurie, il y a toute une catégorie de malades qui ne sont pas des cardiaques et que l'on pourrait ne pas considérer comme des rénaux si l'on ne se fondait que sur la recherche de l'albumine dans l'urine, et qui sont cependant capables de faire des rétentions chlorurées très graves.

Elle prouve aussi que, dans les néphrites interstitielles, l'épreuve de choix de la perméabilité rénale est non pas l'épreuve de la chlorurie alimentaire, épreuve souvent trompeuse, mais la cure de déchloruration préconisée par M. Widal.

Elle indique enfin que dans les périodes *fonctionnellement*, sinon *anatomiquement*, curables de la néphrite interstitielle, le régime de choix est le régime hypochloruré.

Ce régime avec ses adjuvants, la théobromine, la purgation et le repos temporaire au lit, reste, pour les interstitiels, la meilleure cure de la rétention hydrochlorurée ou chlorurée pure, de la céphalalgie, de la dyspnée et de l'hypertension artérielle. Et, à ce dernier égard, si le plus souvent le régime déchloruré est impuissant à faire tomber complètement la pression à la normale, comme Potain l'avait déjà remarqué à propos du régime lacté; s'il est également incapable d'empêcher ces bouffées redoutables d'hypertension dues à une émotion ou à une douleur, par exemple, il a du moins l'incomparable avantage de faire que le brightique ne vaque pas à ses occupations avec une tension permanente de 29 où 30 centimètres de mercure.

Le génie même des phénomènes de chloruration dans les néphrites interstitielles constitue la raison de la durée illimitée que comporte le régime hypochloruré dans ces affections. M. Widal, en effet, a expressément montré combien, chez les épithéliaux, l'organisme se comporte d'une façon variable vis-à-vis de la chloruration : si une rétention chlorurée est réalisable à un moment donné chez un tel malade, elle peut n'être plus réalisable quelques jours ou quelques semaines plus tard. Au contraire, chez tous les interstitiels que nous avons observés, nous avons constaté que l'aptitude à retenir les chlorures, une fois acquise, demeure *permanente*, et cette constatation même commande le traitement. « Le lait ou la mort », disait Chrestien (de Montpellier) en parlant des néphrites en général; c'est surtout aux néphrites interstitielles que cet aphorisme nous paraît s'appliquer, à condition que l'on fasse de « lait » le synonyme de « régime hypochloruré »; et nous ajouterons : non pas le régime hypochloruré temporaire, mais bien le régime hypochloruré *sine die*.

L. Ambard et E. Beaujard,
Internes des hôpitaux de Paris.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Un procédé d'examen fonctionnel du cœur malade, par M. Max Herz.

On sait qu'à côté des lésions anatomiques — qui autrefois entraient seules en ligne de compte dans l'étude des cardiopathies —, l'état fonctionnel du cœur, et notamment la notion d'insuffisance du myocarde, tiennent aujour-

d'hui une grande place en pathologie cardiaque. Mais la plupart des auteurs se voient obligés de reconnaître que l'on manque encore de points de repère pour apprécier exactement la capacité fonctionnelle du cœur. Afin de remédier à cet état de choses, M. Herz a imaginé un procédé d'exploration qui consiste en ceci : après avoir compté le pouls du malade, on engage celui-ci à fléchir son avant-bras aussi lentement que possible et d'une manière uniforme, et à l'étendre ensuite; cela fait, on compte à nouveau le nombre des pulsations et on marque la différence.

Chez les sujets bien portants, cette manœuvre n'influence aucunement le pouls ou produit simplement une très légère accélération, tandis que dans les cas où le muscle cardiaque est atteint elle détermine une réaction très nette, qui se traduit par un ralentissement du pouls, en même temps que celui-ci devient plus plein et plus fort.

Comme l'auteur n'a jamais vu ce ralentissement du pouls faire défaut chez les malades présentant une lésion du myocarde et que, d'autre part, il ne lui est jamais arrivé de constater le même symptôme dans les cas où le muscle cardiaque était sain, il croit pouvoir en conclure que le procédé en question constitue un moyen sûr pour déterminer l'état de la musculature du cœur.

La manœuvre préconisée par M. Herz serait particulièrement utile dans les phases initiales de la maladie, lorsque le patient ne se plaint encore d'aucun trouble cardiaque et que l'examen physique du cœur ne dénote encore aucune anomalie du côté du myocarde. Le procédé dont il s'agit permettrait également de différencier d'une manière très aisée les affections qui s'accompagnent d'une altération anatomique du muscle cardiaque d'avec les troubles d'origine nerveuse : au lieu de produire un ralentissement du pouls, l'exploration ne ferait, au contraire, qu'accentuer la tachycardie nerveuse.

En ce qui concerne le mécanisme du phénomène en question, l'auteur serait porté à admettre qu'il s'agit d'un acte réflexe qui, ayant pour point de départ l'écorce cérébrale (attention soutenue du malade pendant l'exécution de la manœuvre), passe par le bulbe pour aboutir au cœur par l'intermédiaire du nerf vague. A l'état normal, ce réflexe serait à peine perceptible, tandis qu'en cas de lésion du myocarde il produirait un effet très marqué sur le nerf pneumogastrique, qui, en pareille occurrence, se trouve probablement en état d'hyperexcitabilité. Ne voit-on pas, d'ailleurs, quelque chose d'analogue dans les effets de la digitale, laquelle n'influence guère le cœur sain, alors qu'elle calme et fortifie le myocarde malade?

Quoi qu'il en soit, au point de vue pratique, il importe, pour la bonne réussite de la manœuvre, de faire porter celle-ci sur l'avant-bras droit et de concentrer toute l'attention du patient sur l'acte qu'il exécute, le travail musculaire étant en même temps réduit au minimum, sans que le mouvement présente pourtant un caractère purement passif. Afin de fixer l'extrémité, on fera bien de soutenir avec la main gauche le coude du malade, et, à l'aide de la main droite, son poignet. Le patient a généralement tendance à contracter fortement toute la musculature du bras ou bien à appuyer sur la main droite du médecin, qui soutient le poignet, deux choses que l'on doit éviter. Enfin, il convient de ne pas perdre de vue que certaines circonstances, telles que l'usage de la digitale, les émotions intenses et l'état de plénitude de l'estomac, sont susceptibles d'entraver la réaction qui nous occupe. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 février 1905.) — L. CH.

Traitement des suppurations aiguës par la stase hyperémique, par M. A. BIER.

L'auteur a expérimenté dans les inflammations aiguës l'hyperémie passive ou par stase (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 140), dont il a précisé la technique et les indications dans les phlegmasies chroniques; il ne s'était adressé d'abord qu'aux processus inflammatoires non suppurés ou aux suppurations commençantes, mais il a peu à peu étendu les applications de la méthode, et il consigne aujourd'hui, dans un long mémoire, les résultats obtenus par le traitement hyperémique de 110 cas de suppurations aiguës ou subaiguës, en particulier d'arthrites suppurées, de phlegmons des gaines tendineuses, d'ostéomyélites.

La technique est la suivante. M. Bier se sert, en général, de la simple bande de caoutchouc, et seulement pour certaines régions, d'appareils spéciaux; grâce à ces appareils ou à un mode particulier d'application de la bande, on peut utiliser l'hyperémie à la tête, au dos, à la racine des membres, à peu près dans tous les points du corps. Aux membres, qui sont le plus souvent en cause, la bande est enroulée à une certaine distance, assez loin, du foyer inflammatoire : par exemple, au bras ou à la cuisse, pour les suppurations de la main ou du pied. Elle ne doit exercer qu'une compression juste suffisante pour produire un œdème d'un rouge feu, et non la stase veineuse complète, caractérisée par une coloration bleu foncé de la peau; réaliser ce degré utile de compression est de toute importance, et la chose ne va pas toujours sans difficulté et sans tâtonnement. Un indice de grande valeur est le suivant : la « bonne » compression, non seulement n'est pas douloureuse, mais elle atténue et même fait cesser rapidement les douleurs. Quant à sa durée, elle doit être de dix heures, au moins, par jour, et, dans les cas graves, se prolonger jusqu'à vingt et vingt-deux heures sur vingt-quatre, avec une pause; s'agit-il, par exemple, d'un phlegmon des gaines de la main, la bande sera installée à dix heures du matin, elle y restera jusqu'à huit ou neuf heures du soir; on la change alors de place, pour l'enrouler plus haut ou plus bas, et, de nouveau, on la laisse jusqu'au lendemain matin, à huit heures : on la retire, à ce moment, pendant deux heures, en maintenant le membre élevé et en profitant de ce répit pour faire le pansement. A mesure que l'état local s'améliore, les périodes d'hyperémie sont abrégées, mais sans qu'on se presse trop d'en raccourcir la durée. L'application du premier jour est d'une importance capitale, et le plus souvent décisive : aussi doit-elle être aussi régulière et de juste mesure que possible.

Ainsi comprise, la méthode est utilisable à peu près à toutes les périodes des inflammations phlegmoneuses : à la phase initiale, elle est susceptible de faire régresser en quelques jours le processus de suppuration menaçante; elle peut aussi, et l'auteur en donne de nouveaux exemples, changer le caractère des abcès déjà constitués, transformer leur contenu en un liquide séreux, en un mot, les « refroidir ». Mais c'est surtout dans l'arthrite suppurée, le phlegmon des gaines ou l'ostéomyélite aiguë que son action vaut d'être signalée.

Dans l'arthrite suppurée, on ne fait ni arthrotomie ni drainage; on ne fait pas davantage d'immobilisation; on installe la compression hyperémiante, et, au bout de quelques heures, on peut commencer à faire exécuter à la jointure des mouvements passifs; la sédation des douleurs, produite par la bande, permet cette mobilisation rapide, qui est continuée progressivement, complétée par des mouvements actifs, et qui a le double avantage de faciliter l'évacuation du pus, lorsqu'une incision a dû être pratiquée ou qu'une fistule existe, et de prévenir l'enraidissement de l'article et la soudure des surfaces articulaires. M. Bier ne renonce pas, en effet, à ouvrir l'articulation suppurée si les accidents locaux ne cèdent pas franchement et vite, mais il cherche à éviter autant que possible le tamponnement ou le drainage articulaires; il relate 5 cas de suppurations graves des grandes jointures, traités suivant ces principes, et guéris sans ankylose, avec une conservation entière des mouvements.

Une pratique analogue est suivie pour l'ostéomyélite aiguë. L'auteur se refuse à la trépanation osseuse d'emblée; il se contente d'ouvrir les abcès par une incision suffisamment courte pour ne pas trop découvrir l'os; il ne fait ni drainage ni tamponnement, et, d'emblée, recourt à l'hyperémie. Sur 9 cas d'ostéomyélite suppurée, traités de la sorte, 4 ont guéri sans nécrose, 2, avec une nécrose très limitée; 2 fois seulement, il y eut une nécrose étendue; 1 cas se termina par la mort, mais il s'agissait d'une ostéomyélite septique compliquée de pyohémie, et l'amputation de la cuisse, immédiatement pratiquée, n'eût sans doute abouti elle-même qu'à un dénouement tout semblable.

Lors de phlegmon des gaines, on renonce également aux grandes incisions et au tamponnement; on n'ouvre les collections purulentes qu'au moyen de petits débridements locaux, multiples; on n'immobilise pas; au contraire, on prend soin de faire faire aux doigts des mouvements passifs, journaliers, et l'on recommande au malade de les mouvoir lui-même. On cherche, de la sorte, à prévenir les raideurs et les adhérences, d'une part, et de l'autre, le sphacèle et la perte des tendons. Sur 13 observations rapportées par M. Bier, 8 fois la guérison a eu lieu, effectivement, sans nécrose tendineuse ou osseuse; 5 fois, le sphacèle tendineux ne put être évité; mais il convient de tenir compte de la date plus ou moins précoce à laquelle la méthode a été appliquée, et, tout naturellement, il est d'importance primordiale que le diagnostic soit posé de bonne heure et la compression hyperémiante installée d'emblée, avec toute la rigueur nécessaire.

Ces résultats méritent, en tout état de cause, de retenir l'attention des chirurgiens; il s'agit, en effet, d'une thérapeutique toute nouvelle, et qui paraît subversive, au premier abord, sur certains points; elle est encore à l'étude, comme le fait remarquer M. Bier, mais elle donne d'assez séduisantes promesses, pour qu'on ne néglige pas de l'expérimenter. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 janvier, 7 et 14 février 1905.) — L.

Sur l'intoxication par le bismuth, par M. W. MAHNE.

Bien que des faits d'intoxication par le sous-nitrate de bismuth aient été maintes fois signalés, nombre de médecins persistent à considérer ce médicament comme complètement inoffensif, les accidents en question étant attribués à la présence d'impuretés, notamment à des composés d'arsenic ou de plomb. Aussi nous paraît-il intéressant de relater ici l'observation publiée par M. Mahne et qui a trait à un empoisonnement mortel consécutif à l'usage externe du bismuth, l'analyse la plus minutieuse n'ayant d'autre part décelé aucune substance étrangère.

Une femme de trente-cinq ans fut admise à l'hôpital pour des brûlures très étendues, au deuxième et au troisième degré, et qui portaient sur la poitrine, le dos, les bras et les cuisses. Pendant les huit premiers jours, le traitement consista dans des pansements avec une pommade contenant 10 % de bismuth, renouvelés deux fois dans les vingt-quatre heures. Puis, comme les plaies suppuraient fortement, on eut recours à l'argile pour revenir, au bout d'une dizaine de jours, à l'emploi de la pommade au bismuth. Trois semaines environ après, la malade se plaignit d'éprouver un mauvais goût dans la bouche et une sensibilité douloureuse du côté des gencives; au bout d'une huitaine de jours, on vit apparaître un liséré gingival bleu noir et, bientôt après, des taches noires sur la langue et la muqueuse buccale; aussi renonça-t-on définitivement au bismuth, en le remplaçant par une pommade boriquée. Néanmoins, deux jours plus tard, il se déclara de la diarrhée, en même temps que l'on constatait dans l'urine la présence d'albumine et de nombreux cylindres; la patiente ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, on trouva toute la muqueuse du côlon colorée en noir; il n'existait, par contre, aucune anomalie du côté de l'iléon. Les reins offraient une inflammation parenchymateuse. On supposa d'abord que la coloration noire du gros intestin tenait à la présence de pigment sanguin altéré, comme on en voit parfois en cas de brûlures profondes, mais, la réaction du fer ayant donné un résultat négatif, force fut de conclure qu'il s'agissait, en réalité, d'un composé bismuthique, sans que l'on pût s'en assurer directement, en raison des dimensions réduites du fragment intestinal dont on disposait pour ces recherches.

Quoi qu'il en soit, la mort ne peut guère être attribuée, dans ce fait, aux brûlures elles-mêmes : elle est survenue neuf semaines seulement après l'accident, alors que la fièvre, qui existait au début, avait disparu aussitôt après l'élimination des parties gangrenées, et que la malade commençait à se remettre. Les altérations trouvées à l'autopsie dans l'intestin et les reins plaident, du reste, en faveur d'une intoxication par le bismuth. Le caractère exceptionnellement grave qu'a revêtu cette intoxication — l'issue fatale n'ayant pu être évitée, malgré la suppression de la médication dès l'apparition de la stomatite — s'explique par l'étendue considérable des plaies, qui occupaient à peu près un tiers de la surface totale du corps. Il se peut aussi que l'emploi de la vaseline, à titre d'excipient, ait beaucoup favorisé l'absorption du bismuth. Toujours est-il que le fait relaté par l'auteur commande de n'utiliser la pommade au bismuth dans le traitement des brûlures étendues qu'avec les plus grandes précautions, en surveillant les gencives, la muqueuse buccale, les reins (albuminurie) et l'intestin (diarrhée). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 février 1905.) — L. CH.

Prolapsus et gangrène de l'extrémité inférieure d'un uretère dilaté, par M. M. SIMON.

Le fait relaté par M. Simon dans le présent travail, concernant la gangrène d'un uretère peu à peu chassé hors de la vessie par les contractions de cet organe, nous paraît tellement rare, si même il n'est pas unique, que nous pensons devoir le résumer.

Une femme de cinquante-deux ans, ayant d'assez longue date un léger prolapsus vaginal, éprouvait depuis un an quelques difficultés à uriner : à chaque fois, elle était obligée de se livrer à des efforts plus ou moins soutenus. Un jour, à la suite d'un effort plus énergique que de coutume, elle sentit « sortir quelque chose » par son urèthre; en même temps, elle éprouva une vive douleur, puis des frissons survinrent, de la fièvre et, durant la nuit, l'état général s'aggrava si rapidement que le lendemain on la conduisit d'urgence à l'hôpital.

A ce moment, elle avait une température de 40°, son pouls battait à 130. A l'examen des parties génitales, on voyait pendre par le méat urinaire une tumeur ayant les dimensions et la forme d'une figue, d'aspect noirâtre et semblant en voie de gangrène; son pédicule avait le volume d'un crayon et remontait le long de l'urèthre dans la vessie. Par le toucher vaginal, on sentait dans le cul-de-sac gauche une tumeur allongée, cylindrique, grosse comme le bras d'un enfant; en haut elle suivait la face antérieure du sacrum; en bas et en avant elle aboutissait à la vessie. Par le cathétérisme on ne retira que 100 c.c. d'urine un peu trouble.

Pour se renseigner plus exactement, on incisa l'urèthre, le col vésical, puis la face inférieure de la vessie; on reconnut alors que le pédicule de la tumeur s'insérait au lieu et place de l'orifice urétéral gauche absent; le droit était normal et normalement situé. La gangrène commençait au niveau du col vésical qui, enserrant fortement le pédicule, avait marqué sur lui son empreinte. Sur la partie non gangrenée du pédicule on fit une incision d'où s'écoulèrent 600 c.c. de pus extrêmement fétide. Une sonde introduite par l'incision put être poussée à 25 centimètres de profondeur sans rencontrer d'obstacle. On se trouvait donc bien dans l'uretère gauche dilaté, et c'était à lui qu'était due la tumeur procidente du méat urinaire.

La saillie de l'uretère invaginé dans la vessie fut alors excisée; les deux muqueuses, urétérale et vésicale, se trouvant déjà adossées, il n'y eut qu'à les fixer l'une à l'autre par quelques sutures. Une sonde à demeure fut ensuite passée dans l'uretère. Quant à la plaie de la cystotomie vaginale, elle fut seulement rétrécie en raison de la purulence des urines. La malade se rétablit assez rapidement, mais ce ne fut que deux mois et demi plus tard qu'on réussit à obturer sa fistule vésico-vaginale.

Chez cette femme, les efforts nécessités par la miction, en raison de l'existence du prolapsus génital, avaient donc amené peu à peu l'uretère à s'invaginer dans la vessie et de là à prolaber par l'urèthre; pour expliquer cet étrange accident, il faut en outre admettre que l'extrémité inférieure de l'uretère était primitivement rétrécie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 janvier 1905.) — R. DE B.

Recherches expérimentales concernant l'action des streptocoques pyogènes sur les muqueuses utérine et vaginale, par M. G. HEINRICIUS.

L'auteur rend compte des expériences qu'il a entreprises sur les voies génitales de la femelle du lapin, dans le but notamment d'étudier le mode de progression des streptocoques à travers l'utérus.

Comme il est difficile de faire pénétrer une sonde ou un instrument quelconque à travers le vagin et le col utérin des animaux en question, M. Heinricius commençait par pratiquer une laparotomie, de façon à pouvoir suivre sous le contrôle de l'œil ou du doigt la marche des instruments à l'intérieur des voies génitales; le plus souvent même, il faisait une boutonnière au vagin, pour aller déposer par cette voie les cultures de streptocoques en des points déterminés de l'utérus; au-dessous de la région contaminée on appliquait une ligature.

Des expériences ainsi conduites, il résulte tout d'abord que, dans l'utérus comme ailleurs, c'est l'épithélium qui est la véritable barrière contre l'infection. Tant qu'il reste intact, les streptocoques demeurent à sa surface, sans pouvoir pénétrer dans la muqueuse. Dès qu'il est dégénéré, on voit les microbes s'infiltrer peu à peu dans les couches les plus superficielles de cellules épithéliales, puis gagner le chorion de la muqueuse. Cette progression s'opère *a fortiori* si, par places, le revêtement épidermique fait défaut. La pénétration des germes a lieu aussi bien à la surface de la muqueuse qu'à l'intérieur des glandes. Quant aux altérations ou aux solutions de continuité de l'épithélium, elles sont dues sans aucun doute à l'action des streptocoques retenus à l'intérieur de l'utérus.

Lorsque les microbes ont franchi la barrière épithéliale, ils se rassemblent dans les couches superficielles de la sous-muqueuse et tout autour d'eux s'accumulent des leucocytes. Ces derniers traversent à leur tour la couche épithéliale et tombent soit dans la cavité utérine, soit dans les culs-de-sac glandulaires que, dans les inflammations intenses, ils obstruent complètement. Une fois dans la sous-muqueuse, les streptocoques s'infiltrent peu à peu dans toutes les couches de l'utérus, mais leur voie de prédilection, c'est la voie lymphatique, car les vaisseaux, en dehors des infections suraiguës, en contiennent rarement. C'est sans doute par l'intermédiaire de la lymphe qu'ils arrivent dans la séreuse péritonéale; de là, ils se répandent facilement à toute la surface de l'utérus, le long des trompes et jusqu'au pavillon; il ne semble pas toutefois qu'ils pénètrent dans celles-ci pour cheminer en sens inverse le long du conduit tubaire.

Les métrites — éventuellement les péritonites — dues à cette invasion de streptocoques sont bien imputables aux seuls éléments figurés des cultures, car, si l'on injecte des cultures filtrées, on n'obtient que des inflammations insignifiantes. Quant aux expériences tentées, sans effraction de l'épithélium ou sans ligature de la matrice, sur les utérus puerpéraux des animaux, elles sont généralement négatives, grâce à la régénération rapide de la muqueuse après la mise-bas. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 2.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Sur la pneumonie lobaire consécutive à la rougeole, par M. F. C. BOTTOMLEY.

Si les traités classiques décrivent longuement la bronchopneumonie, parmi les complications de la rougeole, il s'en faut qu'ils consacrent la même attention à la pneumonie lobaire. Or, d'après l'expérience de M. Bottomley, cette affection pulmonaire serait beaucoup plus fréquente chez les petits morbilleux qu'on ne l'admet généralement. C'est ainsi qu'au cours de deux épidémies de rougeole, survenues respectivement en 1900 et en 1902, l'auteur a eu l'occasion d'observer 13 pneumonies lobaires, tandis qu'il a eu à enregistrer seulement 3 bronchopneumonies. L'âge des enfants atteints de pneumonie lobaire variait entre un et cinq ans (10 malades sur 13 étaient âgés de moins de trois ans). Dans 7 cas, l'affection pulmonaire débuta au moment de l'apparition de l'exanthème, et pour quelques-uns d'entre eux on fut à même de soupçonner l'existence de la lésion pulmonaire en voyant les petits patients pour la première fois et en notant la rapidité de leur rythme respiratoire. L'éclosion de la pneumonie a toujours précédé la disparition de l'éruption.

A en juger d'après les constatations faites par M. Bottomley, la pneumonie survenant au cours de la rougeole présenterait les caractères habituels de la pneumonie lobaire infantile, à savoir un début brusque sans bronchite préalable et une terminaison généralement favorable. Un seul des lobes inférieurs ou tous les deux étaient pris chez les 13 malades. Dans 5 cas, où le processus morbide était resté unilatéral, la durée de l'affection fut de cinq à huit jours; dans les 8 autres faits, où les deux bases furent atteintes — soit simultanément, soit l'une après l'autre —, l'évolution des lésions pulmonaires nécessita de huit jours à trois semaines. Chez quelques enfants, la maladie se termina brusquement, tandis que chez d'autres la guérison ne s'établit que d'une manière progressive. La température dépassait rarement 38°9; quant aux signes physiques, ils consistaient en une diminution de la sonorité à la percussion et en la présence de râles crépitants, qui persistaient jusqu'à la fin de la maladie, sans être remplacés par du souffle tubaire. Comme dans toute pneumonie lobaire infantile, la résolution se produit lentement, et les râles peuvent subsister longtemps après que l'état général du petit patient est complètement rétabli.

Tous les enfants atteints de pneumonie morbilleuse et que l'auteur a eu l'occasion d'observer ont guéri, sauf un garçon de dix-huit mois, qui succomba à des convulsions, deux jours après la crise; par contre, les 3 cas de bronchopneumonie, notés pendant la même période, se sont tous terminés par la mort : c'est dire combien le pronostic de ces deux complications de la rougeole est différent et combien il importe de reconnaître la pneumonie morbilleuse sans la confondre avec la bronchopneumonie.

Ajoutons que, suivant M. Bottomley, la proportion de 3 bronchopneumonies pour 13 pneumonies lobaires serait à peu près celle que l'on trouverait aussi en dehors de la rougeole. (*Brit. Med. Journ.*, 4 février 1905.) — L. CH.

Hépato-cholangio-jéjunostomie, par M. A. ERNEST MAYLARD.

On se rappelle que M. H. Kehr a naguère pratiqué le premier l'abouchement des canaux biliaires intra-hépatiques à l'intestin (hépato-cholangio-entérostomie), avec un succès relatif (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 71). Bien que M. Maylard n'ait pas été aussi heureux, il nous semble utile de signaler les conditions dans lesquelles il eut recours à cette même opération.

Un homme de cinquante-deux ans était atteint d'ictère chronique par rétention. Quatre ans auparavant, l'auteur était intervenu dans le but de rétablir le cours de la bile, mais il avait trouvé de telles adhérences entre le pylore, le duodénum, les canaux et la vésicule biliaires, qu'il avait dû refermer l'abdomen, sans rien tenter. Cette simple laparotomie amena tout d'abord une amélioration considérable; cependant, au bout de trois ans et demi, les douleurs et l'ictère reparurent et le malade vint réclamer une seconde intervention. M. Maylard s'en défendait, en raison des adhérences qu'il avait précédemment rencontrées, mais comme le patient se plaignait vivement d'une hernie de la cicatrice, il se résolut à l'en débarrasser et à tenter du même coup une hépato-cholangio-jéjunostomie.

L'opération fut des plus laborieuses, car les mêmes adhérences que jadis existaient, et le foie, rétracté, se cachait sous les fausses côtes.

On parvint cependant à fixer vers son bord antérieur une anse jéjunale, puis le tissu hépatique fut incisé sur une longueur de 3 centim. 1/2; la tranche fut ensuite touchée au thermocautère pour arrêter l'hémorrhagie. L'intestin fut ouvert de son côté sur la même longueur.

Les suites opératoires ne furent pas mauvaises; au second jour, il sembla même que les selles — jusqu'alors argileuses — étaient un peu plus colorées, mais, au point de vue fonctionnel, ce fut là tout ce qu'on obtint et, deux mois plus tard, le malade mourut d'épuisement progressif. (*Ann. of Surgery*, janvier 1905.) — R. DE B.

Un cas de fièvre typhoïde présentant quelques symptômes insolites, par M. K. ANDERSON.

L'observation publiée par l'auteur a trait à une femme de trente ans, qui fut admise à l'hôpital, dans un service de chirurgie, pour des douleurs dans la région lombaire gauche. La maladie avait débuté, cinq jours auparavant, par un frisson suivi de fièvre. Au moment de l'admission, la température était de 38°5 et le pouls battait 104 fois à la minute. Comme l'urine contenait une certaine quantité de pus, et vu aussi la localisation de la douleur, on crut avoir affaire à une suppuration rénale ou périnéphritique, diagnostic qui, du reste, cadrait bien avec les antécédents de la patiente, celle-ci ayant présenté, deux ans auparavant, une cystite. Mais les douleurs ne tardèrent pas à se dissiper, et au bout d'une quinzaine de jours la température était redevenue normale. Toutefois, après cinq jours d'apyrexie, le thermomètre remonta brusquement à 39°3, en même temps que l'on constatait des frottements à la base droite du thorax. Cela étant, on pouvait songer à une lésion tuberculeuse, mais, outre que les caractères de la fièvre ne rappelaient en rien ceux de l'hyperthermie des phtisiques, les signes pulmonaires étaient loin d'être nets. Sur ces entrefaites, on essaya la séroréaction de Widal et celle-ci donna un résultat positif. Enfin, quelques jours plus tard, le diagnostic de fièvre typhoïde pouvait être affirmé cliniquement, grâce à la présence d'une demi-douzaine de taches rosées discrètes et à l'aspect typique des selles.

Le début insolite de la maladie, ainsi que l'absence complète des signes classiques de la dothiénentérie, tels que céphalalgie, dicrotisme du pouls, etc., et l'apparition très tardive des taches rosées, fort peu nombreuses d'ailleurs et localisées surtout au dos, voilà tout autant de particularités qui montrent, une fois de plus, combien l'évolution de la fièvre typhoïde est variable et combien il importe d'avoir cette notion présente à l'esprit toutes les fois que l'on a affaire à une pyrexie dont la nature paraît plus ou moins obscure. (*Lancet*, 4 février 1905.) — L. CH.

Tétanie et corps étrangers de l'estomac, par M. J. P. WARBASSE.

La tétanie s'observe avec une certaine fréquence au cours de différentes affections de l'estomac, mais nous ne sachions pas qu'elle ait été signalée jusqu'ici dans le cas de corps étrangers de ce viscère, comme le fait est noté dans l'observation relatée par M. Warbasse.

Un homme de vingt-trois ans s'exhibait dans les foires sous le nom de « l'homme autruche »: canifs, épingles, clous, chaînes de montre semblaient passer avec une égale facilité de sa bouche dans son estomac et de là dans ses selles; en une seule séance il avait un jour avalé jusqu'à quatre-vingts épingles. Il se livrait depuis trois ans à ce genre d'exercice, quand il fut pris d'attaques convulsives dont le nombre et la gravité croissants l'obligèrent bientôt à entrer à l'hôpital où il subit une première gastrotomie: on retira de son estomac 129 épingles ordinaires, 5 épingles à cheveux, 2 clous de fer à cheval, 12 clous ordinaires, 2 clefs et 2 chaînes de montre. Il guérit si bien qu'il reprit son ancien métier, mais les crises ne tardèrent pas à reparaître : au bout de six mois il dut être hospitalisé à nouveau.

A ce moment, les attaques débutaient par un violent besoin de vomir, suivi ou non d'effet; puis survenait une sensation d'étouffement, due sans aucun doute à un spasme de la glotte, et finalement une chute avec perte de connaissance, durant laquelle il se produisait de une à huit attaques convulsives intéressant tous les muscles volontaires; parfois, les muscles extenseurs du tronc se contractaient avec une telle violence qu'il en résultait un opisthotonos complet. Le paroxysme achevé, le malade retrouvait sa bonne humeur; son état général ne laissait rien à désirer.

L'estomac fut ouvert une seconde fois : on en retira 7 canifs, 7 clefs, 20 clous longs de 7 centimètres 1/2, 1 petite cuiller, 1 crochet à bouton, 1 épingle, 1 ressort de couteau et 2 chaînes de montre (l'une en or et l'autre en argent). Les parties en nacre ou en ivoire avaient été digérées, celles qui étaient en cuivre paraissaient altérées; le patient n'avait cependant jamais présenté aucun symptôme imputable à une intoxication par les sels de cuivre. Tous ces objets, du poids total de 497 grammes, étaient entortillés par les chaînes de montre et formaient une sorte de pelote logée dans la partie cardiaque un peu renflée de l'estomac : ce renflement était dû à l'adhérence de l'estomac à la cicatrice de la première opération. A part cette légère déformation, l'estomac avait un aspect normal et n'était que peu ou pas dilaté; la musculeuse n'était pas hypertrophiée et la muqueuse était à peine congestionnée. Le malade reconnut plusieurs des objets extraits : un des canifs avait été absorbé cinq mois auparavant et le crochet à bouton séjournait depuis dix mois dans l'estomac.

La guérison de cette seconde intervention s'opéra sans encombres. (*Ann. of Surgery*, décembre 1904.) — R. DE B.

Torsion d'un kyste de l'ovaire chez une fillette de treize ans, par M. J. F. ERDMANN.

Une jeune fille âgée de treize ans à peine était sujette à des douleurs abdominales survenant par accès et que l'on considérait comme d'origine appendiculaire. Appelé à voir la malade au cours d'une de ces crises, qui avait débuté par des vomissements avec douleurs généralisées au côté gauche de l'abdomen, M. Erdmann constata que tout le bas-ventre était tendu et rigide, particulièrement dans la fosse illiaque droite. La douleur était, toutefois, moins marquée à ce niveau que dans la partie médiane de l'abdomen, au-dessus de la vessie et jusqu'à l'ombilic. La température oscillait entre 37°2 et 38°, et le pouls battait de 98 à 130 fois à la minute. On supposa avoir affaire à une appendicite, mais, en examinant la patiente sous anesthésie, on put percevoir, dans le bassin, une masse occupant une situation plutôt centrale et qui semblait se prolonger à droite. On fit alors une incision exploratrice, qui mit à nu une tumeur fluctuante, de coloration bleu foncé, rappelant, par son aspect, une rate déplacée et étranglée. En poussant l'examen plus loin, après avoir libéré la tumeur de ses adhérences, on ne tarda pas à se convaincre que cette tumeur avait pour point de départ l'ovaire droit : il s'agissait d'un kyste ovarien qui avait subi une gangrène partielle par suite de la torsion de son pédicule. La tumeur fut extirpée; on enleva également l'appendice, qui présentait une congestion assez accentuée, et, après avoir lavé la cavité pelvienne avec une solution salée, on institua un drainage approprié. Au bout de quinze jours, l'opérée pouvait être considérée comme complètement guérie. (*New York Med. Journ.*, 17 décembre 1904.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique par le sérum antidiphtérique.

Ayant constaté *in vitro* que le sérum antidiphtérique détruisait les cultures de méningocoque, M. le docteur A. J. Wolff, bactériologiste du conseil de santé de Hartford-en-Connecticut, a eu l'idée de traiter la méningite cérébro-spinale épidémique par ledit sérum; dans les 4 cas où notre confrère a employé ce moyen thérapeutique, il en aurait obtenu d'excellents effets.

S'inspirant de cette pratique, M. le docteur E. Waitzfelder, médecin consultant à l'hôpital de l'île de Randall, à New-York, a eu de son côté recours à la sérothérapie antidiphtérique dans 17 cas de la même affection : 10 de ces malades sont actuellement guéris ou en convalescence; 3 sont morts; et les 4 autres sont encore en traitement. Étant donnée la gravité de l'épidémie qui sévit présentement à New-York, notre confrère estime que ce sont là de très bons résultats.

Les doses employées contre la méningite cérébro-spinale épidémique doivent être supérieures à celles qui sont usitées contre la diphtérie : on injectera — tous les jours ou tous les deux jours, suivant la gravité du cas — 6,000 unités antitoxiques chez les enfants de moins de cinq ans, 8,000 chez ceux qui sont âgés de cinq à douze ans, 10,000 chez les adultes.

Le plus souvent, mais non toujours, les injections sont suivies d'une chute de la température. Chez tous les malades qui ont été traités de la sorte, l'opisthotonos a fait défaut, et la rigidité de la nuque a été modérée.

Accidents toxiques causés par le véronal.

Nous avons signalé dernièrement des accidents toxiques observés, indépendamment l'un de l'autre, par M. Kress et par M. Kuhn, à la suite de l'administration du véronal (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 69). De son côté, un médecin allemand, M. le docteur W. Alter, assistant à l'asile d'aliénés de Leubus, a vu des accidents plus graves encore — puisque dans un cas ils se terminèrent par la mort — survenir chez 3 malades auxquels il avait prescrit le même médicament pour insomnie rebelle.

Le premier de ces faits a trait à un homme de trente et un ans, atteint de délire systématisé chronique. Ce patient ayant reçu un soir 1 gramme de véronal se réveilla le lendemain matin avec des nausées, de la céphalée, des douleurs névralgiques dans la branche inférieure du trijumeau gauche et dans le domaine des deux sciatiques, ainsi que des phénomènes de congestion céphalique avec hémoptysie. Le pouls, irrégulier et inégal, atteignait 100 et 116 pulsations à la minute, mais sans élévation thermique. En outre, il existait du délire avec hallucinations visuelles. Le soir, le pouls devint plus mauvais encore et le malade tomba dans un état profond de léthargie. Le lendemain soir, il eut une évacuation alvine spontanée, mélangée d'un peu de sang. A partir de ce moment, l'état général s'améliora rapidement; les troubles dont il vient d'être question durèrent en tout environ quarante-huit heures.

N'ayant pas cru, au début, devoir attribuer ces accidents au véronal, M. Alter administra encore ce médicament au même malade, les jours suivants, à la dose de 0 gr. 25 ou 0 gr. 50 centigr.; mais s'étant aperçu qu'à chaque fois la céphalée, le malaise, les douleurs névralgiques et les congestions se reproduisaient, il suspendit cette médication, et, depuis lors, les accidents ont définitivement disparu.

Dans un deuxième cas, une femme de soixante et un ans, neurasthénique et atteinte d'artériosclérose avancée avec néphrite interstitielle, reçut 1 gramme de véronal en lavement dans 10 c.c. de lait. Cinq heures après, elle se réveilla avec une céphalée intense, des coliques, des poussées congestives à la face et quelques hallucinations visuelles. En même temps, elle accusa des palpitations cardiaques, qui ne tardèrent pas à prendre le caractère d'une véritable angine de poitrine. Après l'administration de café noir, le tout s'amenda rapidement, et il ne resta qu'une lassitude extrême avec un certain degré d'agitation et un peu d'obnubilation. Dans ce cas encore, la première selle rendue après la prise du médicament fut légèrement hémorrhagique.

Enfin, chez le troisième malade observé par M. Alter — un épileptique de cinquante-quatre ans —, le véronal, administré à la dose d'un gramme, parut d'abord exercer une action des

plus favorables, car il procura une nuit de sommeil paisible. Mais le lendemain matin, très rapidement, sinon subitement, la respiration changea de caractère, devint pénible, rappelant le rythme de Cheyne-Stokes avec de longues périodes d'apnée. On constatait, en outre, une résolution musculaire complète, de l'incontinence d'urine, un myosis extrême et l'abolition du réflexe pupillaire. Dans le courant de la journée, la température monta progressivement jusqu'à 39°9. Le pouls, qui le matin était à 60, devint irrégulier et inégal. Le jour suivant la température atteignit 41°4; l'état général ne fit qu'empirer, et le malade succomba, le troisième jour, avec des signes évidents d'œdème pulmonaire.

Radiothérapie du psoriasis.

Les différents auteurs sont encore loin d'être d'accord sur l'efficacité de la radiothérapie contre le psoriasis : cette méthode qui, dans 2 cas, a complètement échoué entre les mains de MM. T. Sjögren et E. Sederholm, aurait au contraire donné un succès à M. R. Bernhardt (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 16, et 1904, p. 166). Aussi nous paraît-il intéressant de signaler que M. le docteur H. Marquès, chef du laboratoire des cliniques de la Faculté de médecine de Montpellier, l'a employée avec un excellent résultat chez un sujet de vingt-cinq ans, atteint depuis quatre années d'un psoriasis disséminé aux mains, au dos, aux jambes, etc., qui s'était montré rebelle à tous les moyens thérapeutiques usuels.

En ce qui concerne la technique, on traita d'abord les lésions des mains, en faisant, tous les trois ou quatre jours, des séances de dix minutes de durée, à savoir cinq minutes pour les faces palmaires et autant pour les faces dorsales des mains. Après cinq séances, le prurit avait cessé, en même temps que les squames commençaient à tomber; mais un certain érythème s'était produit au niveau des parties exposées aux rayons. Néanmoins, on fit encore deux séances, réduites la première à six minutes de durée totale, la seconde à quatre. Les squames ayant alors complètement disparu, on entreprit de traiter successivement les plaques qui siégeaient aux coudes, au dos, aux genoux, aux jambes et au thorax, et qui avaient résisté aussi bien à l'effluve de haute fréquence qu'à l'effluviation statique. Le malade put quitter l'hôpital six semaines après le début du traitement radiothérapique, entièrement guéri. Aucune récidive ne s'est produite depuis cinq mois.

Traitement du pied forcé par l'hyperémie passive.

Le repos au lit, les applications de compresses humides, le massage, etc., constituent le traitement habituel du pied forcé (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 188). Or, d'après l'expérience d'un médecin militaire allemand, M. le docteur F. Momburg, on obtiendrait contre cet accident des résultats plus favorables encore au moyen de la stase hyperémique. Voici comment procède notre confrère :

Immédiatement au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, on applique deux ou trois tours d'une bande de flanelle ou de toile, sur laquelle on roule une bande élastique que l'on serre juste assez pour empêcher le reflux sanguin; le tout doit rester en place deux à trois heures. Au début, il se produit de la cyanose et du gonflement du pied, mais il est rare de voir survenir des douleurs assez intenses pour qu'on soit obligé de retirer le bandage. L'œdème disparaît généralement du quatrième au cinquième jour.

Sur 151 cas de pied forcé qui ont été traités d'après ce procédé à l'hôpital militaire de Spandau, 84 étaient relatifs à une simple ostéopériostite métatarsienne; 67 fois il y avait en outre fracture de l'os. Or, la durée moyenne de l'hospitalisation a été de deux semaines seulement, tandis qu'elle atteint vingt-sept jours avec les procédés habituels; l'emploi de l'hyperémie artificielle abrégerait donc de près de moitié la durée du traitement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 mars 1905.

Sur l'infestation ankylostomiasique expérimentale chez le chien.

M. Calmette (de Lille) lit, en son nom et au nom de M. Breton, une note dans laquelle sont exposés les résultats des dernières recherches de ces auteurs sur l'infestation ankylostomiasique expérimentale au moyen de l'*Ankylostoma caninum* et de l'*Ankylostoma duodenale*.

Dans une première série d'expériences, un jeune chien, inoculé sous la peau avec des larves enkystées d'*Ankylostoma caninum*, a présenté des œufs dans ses déjections à partir du vingt-huitième jour.

Un autre chien, infesté par ingestion de larves du même parasite, a évacué des œufs avec ses fèces dès le seizième jour.

Un troisième chien, ayant reçu des larves du même ankylostome par injection directe dans la chambre antérieure de l'œil, n'a fourni jusqu'à présent (trois mois) aucun œuf dans ses déjections.

Une seconde série d'expériences a eu pour objet de chercher à produire l'infestation du jeune chien par l'ankylostome duodénal d'origine humaine.

MM. Calmette et Breton y ont réussi par l'injection sous-cutanée de larves enkystées : les œufs ont apparu dans les fèces après dix-huit jours. Un chien âgé de deux semaines et ainsi infesté a été sacrifié et on a trouvé deux ankylostomes adultes, une femelle et un mâle, fixés à la paroi de son duodénum.

Par contre, toutes les tentatives d'infestation par la voie buccale ou par injection intra-oculaire ont échoué.

Il est donc certain que la pénétration des larves par la peau s'effectue avec une grande facilité chez le chien, qu'il s'agisse de l'*Ankylostoma caninum* ou de l'*Ankylostoma duodenale;* au contraire, même chez les jeunes chiens, l'infestation par les voies digestives ne peut être réalisée qu'avec l'*Ankylostoma caninum*, et non avec l'ankylostome duodénal de l'homme.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 mars 1905.

Sur l'antidote de la nicotine.

M. C. Zalackas adresse une note dans laquelle il déclare que, s'appuyant sur les bons effets du cresson dans le traitement des psychoses nicotiniques, il a expérimentalement cherché à s'assurer des propriétés que ce végétal peut posséder à titre d'antidote de la nicotine.

Chez un lapin qui, ayant reçu dans la jugulaire une dose de 0 gr. 025 milligr. de nicotine, paraissait en imminence d'asphyxie, l'auteur fit une injection intraveineuse de 4 c.c. de jus de cresson chauffé au bain-marie et additionné de 0 gr. 30 centigr. de caféine; au bout de dix minutes, une abondante diurèse se produisit, avec émission d'urines à odeur de tabac; une heure plus tard, on injecta encore 0 c.c. 5 du même liquide, et peu à peu tous les phénomènes toxiques se dissipèrent. Chez le chien, des expériences analogues furent également couronnées de succès.

Cela étant, M. Zalackas est porté à considérer que le jus de cresson est l'antidote par excellence de l'alcaloïde du tabac.

Abaissement de la pression artérielle au-dessous de la normale par la d'arsonvalisation.

MM. A. Moutier et **A. Challemel** envoient une note dans laquelle ils signalent que si, au cours du traitement de l'hypertension par la d'arsonvalisation, on continue les séances électrothérapiques après que la pression a été ramenée à la normale, on peut voir cette pression baisser encore et descendre jusqu'à 11 centimètres de mercure. Il est d'ailleurs facile d'obtenir un relèvement suffisant par l'application de courants de haute fréquence et de haute tension le long de la colonne vertébrale.

Comme ces chutes de pression peuvent n'être pas sans inconvénient, il importe de mesurer soigneusement et fréquemment la tension des malades soumis à la d'arsonvalisation, afin de ne pas dépasser le but désiré.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 8 et 15 mars 1905.

Du rétrécissement post-herniaire de l'intestin.

M. Lejars. — Consécutivement aux hernies étranglées, on peut observer des accidents d'occlusion par rétrécissement de l'intestin. Ces accidents sont le plus souvent précoces : ils surviennent quelques semaines après l'étranglement, et il est alors facile de les rattacher à leur vraie cause. Mais parfois au contraire ils sont tardifs, n'apparaissant qu'au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années, et le diagnostic étiologique est en pareil cas d'autant plus malaisé que, loin d'affecter toujours une allure progressive, ils peuvent s'accuser brusquement par une occlusion aiguë. C'est un fait de cette dernière catégorie qui nous a été communiqué par M. Souligoux : quatre mois et demi après une opération de hernie inguinale étranglée, notre confrère fut appelé à intervenir pour des accidents d'occlusion intestinale et la laparotomie lui permit de constater l'existence d'un rétrécissement de l'intestin, dont le bout efférent, très diminué de calibre, décrivait une courbe d'environ 20 centimètres pour revenir se souder au rétrécissement lui-même, le point de coalescence des deux anses étant rattaché au sommet de la vessie par une large membrane fibreuse. Cette adhérence sectionnée, M. Souligoux pratiqua une entéro-anastomose à distance suffisante du segment étranglé.

Ces rétrécissements post-herniaires de l'intestin peuvent reconnaître une origine *extrinsèque* (brides, adhérences), une origine *intrinsèque* (épaississement fibreux et rétraction cicatricielle des tuniques intestinales) ou enfin une origine *mixte*, et tel était précisément le cas chez le malade de M. Souligoux. Au total, deux facteurs principaux commandent la pathogénie de ces lésions : d'une part la péritonite locale, d'où formation de brides ou d'adhérences; d'autre part la nécrose plus ou moins profonde et étendue de la paroi de l'intestin; et dans la production de cette nécrose une part importante me paraît revenir aux lésions des vaisseaux mésentériques, dont des recherches expérimentales récentes ont bien montré le rôle à ce point de vue (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 100).

M. Berger. — Les accidents d'occlusion secondaire, consécutifs à l'étranglement herniaire, ne sont pas aussi rares que M. Lejars paraît le croire; dans la plupart des cas ils sont dus à des adhérences intestinales. Pour ce qui est des rétrécissements vrais, intrinsèques, je crois qu'il faut les attribuer beaucoup plus aux lésions du bout supérieur de l'anse étranglée qu'aux lésions du mésentère.

M. Terrier. — Les adhérences sont en effet très communes, surtout au cas de suppuration. Quant au rôle du mésentère, il se traduit par des troubles nutritifs et des hémorrhagies intestinales tardives.

M. Tuffier. — Je crois comme M. Lejars qu'il faut distinguer entre les rétrécissements dus à une perte de substance de la muqueuse et les sténoses par brides ou inflammation péri-intestinale. Cette distinction est importante, car les cas de la seconde catégorie sont susceptibles de guérison spontanée. J'en ai la preuve chez une femme que j'opérai il y a quelques années d'une hernie ombilicale volumineuse contenant le côlon transverse et qui avait plusieurs fois été le siège de phénomènes d'obstruction incomplète. La nécessité de terminer rapidement la kélotomie ne me permit pas de faire l'entéro-anastomose que nécessitait une sténose siégeant sur le milieu de l'anse du gros intestin herniée; or, un régime sévère, le décubitus dorsal et l'immobilité longtemps prolongée firent disparaître tous les accidents d'obstruction, et cette femme vit encore dix ans après mon intervention.

M. Lejars. — Je ne conteste pas que les brides ou adhérences soient fréquentes; ce que je crois moins commun — et c'est le point sur lequel j'ai voulu attiré l'attention — c'est l'apparition tardive des accidents d'obstruction. Je ferai en outre observer que, chez le malade de M. Souligoux, il y avait à la fois une cause extrinsèque (bride) et une cause intrinsèque (rétrécissement pariétal) d'obstruction. J'ajouterai que, dans ce cas, la kélotomie n'avait nullement été suivie de suppuration. Enfin, d'après les observations que j'ai dépouillées, il ne m'apparaît pas que les hémorrhagies intestinales auxquelles M. Terrier vient de faire allusion soient la traduction nécessaire des lésions de l'intestin, d'origine mésentérique, susceptibles de donner lieu à un rétrécissement ultérieur.

De l'hépatico-gastrostomie.

M. Tuffier. — Les opérations sur le canal hépatique, dont M. Quénu nous a cité un exemple dans une de nos dernières séances, ne me paraissent pas reconnaître de nombreuses indications. Pour ma part, j'ai eu l'occasion de faire 2 hépaticotomies pour des cas complexes de lithiase biliaire, une hépaticostomie pour épithélioma des voies biliaires, enfin une hépatico-gastrostomie, également pour néoplasme épithélial.

C'est en juillet 1903 que j'ai pratiqué cette dernière intervention, chez une femme de trente-neuf ans, atteinte d'ictère chronique, dont la vésicule biliaire, distendue, était remplie d'un liquide incolore, et, par conséquent, ne communiquait pas avec les voies biliaires : il existait en effet une petite tumeur de nature épithéliomateuse qui séparait complètement le canal hépatique d'avec le cholédoque. Je me décidai donc, après avoir incisé le canal hépatique, à aboucher ce dernier à la face antérieure de l'estomac; pour éviter tout tiraillement sur les sutures, j'eus soin de suspendre l'estomac au moyen de fils passés dans l'épiploon gastro-hépatique. Au bout d'une semaine il se produisit une fistule biliaire, et la malade sortit de l'hôpital dans un état de cachexie si avancé qu'elle ne tarda probablement pas à mourir.

Si je me trouvais de nouveau en présence d'un cas de ce genre, je n'hésiterais pas à faire l'ablation du néoplasme, suivie de l'implantation du bout central du canal hépatique, non pas dans l'estomac, mais plutôt dans l'intestin grêle.

Calculs urétéraux.

M. Picqué. — J'ai eu l'occasion d'enlever, chez une femme, trois calculs de la portion pelvienne de l'uretère, qui déterminaient des douleurs assez vives et que l'on sentait très facilement, par le toucher vaginal, dans le cul-de-sac latéral gauche. J'ai employé la voie iliaque, conseillée par M. Albarran, en faisant une incision analogue à celle de la ligature de l'iliaque externe; j'ai pu ainsi atteindre et inciser aisément l'uretère distendu par les calculs; après avoir enlevé ceux-ci, je suturai le conduit urétéral. Les suites opératoires furent très simples.

M. Le Dentu présente un jeune homme atteint d'un anévrysme traumatique du creux poplité, traité avec succès par les injections sous-cutanées de sérum gélatiné.

M. Legueu fait un rapport sur 2 observations de corps étrangers de la vessie, envoyées par M. Barnsby (de Tours).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 mars 1905.

Traitement de l'arthrite aiguë suppurée d'origine blennorrhagique par les injections intra-articulaires de sublimé.

M. Galliard. — Pour éviter l'arthrotomie dans l'arthrite aiguë suppurée d'origine blennorrhagique, j'ai l'habitude de traiter cette affection par la ponction suivie de l'injection intra-articulaire d'une solution de sublimé, ou mieux de lavages de la jointure avec cette solution. Bien que ce mode de traitement soit applicable à diverses articulations, c'est surtout pour celle du genou que je l'ai employé jusqu'ici. Voici comment je procède :

Je ponctionne d'abord la jointure distendue, à l'aide d'une aiguille capillaire adaptée à la seringue de Roux, et, après avoir extrait par aspiration une certaine quantité du liquide purulent ou séro-purulent, j'injecte dans la cavité articulaire 20 c.c. d'une solution de sublimé à 1 p. 4,000 et j'extrais aussi complètement que possible le mélange ainsi formé. Ce lavage est renouvelé plusieurs fois dans la même séance, puis on retire l'aiguille et on obture la petite plaie avec du collodion. Le genou est ensuite enveloppé dans de l'ouate et placé dans une gouttière.

Dans les cas graves, plusieurs séances de lavages sont nécessaires. Lorsque le liquide est résorbé, on commence le massage et on provoque quelques légers mouvements de flexion et d'extension du membre. Grâce à ces pratiques, je n'ai observé chez aucun malade de raideur ni d'ankylose de l'articulation; la durée totale du traitement a varié d'un à quatre mois.

Je dois ajouter que, dans quelques cas d'arthrite à streptocoques ou à staphylocoques, d'origine non blennorrhagique, où j'ai essayé les lavages au sublimé, ce traitement a complètement échoué; c'est donc exclusivement contre l'arthrite aiguë blennorrhagique que les lavages au sublimé doivent être employés.

L' « hydrargyrum cum creta » contre l'hérédo-syphilis du nouveau-né.

M. Variot préconise l'emploi, chez les nouveau-nés hérédo-syphilitiques, de la « poudre grise » (mercure métallique éteint par la craie) connue sous le nom d'*hydrargyrum cum creta*. Cette poudre s'administre par la bouche, incorporée au lait, à la dose de 0 gr. 03 centigr., correspondant à 0 gr. 01 centigr. environ de mercure métallique. D'après l'orateur, son action serait supérieure à celle de la liqueur de Van Swieten, des frictions et des injections de sels mercuriels.

Pierres de la rate.

M. Dufour montre une rate dont le parenchyme renferme des nodosités dures, facilement énucléables, grosses comme des noyaux de cerise et entourées d'une membrane épaisse. L'intérieur de ces nodosités est constitué par des sels de chaux. L'orateur croit que ces productions calcaires sont d'origine tuberculeuse, le sujet d'où provient cette rate étant un ancien bacillaire.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 8 mars 1905.

Les théories pathogéniques du cancer.

M. von Hansemann. — Trois théories surtout sont en présence pour expliquer l'origine du cancer : la théorie parasitaire, la théorie héréditaire, la théorie traumatique.

La première tire ses arguments de sources multiples : expérimentation, recherches cliniques, statistiques, bactériologiques ou parasitologiques; aucun n'est cependant péremptoire.

Expérimentalement, on s'est adressé à la méthode des inoculations; celles-ci échouent le plus souvent; quand elles réussissent, on obtient bien une tumeur d'apparence et de structure cancéreuses, mais qui jamais jusqu'ici n'a eu l'évolution du vrai cancer; enfin, même dans les cas positifs, il s'agit à proprement parler, comme M. Orth le faisait observer dans la dernière séance, de transplantations et non d'inoculations.

Cliniquement, on a fait état des « épidémies » de cancer, ainsi que des faits de cancer à deux. Or, ces prétendues épidémies correspondent tout simplement à des séries fortuites de cas de cancer dans de petites localités, séries échelonnées sur un intervalle de temps toujours considérable (cinquante ans par exemple). Quant au cancer à deux, vu la fréquence des affections cancéreuses, il est tout naturel que de temps à autre ces affections atteignent simultanément deux conjoints; il en est de même pour des maladies comme la goutte et le diabète, qui n'ont sûrement rien de parasitaire.

Les statistiques semblent accuser une augmentation de fréquence du cancer. Mais, comme l'a fort bien démontré M. de Bovis (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 297-302), c'est seulement la fréquence du cancer des organes internes qui a augmenté, en raison de la perfection croissante des moyens de diagnostic. Au reste, la diminution de la mortalité par maladies infectieuses (variole, fièvre typhoïde, etc., etc.) permet à un plus grand nombre d'individus d'atteindre l'âge du cancer, et a par suite pour conséquence une augmentation de la mortalité relative par affections cancéreuses.

Quant aux prétendues découvertes de parasites, elles ne sont rien moins que démonstratives. Le rôle attribué aux protozoaires — à peu près seuls incriminés à l'heure actuelle — est *a priori* peu admissible : jusqu'ici, on ne connaît aucun protozoaire capable de produire des tumeurs, et aucune des affections à protozoaires (malaria, maladie du sommeil) ne se traduit par des néoformations. En tout cas, il conviendra de ne pas oublier que c'est à celui qui croit avoir trouvé un nouveau parasite à en démontrer la nature parasitaire, et non pas à ses contradicteurs à faire la preuve qu'il ne s'agit pas de parasites.

Telles sont les principales objections que l'on peut faire à la théorie parasitaire du cancer. Pour ce qui est de la théorie héréditaire, elle se base surtout sur les déclarations des malades et sur les cas de cancer observés dans plusieurs générations successives; mais ces derniers sont en général peu démonstratifs : dans la famille Bonaparte, par exemple, partout citée comme exemple d'hérédité cancéreuse, une enquête approfondie montre que seuls Napoléon et son père sont morts de cancer. Ce qui toutefois paraît bien vraisemblable, c'est qu'il existe une prédisposition héréditaire au cancer.

Enfin la théorie traumatique n'est pas moins insuffisante, quoiqu'il soit incontestable que les « traumatismes chroniques » les plus divers, mécaniques, chimiques, thermiques, etc., jouent un rôle dans la localisation des tumeurs.

Au total, aucune des théories pathogéniques du cancer ne saurait être considérée comme satisfaisante. C'est qu'en réalité le cancer, pour se développer, exige la coopération d'une irritation et d'une irritabilité; mais pour l'instant nous ne connaissons pas d'irritation propre au cancer, et il est même extrêmement probable qu'il n'en existe point qui lui soit spéciale.

M. von Leyden. — La légitimité de la théorie parasitaire du cancer résulte pour moi de la faillite des autres théories, aussi bien de la théorie traumatique que de la théorie héréditaire au sens de Cohnheim ou de Ribbert. Elle repose en outre sur des arguments positifs. Par exemple, le cancer s'observe presque exclusivement dans des organes en communication avec le milieu extérieur; d'autre part, seuls en sont atteints, parmi les animaux, ceux qui sont domestiqués, comme si, primitivement spécial à l'homme, il se diffusait autour de celui-ci. Il est du reste d'autant plus fréquent que la population est plus dense : inconnu chez les nègres d'Afrique, il frappe au contraire les nègres américains, qui vivent de la vie des blancs.

Quant aux épidémies de cancer et aux cas de cancer à deux, je reconnais que ce sont là des questions qui nécessitent encore des investigations approfondies. Par contre, les inoculations ont fourni un certain nombre de faits positifs, car je ne crois pas qu'on puisse distinguer aussi complètement que le voudrait M. von Hansemann entre les inoculations et les transplantations. Je rappellerai notamment que M. Michaelis est arrivé à transmettre un même cancer à cinq générations successives de souris. Dans le même ordre d'idées, je citerai aussi les faits d'infection cancéreuse de la plaie de ponction, après évacuation d'un exsudat cancéreux; ceux de cancer de la lèvre supérieure, consécutivement à un cancer de la lèvre inférieure, etc.

Je ne fais cependant pas de difficulté pour avouer que la nature du parasite à incriminer est encore inconnue; pour ma part, je serais porté à attribuer un certain rôle, à ce point de vue, aux inclusions cellulaires que j'ai décrites sous le nom d'yeux de pigeon.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 18 mars 1905.

Des rapports existant entre le nez et l'utérus en travail.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Jerusalem** a relaté les résultats des recherches qu'il a faites avec M. Falk sur 80 parturientes. Les auteurs ont pu constater que, chez des femmes atteintes de dysménorrhée et dont le cornet inférieur est hypertrophié et sensible au toucher, les douleurs provoquées par les contractions utérines, dans la période de dilatation, peuvent être atténuées par le badigeonnage desdites parties du nez avec de l'adrénaline, puis de la cocaïne; notamment les irradiations douloureuses dans la région sacrée, propres à ces femmes, disparaissent entièrement. Dans la période d'expulsion, au contraire, de même que chez les femmes dont la dysménorrhée repose sur une base anatomique, les douleurs ne sont pas influencées par le traitement nasal. Enfin, dans 2 cas où, par aucun moyen, on ne parvenait à provoquer des contractions utérines, celles-ci apparurent après irritation du cornet inférieur à l'aide d'une sonde.

De la maladie cutanée de Paget.

M. E. Lang fait une communication sur cette affection peu fréquente, qu'il considère comme une dermatite épithéliale dégénérative circonscrite eczématiforme. Elle débute ordinairement au niveau du mamelon, puis s'étend dans le voisinage sous forme d'un eczéma et finit très souvent par se transformer en cancer. Dans les périodes initiales de l'affection, la partie atteinte est rouge, dépouillée de son épithélium et sécrète un liquide séro-muqueux dont la dessiccation produit des croûtes.

La maladie n'est pas toujours localisée au sein; on l'observe aussi au niveau des lèvres, du nez, des organes génitaux, de la paroi abdominale. A l'examen histologique, on constate de l'œdème de l'épithélium avec infiltration cellulaire dans le tissu papillaire et souspapillaire.

La maladie de Paget paraît être une affection parasitaire de la peau, à marche extrêmement lente, dont l'agent pathogène n'est pas encore connu.

M. I. Neumann dit avoir observé 3 cas de maladie de Paget; 2 de ces malades avaient des lésions au niveau du gland. Deux fois l'affection s'est transformée en cancer; le troisième patient a guéri par la radiothérapie.

Les altérations anatomiques de la poliomyélite antérieure aiguë.

Dans la séance du 16 mars de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE, **M. Neurath** a relaté 2 cas de poliomyélite antérieure aiguë — l'un récent, l'autre ancien — qu'il a eu l'occasion d'étudier cliniquement et anatomiquement.

Le premier fait concerne un enfant de cinq ans, qui avait eu trois accès de fièvre, accompagnés d'anorexie, de douleurs des membres et d'impuissance des muscles de la tête. Les deux premiers accès cédèrent vite, mais au cours du troisième survint une paralysie des quatre extrémités, avec troubles du langage et de la déglutition et parésie du diaphragme. A l'autopsie, on trouva une hypertrophie du tissu lymphatique et de l'hyperémie des méninges; la substance grise de la moelle était parsemée de cellules rondes, surtout au voisinage des vaisseaux; par endroits il y avait des hémorrhagies; en outre, on remarquait des cellules nerveuses à toutes les phases de la dégénérescence. Il s'agissait donc d'une myélite grave, s'étendant à toute la moelle, intéressant en particulier la substance grise et les cornes antérieures.

Pour l'orateur, il existe un parallélisme entre la dégénérescence des cellules nerveuses et les altérations vasculaires interstitielles. Toutes les deux sont la conséquence d'une action toxique d'origine encore inconnue. L'examen bactériologique eut en effet dans ce cas un résultat négatif.

Chez le second malade, l'autopsie a été pratiquée plusieurs années après l'apparition de la poliomyélite; on nota l'existence de quelques foyers encéphaliques avec hyperémie de la substance grise de la moelle, des résidus d'anciennes hémorrhagies médullaires, par endroits de la raréfaction de la névroglie et une dégénérescence des cellules nerveuses des cornes antérieures, parfois aussi des cornes postérieures.

M. H. Schlesinger fait observer que, dans la poliomyélite, les altérations méningées sont plus fréquentes qu'on ne l'admet généralement.

M. E. Redlich déclare partager l'opinion de M. Neurath au sujet du parallélisme existant entre les altérations parenchymateuses et interstitielles dans la poliomyélite; dans les cas graves, en effet, on trouve toujours des altérations méningées.

Dr SCHNIRER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

MÉDECINE

Aráoz Alfaro (G.). Las nuevas ideas sobre la patogenia de los edemas en los nefríticos y sobre el tratamiento y dietético de los mismos. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, nov.-déc.)

Berardinone (N.). Sulla enterosigmoidite acuta. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 15 déc.)

Bonfanti (A.). Sopra un metodo per differenziare gli albuminoidi emessi colle feci. (*Clinica medica italiana*, oct.)

Buch (M.). Enteralgie und Kolik. 2. und 3. Teil. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, XI, 5 et 6.)

Calabrese (A.). Sull'influenza della dieta clorurata ed ipoclorurata sul ricambio nei sani e nei cirrotici e sua azione sull'ascite della cirrosi epatica. (*Atti dell'Accad. med.-chir. di Napoli*, LVIII, 2.)

Chiadini (M.). Contribuzione allo studio del carcinoma gastrico. (*Nuovo raccoglitore med.*, oct.-nov.-déc.)

Cimoroni (A.). Un caso di occlusione trombotica dell'aorta addominale. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXIV, 1.)

Clemm (W. N.). Aus verborgenen Quellen stammendes Blut im Stuhl und im Mageninhalt, sein Nachweis und dessen Bedeutung für die Erkennung der Erkrankungen im Gebiete des Verdauungsschlauches. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, X, 4.) — Sur la présence de sang d'origine douteuse dans les fèces et dans le chyme stomacal; sa recherche et sa signification pour le diagnostic des affections des voies digestives.

Couto (M.). Cephalalgia paroxistica de origem cardiaca. (*Gazeta clinica de S. Paulo*, oct.)

Dosi (C.). Un caso di trombosi della cava ascendente parzialmente compensata in pneumonite. (*Clinica medica italiana*, nov.)

Ferrannini (A.). Il secondo tono aortico nell'angio-ipotonia costituzionale. (*Clinica medica italiana*, oct.)

Marini (G.). Sull'estrazione della bilina dalle feci. (*Riv. critica di clinica medica*, 24 déc.)

Pesthy (S. von). Untersuchungen auf dem Gebiete der motorischen Funktion des Magens. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, X, 4.) — Sur la motricité de l'estomac.

Sarcinelli (F.). Artropatie e cardiopatie. (*Riforma med.*, 7 déc.)

Signorelli (A.). La percussione mediata digitoangolare e l'angolo claveo-costale. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXIV, 1.)

Sorgo (J.). Von den Armstellungen beeinflusste Differenzen der Radialispulse bei schrumpfenden Prozessen im Thoraxraume. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 déc.) — Différence entre les deux pouls radiaux, influencée par la position des bras, en cas de rétraction thoracique.

Stern (N.). Ueber Oesophagitis dissecans superficialis. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, X, 6.)

Wild (von). Beiträge zur Klinik der Cholelithiasis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (14e session, tenue à Pau du 1er au 7 août 1904). T. Ier: rapports. In-8°, 385 p. avec fig.

Etchepare (B.). La menstruación en las alienadas. (*Rev. méd. del Uruguay*, déc.)

Grocco (P.). Nevrastenia e nevroiperstenia. (*Riv. critica di clinica medica*, 24 déc.)

Ingegnieros (J.). Nuevos estudios sobre la psicologia de los simuladores. (*Arch. de psiquiatria y criminol.*, nov.-déc.)

Roch (M.). Aichmophobie fraternelle; phobie des objets pointus chez deux frères non jumeaux. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc.)

Signorelli (A.). Tabe e malaria; contributo allo studio delle associazioni morbose in genere. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXIV, 1.)

Soukhanov (S.). Des obsessions hallucinatoires et des hallucinations obsédantes (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6 nov.)

Stadelmann (E.). Beiträge zur Lehre von der Akromegalie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.)

Stransky (E.). Zur Auffassung gewisser Symptome der Dementia præcox. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 16 déc.)

Todd (R. N.). Hyperacute melancholia. (*Med. News*, 31 déc.)

Tonarelli (C.). Lesioni traumatiche dei nervi; osservazioni istologiche, sperimentali e cliniche. (*Morgagni*, sept., oct., nov. et déc.)

CHIRURGIE

Cimoroni (A.). Contributo alla casuistica degli interventi sul cuore. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXIV, 1.)

Codivilla (A.). La cura funzionale nelle scoliosi non gravi. (*Riv. critica di clinica medica*, 24 déc.)

Donati (M.). Ricerche sperimentali sul valore del trattamento conservativo dell'idronefrosi. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, LXVII, 11-12.)

Dupraz (A.-L.). Essai de classification des inflammations du cordon spermatique; funiculite aiguë suppurée à colibacilles (pyocèle du cordon spermatique). (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc.)

Newcomet (W. S.). The care of fractures from the standpoint of the general practitioner. (*Med. News*, 10 déc.)

Niles (H. D.). Surgical diseases of the sigmoid. (*New York Med. Journ.*, 31 déc.)

Ninni (G.). Disarticolazione della coscia destra per mixosarcoma telangettasico del femore a decorso febbrile rapidissimo. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 31 déc.)

Pfähler (P.). Zur Kasuistik der Littre'schen Hernie. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 déc.)

Pfister (E.). Ein Beitrag zu den lateralen Kiemenganggeschwülsten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 déc.) — Sur les branchiomes.

Poulsen (K.). Ueber die Madelung'sche Deformität der Hand. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 2.) — La subluxation spontanée du poignet.

Power (D'Arcy). Duodenal ulcer and its treatment. (*Brit. Med. Journ.*, 17 déc.)

Reiner (M.). Das Prinzip der Individualisirung in der Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. (*Wien. med. Wochensch.*, 24 déc.) — Le principe de l'individualisation dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche.

Riedel. Eine seit 3 Jahren sich wiederholende spontan zurückgehende, schliesslich irreponible Invaginatio ileo-ileo-colica. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 1-2.)

Rossi (A.). Resezione del fegato per echinococco policistico infiltrato. (*Nuovo raccoglitore med.*, oct.-nov.-déc.)

Rouville (de) et **Martin** (J.). Les ligatures artérielles dans le cancer inopérable de l'utérus. (*Arch. provinc. de chir.*, oct. et nov.)

Rovsing (Th.). Behandling af ter traumatisk arthroitis med vaselininjektion. (*Hospitalstidende*, 28 déc.)

Saar (G. von). Kongenitales Zystadenom der rechten Parotis. (*Prag. med. Wochensch.*, 29 déc.)

Salva Mercadé. Lipome rétro-péritonéal de la fosse iliaque droite. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Saundby (R.). On the indications for operative interference in diseases of the stomach. (*Brit. Med. Journ.*, 17 déc.)

Schanz (A.). Zur Behandlung der knöchernen Versteifung des Ellbogengelenkes. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 déc.) — Traitement de l'ankylose du coude.

Schmidt (G.). Ueber die operative Behandlung der Elephantiasis des Beines. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLIV, 3.) — Sur le traitement chirurgical de l'éléphantiasis du membre inférieur.

Scudder (C. L.). Intra-abdominal torsion of the entire great omentum. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Segrè (L.). Sulle artriti da pneumococco. (*Gazz. degli Osped.*, 25 déc.)

Senni (G.). Sull'estirpazione totale del deferente e delle vescichette seminali per via inguinale. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXIV, 1.)

Shoemaker (G. E.). Management of the acute stages of abdominal inflammation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 déc.)

Signer (M.). Su di un caso di linfosarcoma del mediastino a rapidissimo decorso. (*Riforma med.*, 23 nov.)

Silbermark (M.). Ueber Spinalanalgesie. (*Wien klin. Wochensch.*, 17 nov.)

Spillmann (G.). Rupture double des voies biliaires consécutive à une chute de quinze mètres avec laparotomie exploratrice renouvelée. (*Arch. provinc. de chir.*, déc.)

Stern (N.). Contribution à l'étude du traitement opératoire des rétrécissements du pylore (en russe). (*Roussk. Vratch*, 11 déc.)

Vaughan (G. T.). An analysis of 25 cases of strangulated hernia treated by operation. (*Med. News*, 24 déc.)

Warbasse (J. P.). Tetany, and foreign bodies in the stomach; tetany caused by a mass in the stomach, composed of 40 metallic articles, weighing one pound; gastrotomy; cured. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Warren (J. C.). The operative treatment of cancer of the breast. (*Ann. of Surgery*, déc.) — Le traitement chirurgical du cancer du sein.

Watson (F. S.). Fibro-adenoma of inner wall of ileum. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Werner (R.). Congenitale halbseitige Gesichtshypertrophie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 2.) — L'hémi-hypertrophie congénitale de la face.

Wieting et **Reschad Effendi**. Zur Pathologie und Anatomie der suprapapillären Duodenalstenose geschwüriger Grundlage. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 déc.)

Williams (G. H.). Acute appendicitis occurring on the 8th day of a typhoid fever; operation; recovery. (*Med. Record*, 3 déc.)

Wuhrmann. Narkose mit Chloroform-Bromäthyl ãã Gemisch. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 déc.)

UROLOGIE

Fullerton (A.). An operation for fixing movable kidney. (*Brit. Med. Journ.*, 24 déc.) — Procédé de néphropexie.

Guyon. Les variations de la virulence et la chirurgie urinaire. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 nov.)

Karewski (F.). Klinische und anatomische, sowie experimentelle Beiträge zur Kenntnis der inguinalen und cruralen Blasenhernien. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 2.) — Recherches cliniques, anatomiques et expérimentales sur les hernies inguinales et crurales de la vessie.

König (F.). Ueber intermittierende cystische Dilatation der vesikalen Ureterenden. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 déc.)

Mauro (C.). Enorme calculo urethral em una menina. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 déc.) — Calcul volumineux de l'urèthre chez une petite fille.

Nicolich (G.). Ueber die verschiedenen klinischen Formen der Prostatahypertrophie und über ihre Behandlung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 déc.)

Patel (M.). Rupture de varicocèle; hydro-hématocèle concomitante. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 oct.)

Reichel. Beitrag zur Harnröhrenplastik. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 5-6.) — Sur l'autoplastie uréthrale.

Robinson (H. B.). On stone in the kidney. (*Brit. Med. Journ.*, 24 déc.) — De la lithiase rénale.

Rovighi (A.). Dell'intervento chirurgico nella nefrite. (*Clinica medica italiana*, nov.)

Timmer (H.). Hypospadie van de glans. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 31 déc.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Congrès national périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie (4e session, Rouen, avril 1904). Mémoires et discussions. In-4°, 824 p. avec fig. Rouen.

Kowalczewski (J.). Przyczynek do budowy torbieli skórzastych jajnika. (*Kronika lekarska*, 1er et 15 déc.) — Sur la structure des kystes dermoïdes de l'ovaire.

Loureiro (C.). Um caso de tetanisação uterina provocada pelo esporão do centeio. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 juillet.) — Tétanisation utérine provoquée par l'ergot de seigle.

Nicoll (J. H.). Birth-fracture of the skull; family of three, illustrating the effects of operative treatment. (*Ann. of Surgery*, déc.) — Fracture obstétricale du crâne.

Oliver (J.). Early intrauterine death, with undue delay in the occurrence of abortion thereafter (missed abortion). (*New York Med. Journ.*, 3 déc.) — Mort intra-utérine précoce avec retard anormal de l'expulsion du fœtus.

Orta (F.). Contributo alla cura chirurgica delle retrodeviazioni dell'utero. (*Gazz. degli Osped.*, 18 déc.)

Plauchu. Opération césarienne pratiquée avant le travail; déformations très accusées de la tête fœtale. (*Lyon méd.*, 25 déc.)

Plöger. Statistischer Bericht über die Geburten der Universitäts-Frauenklinik in Berlin während 15 Jahren, mit besonderer Berücksichtigung der Morbidität und Mortalität. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 2.) — Statistique des accouchements ayant eu lieu à la clinique obstétricale de Berlin dans le cours des quinze dernières années.

Proust (R.). Chirurgie de l'appareil génital de la femme. In-8°, 245 p. avec fig.

Queisner (A. H.). Zur Behandlung der klimakterischen Blutungen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 24 déc.) — Le traitement des hémorrhagies de la ménopause.

Reed (Ch. A. L.). Pregnancy and successful parturition in a patient with advanced carcinoma of the cervix. (*New York Med. Journ.*, 3 déc.)

Robb (H.). Conservatism in pelvic surgery. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Rocchi (F. S.). Sopra un caso di parto trigemino. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXIV, 1.)

Sarwey (O.). Zur Hörbarkeit der Herztöne im 4. und 5. Schwangerschaftsmonat. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 24 déc.) — Sur la perception des bruits du cœur fœtal au cours du quatrième et du cinquième mois de la gestation.

Shoemaker (G. E.). Fibroma of the uterus complicated by disorders of the heart and kidneys. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, nov.) — Fibrome de l'utérus avec troubles cardiaques et rénaux.

Swain (J.). On operations for diseases of the uterus and solid ovarian tumours. (*Brit. Med. Journ.*, 31 déc.)

Thomson (H.). Ulcus rotundum simplex vaginæ. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 déc.)

Tomsohn (G.). La tuberculose des organes génitaux de la femme (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, nov.)

Varnek (L.). Des procédés modernes de traitement chirurgical dit radical du cancer de l'utérus (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 24.)

Véron (F.). Oblitération du col de l'utérus chez une VIpare à bassin rétréci; césarienne: suites immédiates et tardives bonnes. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 4.)

Vineberg (H. N.). The effect of hysterectomy on the sexual function. (*Med. News*, 31 déc.)

Volk (R.). Darf man während der Gravidität am äusseren Genitale operieren? (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 déc.) — Peut-on opérer sur la vulve au cours de la grossesse?

Volkovitch (N.). Eine Methode der Wiederherstellung der weiblichen Harnröhre mit gleichzeitiger Beseitigung einer Blasen-Scheidenfistel. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.) — Procédé permettant à la fois de reconstituer l'urèthre de la femme et d'oblitérer la fistule vésico-vaginale concomitante.

Wallart (J.). Fibrinorrhœa plastica bei Myoma cavernosum und Endometritis chronica cystica. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 2.)

Wanner (R.). Ueber Inversio uteri totalis. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 31 déc.)

Wiggin (F. H.). Treatment of complete uterine and vaginal prolapse. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 déc.)

Wormser (E.) et **Labhardt** (A.). Weitere Untersuchungen zur modernen Lehre der Eklampsie. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 déc.)

PÉDIATRIE

Aráoz Alfaro (G.) et **Bordot** (E.). Contribución al estudio del citodiagnóstico en algunas enfermedades de la infancia. (*Anales del circulo méd. argentino*, 31 juillet.)

Auvard (A.). Le nouveau-né (physiologie, hygiène, allaitement, maladies les plus fréquentes et leur traitement), avec une introduction sur l'hygiène génitale de la femme. 5e éd. In-18, 376 p. avec fig.

Berti (G.). Nota intorno a due cagioni di morte rapida nei lattanti pneumonici. (*Nuovo raccoglitore med.*, oct.-nov.-déc.)

Gurgel (N.). Sobre um caso de ausencia total e congenita de unhas em ambas as mãos e pés, acompanhada de grande desenvolvimento do systema pilloso, em uma criança de um mez e meio de idade. (*Gazeta clinica de S. Paulo*, déc.) — Absence complète et congénitale des ongles des mains et des pieds accompagnée d'un développement considérable du système pileux chez une fillette d'un mois et demi.

Hagenbach-Burckhardt, Fahm et **Dieterle**. 41. Jahresbericht des Kinderspitals in Basel (1903). In-8°, 147 p. Bâle. — Rapport sur l'hôpital des Enfants-Malades de Bâle pendant l'année 1903.

Hess (C.). Ueber die Augeneiterung der Neugeborenen. (*Med. Klinik*, 20 déc.) — L'ophtalmie des nouveau-nés.

Hyde (J. W.). Infantile intestinal diverticula. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Knox (J. H. M.). A summer's experience with infantile dysentery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 et 24 déc.)

Langstein (L.). Die Albuminurien im Kindesalter. (*Med. Klinik*, 20 déc.)

Meynier (E.). Contributo allo studio dell'acondroplasia. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 4.)

Moon (R. O.). Some observations on convulsions in children and their relation to epilepsy. (*Lancet*, 24 déc.)

Morquio (L.). Causas de la mortalidad de la primera infancia y medios de reducirla. (*Rev. méd. del Uruguay*, nov.)

Morse (J. L.). Hematuria as the earliest or only symptom of infantile scurvy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 déc.) — L'hématurie en tant que premier symptôme ou symptôme unique du scorbut infantile.

Muggia (A.) et **Bertolotti** (M.). Ozonoterapia e reperti ematologici nei bambini affetti da pertosse. (*Pediatria*, déc.) — La coqueluche; son traitement par l'ozone, son hématologie.

Nageotte-Wilbouchewitch (Mme). De l'allongement anormal des membres inférieurs. (*Arch. de méd. des enfants*, nov. et déc.)

Ostheimer (M.) et **Levi** (I. V.). Enuresis in childhood. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 déc.) — Incontinence d'urine des enfants.

Plessi (D. R.). La produzione sottolinguale nei bambini; contributo clinico-istologico. (*Pediatria*, déc.)

Santucci (A.). Cisti d'echinococco primitiva del polmone destro in una giovinetta di 14 anni. (*Gazz. degli Osped.*, 11 déc.)

Sorgente (P.). Cistite da bacillo coli in una bambina di 28 mesi. (*Pediatria*, déc.)

Taylor (J. M.). Diagnosis of disease in children. (*Med. News*, 17 déc.) — Le diagnostic des maladies de l'enfance.

Troïtzky (I.). L'hypertrophie du cœur chez les enfants (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXII, 24.)

Ullman (J.). Enuresis and its treatment. (*New York Med. Journ.*, 31 déc.)

Vulpius (O.). Die Behandlung der spinalen Kinderlähmung. (*Med. Klinik*, 10 déc.) — Le traitement de la paralysie spinale infantile.

HYGIÈNE

Conférence sanitaire internationale de Paris (10 octobre-3 décembre 1903). Procès-verbaux. In-4°, 805 p. [Publication du ministère des affaires étrangères de France.]

Cristiani (H.). Résumé des travaux du laboratoire d'hygiène expérimentale de l'Université de Genève (1903-1904). In-8°, 88 p. avec fig. Genève.

Martin (A. J.). Rapport du jury international de l'Exposition universelle internationale de 1900, à Paris. (Hygiène.) In-8°, 307 p. avec fig.

Minne (A.) et **Willem** (V.). La traite peut-elle fournir du lait antiseptique? (*Rev. gén. du lait*, IV, 6 et 7.)

Mougin (L.). Les épidémies dans la ville de Vitry-le-François et dans son arrondissement : études et recherches sur l'hygiène locale, avec la carte des eaux. In-8°, 126 p. Vitry-le-François.

Pungier. Les moules et la fièvre typhoïde. (*Arch. de méd. navale*, déc.)

Questions d'assistance et d'hygiène publiques traitées dans les conseils généraux [de France] en 1903. In-8°, 124 p.

Rapports et documents concernant l'Afrique occidentale française. Inspection des services sanitaires civils : variole et vaccine (année 1903). In-8°, 29 p. Mesnil.

Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'administration sanitaire (année 1902). T. XXXII. In-8°, 625 p. avec fig. et carte. Melun. Impr. administrative.

Roth (W.). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militärsanitätswesens (29. Jahrgang, 1903). In-8°, 178 p. Berlin.

Sanitäts-Bericht über die preussische Armee, das XII. und XIX. (1. und 2. sächsische) und das XIII. (württembergische) Armeekorps für den Berichtszeitraum vom 1. Oktober 1901 bis 30. September 1902. In-8°, 372 p. Berlin. — Rapport sanitaire sur les armées prussienne, saxonne et wurtembergeoise (du 1er octobre 1901 au 30 septembre 1902).

Seiler (F.) et **Stoutz** (W. de). Bacille de Löffler dans l'eau potable. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc.)

Teulon (E.). La réforme des conseils d'hygiène par la loi du 15 février 1902. In-8°, 143 p.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bourcart (M.). De l'action des vibrations manuelles sur les inflammations aiguës ou subaiguës du péritoine. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc.)

Frumerie (de). La pratique du massage. 2e éd. In-18, 171 p. avec fig.

Janowski (Th. G.). Ueber die Anwendung der Nebennierenpräparate bei Erkrankungen des Oesophagus. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, X, 5.) — Sur l'emploi des extraits surrénaux dans les affections de l'œsophage.

Montemagno (S.). Azione dell'antimonio sul sangue. (*Gazz. degli Osped.*, 4 déc.)

Ouspensky (M.). Les principes de l'organothérapie (en russe). (*Sovremen. klinika*, oct.)

Pagano (G.). Tentativi di cura della scrofolosi con le iniezioni ipodermiche di acqua di mare. (*Riv. critica di clinica medica*, 17 déc.)

Putzu (F.). 3 casi di tetano traumatico guariti col metodo Baccelli. (*Policlinico*, 17 déc.)

Rubino (A.). I progressi della terapia nel 1904. In-8°, 96 p. Naples.

Sassi (D.). Le iniezioni di fenolo liquido nel carbonchio. (*Gazz. degli Osped.*, 11 déc.)

Sollmann (T.). Drugs irritant to the kidneys, and hence to be avoided in impaired kidney function. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 nov.) — Les médicaments irritants pour le rein et contre-indiqués, par conséquent, dans les troubles rénaux.

Southworth (T. S.). The management of summer diarrhea. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 déc.) — Le traitement de la diarrhée estivale.

Souza (C. de). Idiosyncrasia mercurial. (*Rev. med. de S. Paulo*, 30 juin.)

Wood (H. C.). The use of methylene blue in malarial fevers. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, nov.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Albers-Schönberg. Ueber den Nachweis des Kindes in der Gebärmutter mittels Röntgenstrahlen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 déc.) — Sur le radio-diagnostic de la grossesse.

Ascoli (G.). Sulle ricerche di conducibilità elettrica applicate alla clinica. (*Clinica medica italiana*, nov.)

Birkett (H. S.). Report of a case of primary lupus vulgaris of the oropharynx and nasopharynx treated by X-rays. (*Med. Record*, 24 déc.)

Blöbaum (F.). Die Radikalbehandlung des Rhinophymas durch Galvanokaustik. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 déc.)

Bodin (E.) et **Castex** (E.). Traitement radiothérapique des teignes. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 4.)

Dock (G.). Röntgen rays in the treatment of leukemia. (*Amer. Medicine*, 24 déc.)

Exner (A.). Ueber die bisherigen Dauerresultate nach Radiumbehandlung von Carcinomen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 5-6.)

Finsen (N. R.). Om koppebehandling i rödt lys. (*Ugeskrift for Læger*, 8 déc.) — Sur le traitement de la variole par la lumière rouge.

Gidon (F.). Sur les effets de la d'arsonvalisation chez les hypertendus non soumis au régime. (*Année méd. de Caen*, déc.)

Haret. Quelques symptômes d'apparence toxémique présentés au cours du traitement radiothérapique par trois malades atteintes de cancer du sein non ulcéré. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 déc.)

Heineke (H.). Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf innere Organe. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 1-2.) — Recherches expérimentales relatives à l'action des rayons de Röntgen sur les viscères.

Kéraval (P.). L'application de la découverte des rayons N à l'interprétation de la transmission occulte de la pensée. (*Echo méd. du Nord*, 11 et 18 déc.)

Rudis-Jicinsky (J.). The Röntgen ray in the treatment of tuberculosis. (*Amer. Medicine*, 17 déc.)

Scott (J. N.). The results of treatment of carcinoma by the Röntgen ray. (*Amer. Medicine*, 12 nov.)

Selig (A.). Röntgenbehandlung einer Leukämia myelolienalis. (*Prag. med. Wochensch.*, 22 déc.)

Slavik (E.). O aktinotherapii. (*Casopis lékaru ceskych*, 19 et 26 nov., 3, 10, 17 et 24 déc.)

Swiatecki (J.). Rad i jego promienie. (*Gaz. lekarska*, 3, 10, 17, 24 et 31 déc.) — Le radium et ses radiations.

Tuffier et **Haret**. Traitement radiothérapique des cancers. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 nov.)

Werner (R.). Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Radiumstrahlen auf tierische Gewebe und die Rolle des Lecithins bei derselben. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 29 oct.) — Recherches expérimentales relatives à l'action des radiations du radium sur les tissus; influence de la lécithine sur cette action.

BACTÉRIOLOGIE

Astros (L. d'). Diphtéries à bacilles courts et diphtéries atténuées. (*Marseille méd.*, 15 déc.)

Buerger (L.). A new method for staining the capsules of bacteria; preliminary communication. (*Med. News*, 10 déc.) — Nouveau procédé pour la coloration des capsules microbiennes.

Engelhardt (G.). Statistique des examens pratiqués pour cas suspects de diphtérie, suivie de quelques considérations. (*Marseille méd.*, 15 déc.)

Goss (V.). De l'infection mixte par le bacille de la peste et par le pneumocoque de Fränkel. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, X, 5.)

Gradwohl (R. B. H.). Importance de l'examen bactériologique pratiqué sur les cadavres. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Guillemot (L.), **Hallé** (J.) et **Rist** (E.). Recherches bactériologiques et expérimentales sur les pleurésies putrides; 2e mémoire. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Rosenow (E. C.). Streptococci in air of hospital operating rooms and wards during an epidemic of tonsillitis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.) — Présence de streptocoques dans l'atmosphère des salles d'un hôpital au cours d'une épidémie d'amygdalite.

NOUVELLES

ANGLETERRE

Vendredi dernier on a fêté à Londres le centenaire du célèbre professeur de chant Manuel Garcia, l'inventeur du laryngoscope, qui habita longtemps Paris et eut une classe au Conservatoire. La plupart des Sociétés savantes anglaises et étrangères, et surtout presque toutes les Sociétés de laryngologie du monde entier, ont à cette occasion envoyé des félicitations à M. Garcia. La Société laryngologique de Londres a même tenu ce jour-là une séance spéciale en l'honneur de l'homme qui, bien que non médecin, a le plus contribué par son invention au diagnostic et au traitement des maladies du larynx.

PHILIPPINES

On sait qu'une théorie actuellement en vogue fait jouer à différents insectes un rôle important dans la transmission de la peste. Or, d'après une observation faite par M. le docteur M. Herzog, pathologiste du bureau des laboratoires du gouvernement, à Manille, il semble que les poux doivent également être rangés parmi les insectes incriminés. A l'autopsie, pratiquée cinq heures après la mort, d'une fillette de neuf ans qui avait succombé à une atteinte de peste bubonique, notre confrère a, en effet, trouvé dans les cheveux trois *Pediculi capitis* dont le corps renfermait des bacilles pesteux typiques, ainsi que le prouvèrent les cultures que l'on obtint après avoir plongé ces parasites dans des bouillons légèrement alcalins.

Cela étant, M. Herzog estime que, dans ce cas, l'infection s'est probablement transmise par la piqûre de poux qui avaient été en contact avec des individus pestiférés.

PORTO-RICO

L'ankylostomiase qui, dans les climats tempérés, ne se manifeste guère que sous forme de foyers épidémiques liés à certaines entreprises industrielles, constitue au contraire une affection endémique très répandue dans les régions tropicales et subtropicales. C'est ainsi que, dans l'île de Porto-Rico, la population est décimée par une anémie généralement attribuée à une nourriture insuffisante, au climat, à une hygiène défectueuse, mais que dès 1888 M. R. Blanchard crut pouvoir mettre sur le compte de l'infestation ankylostomiasique; ce n'est toutefois qu'en 1899 qu'un médecin militaire américain, M. le docteur Bailey K. Ashford, a démontré la réalité du fait par l'examen des fèces des malades.

A la suite de cette constatation, qui pouvait avoir pour l'île une si grande portée, puisque 90 % de ses habitants sont atteints de l'anémie en question, une campagne fut entreprise, qui aboutit en janvier 1904 à la nomination d'une commission comprenant, outre M. Ashford, M. le docteur W. W. King (inspecteur sanitaire des Etats-Unis) et M. le docteur P. Gutierrez Igaravidez, médecin de l'hôpital de Bayamón.

Malgré la modicité des ressources mises à sa disposition, la commission organisa à Bayamón un hôpital temporaire où 951 cas d'anémie furent traités du 6 mars au 30 avril 1904 : chez 947 de ces malades, on put déceler la présence d'ankylostomes. Au commencement du mois de mai, la commission se transporta à Utuado, dans le centre de l'une des parties de l'île considérées comme le plus gravement infestées. Elle y demeura jusqu'au 15 août. Pendant ce laps de temps, 4,543 « anémiques » sur 4,549 furent reconnus atteints d'ankylostomiase; 6 fois seulement il y avait lieu d'attribuer à la maladie une cause différente.

Au total, sur les 5,490 cas d'ankylostomiase observés par la commission, 2,621 ont abouti à la guérison complète; dans 1,727, on n'a obtenu qu'une amélioration plus ou moins sensible. 27 malades ont succombé au cours du traitement : 5 fois seulement l'affection mortelle était tout à fait étrangère à l'infestation parasitaire.

REVUE CRITIQUE

L'identité de la « quatrième maladie » avec la « rubéole scarlatineuse ».

L'affection qu'un clinicien anglais, M. Clement Dukes (de Rugby), a décrite, il y aura bientôt cinq ans, sous la dénomination provisoire de « quatrième maladie » (*fourth disease*) (1) est à l'heure actuelle encore si peu connue en France que l'on s'obstine à lui attribuer une origine... américaine. C'est ainsi que dernièrement M. Comby (2) écrivait : « Récemment, aux Etats-Unis, on a essayé de démembrer la rubéole, et sous le nom de *quatrième maladie* (fourth disease), le docteur Ch. [lisez *Cl.*] Dukes a décrit une fièvre éruptive nouvelle, qui se placerait à côté de la rubéole sans se confondre avec elle et qui se différencierait également de la scarlatine et de la rougeole. » D'autre part, dans une note consacrée par une revue de pédiatrie au « megalerythema epidemicum » (3), on trouve le passage vraiment surprenant que voici : « N'a-t-on pas décrit, en Amérique, sous le nom « fourth disease » une fièvre éruptive nouvelle, qui ne serait ni la rougeole, ni la scarlatine, ni la rubéole? Cette « quatrième maladie », également infectieuse, également épidémique, également observée souvent au cours d'épidémies de rubéole, n'est-elle pas le megalerythema sous un autre nom, l'une ayant été baptisée en Amérique, l'autre en Allemagne? »

Sans vouloir, pour le moment, aborder la discussion de cette prétendue identité de la quatrième maladie avec la « nouvelle variété d'érythème » décrite en Allemagne, discussion qui sera mieux à sa place lorsque nous aurons à envisager le diagnostic différentiel, nous nous bornerons à faire remarquer que la *fourth disease* — qui n'a, du reste, nullement reçu le baptême en Amérique — est loin de se confondre avec le « megalerythema epidemicum ».

Au surplus, la quatrième maladie est-elle réellement « une fièvre éruptive *nouvelle* », dont l'existence aurait échappé aux yeux des cliniciens, jusqu'au jour où elle fut signalée par M. Dukes?

A en juger d'après les deux passages que nous venons de citer et qui sont empruntés l'un à un traité des maladies de l'enfance, l'autre à une revue spéciale de pédiatrie, il semble que ce point ne puisse faire l'objet d'aucun doute. Mais pour peu que l'on ait soin d'approfondir l'étude du sujet, on ne tarde pas à se convaincre que cette opinion est fort loin d'être conforme à la réalité. Le fait est assez instructif pour mériter d'être signalé : il montre que, tout comme certains analystes qui font des « résumés » aussi hâtifs qu'erronés, les auteurs des volumineux traités destinés, en apparence, à refléter l'état actuel de nos connaissances sur telle ou telle branche des sciences médicales ne se donnent pas toujours la peine de consulter les documents originaux et commettent ainsi des inexactitudes d'autant plus fâcheuses que, sur la foi de ces auteurs, elles sont ensuite reproduites indéfiniment et finissent par prendre pied dans la littérature médicale.

I

Comme le meilleur moyen pour éviter toute erreur d'appréciation consiste à n'utiliser que des documents tenus de première main, remontons au mémoire original de M. Dukes. Dès les premiers mots, nous voyons le clinicien anglais reconnaître que quelques-uns des praticiens qui ont une grande expérience des fièvres éruptives chez les enfants n'ont pas manqué de soupçonner « la confusion de deux maladies différentes sous le nom de *rubéole* ». Lui-même se doutait de la chose depuis un certain nombre d'années; toutefois, ce n'est qu'au cours d'une épidémie survenue au mois d'avril 1900 qu'il acquit à cet égard une conviction ferme, et dans son travail il s'applique précisément à démontrer que sous le terme *rubéole* on a jusqu'à présent englobé deux maladies nettement distinctes, et non pas simplement deux variétés d'une seule et même espèce nosologique. Mais ce que M. Dukes ne dit pas, et ce qu'il aurait pu ajouter s'il avait eu soin de prendre connaissance des études sur les fièvres éruptives publiées ailleurs qu'en Angleterre, c'est qu'un pédiatre russe — dont les travaux sont, grâce à de nombreuses traductions, loin d'être inconnus au delà des frontières de la Russie — a fait mieux que « soupçonner » la confusion contre laquelle s'élève le clinicien anglais : dès 1885, Filatov avait été amené à se demander si, à côté de la rubéole banale, de la rubéole morbilleuse, il n'existe pas, en tant qu'entité morbide distincte et autonome, une *rubéole scarlatineuse*, et au troisième Congrès des médecins russes, tenu à Saint-Pétersbourg en janvier 1889, une des questions mises à l'ordre du jour était précisément de savoir si l'on devait admettre l'unicité ou la dualité de la rubéole (rubéole morbilleuse et rubéole scarlatineuse). Il y a plus : dans ses *Leçons sur les maladies infectieuses chez les enfants*, dont la première édition remonte à 1887, Filatov a consacré à la rubéole scarlatineuse un chapitre à part, ce qui témoigne que l'existence d'une quatrième fièvre éruptive a été parfaitement reconnue par le regretté professeur de Moscou longtemps avant que le mémoire de M. Dukes eût attiré sur ce point l'attention des praticiens.

Il suffit, d'ailleurs, de lire la description de la rubéole scarlatineuse, telle que la conçoit Filatov, et de comparer les observations publiées par lui et par d'autres médecins russes avec celles qui ont été relatées sous la dénomination de *fourth disease* pour s'apercevoir que celle-ci, en réalité, n'est autre chose que l'affection à laquelle Filatov conserva son ancienne étiquette de « rubéole scarlatineuse », encore qu'il la considérât comme à la fois absolument étrangère à la rubéole et nettement distincte de la scarlatine.

Mais, avant d'aborder l'examen des faits invoqués par le clinicien russe en faveur de l'autonomie de la rubéole scarlatineuse, il convient de préciser la signification de l'état morbide décrit par M. Dukes et de voir jusqu'à quel point les idées de celui-ci sont partagées par les auteurs qui se sont occupés de la quatrième maladie.

II

A côté de la rougeole, de la rubéole et de la scarlatine, il existe, d'après M. Dukes, une quatrième fièvre éruptive qui, envisagée jusqu'à présent comme une simple variété de la rubéole, ressemble, par plus d'un point, plutôt à la scarlatine, et qui pourtant doit être séparée de ces deux affections, et cela non seulement à cause d'un certain nombre de caractères différentiels lui assurant une physionomie propre, mais encore et surtout en raison des constatations épidémiologiques invoquées par le clinicien anglais et que nous allons rapidement passer en revue.

En 1892, M. Dukes fut consulté par le directeur d'une école publique au sujet de 16 enfants que l'on considérait comme atteints de scarlatine. Après un examen minutieux de ces petits malades, il conclut à l'existence de ce qu'il appelait à cette époque-là *variété scarlatineuse de la rubéole* (« scarlet fever variety » of rose-rash), mais ce qu'il désigne aujourd'hui sous le nom de *fourth disease*, et l'évolution ultérieure de l'affection ne fit que confirmer l'absence de toute infection scarlatineuse. A vrai dire, l'histoire de cette épidémie, sur laquelle M. Dukes ne donne aucun renseignement détaillé, est fort peu démonstrative : tout ce qu'il est permis d'en conclure, c'est que la maladie en question n'était pas la scarlatine, mais on ne voit pas pourquoi elle doit être envisagée comme une fièvre éruptive particulière plutôt que comme une simple variété de rubéole.

Voici, toutefois, une série de faits plus significatifs :

Dans une autre école, M. Dukes a eu l'occasion d'observer, en 1896, une épidémie de 31 cas d'une maladie que l'on avait d'abord prise pour une rubéole à type scarlatiniforme; or, fait remarquable, au cours de cette épidémie, 32.25 % des patients furent atteints à deux reprises, en apparence, de la même affection. La chose paraissait tout à fait incompréhensible, lorsqu'une étude minutieuse des dates du début de la maladie permit d'établir qu'on avait, en réalité, affaire à une double épidémie de scarlatine et de « variété scarlatineuse de la rubéole » : celle-ci, ayant une période d'incubation de quatorze ou quinze jours, s'était déclarée en premier lieu, tandis que celle-là commença à se manifester vingt jours après, les nouveaux cas se suivant à deux ou trois jours d'intervalle. De plus, on fut à même de constater qu'un certain nombre d'enfants furent atteints d'une seule des deux affections, alors que 9 d'entre eux contractèrent d'abord ce que M. Dukes devait ultérieurement appeler *fourth disease* et puis la scarlatine, et que chez 1 garçon celle-ci précéda l'éclosion de la quatrième maladie.

Depuis lors, M. Dukes a observé un autre cas de *fourth disease* chez un garçon de quatorze ans, qui avait eu la scarlatine six ans auparavant.

Il résulte de ces faits qu'une atteinte antérieure de scarlatine ne protège pas contre l'éclosion de la quatrième maladie, pas plus que celle-ci ne confère l'immunité à l'égard de l'infection scarlatineuse. On ne saurait, par conséquent, admettre — quelles que soient, du reste, les ressemblances symptomatologiques entre les deux affections — que la *fourth disease* ne fût qu'une forme atténuée ou abortive de la scarlatine.

Restait à savoir si la quatrième maladie présente aussi la même autonomie par rapport à la rubéole. Une troisième épidémie, observée au printemps de 1900 sur 19 écoliers de Rugby, mit M. Dukes à même d'élucider ce point : de ces 19 malades, 42.1 %, c'est-à-dire près de la moitié, avaient déjà eu la rubéole (et quelques-uns moins d'un an auparavant). Cela étant, la *fourth disease* ne peut évidemment être considérée comme une simple variété de la rubéole.

III

Mais si, au point de vue épidémiologique, la spécificité de la quatrième maladie apparaît assez nettement, il s'en faut que son autonomie clinique soit tout aussi frappante.

M. Dukes a cru, il est vrai, pouvoir dresser une longue liste de caractères distinctifs entre la rubéole, la *fourth disease* et la scarlatine. On ne saurait, cependant, méconnaître que le tableau clinique tracé par l'auteur anglais est quelque peu flou et que les traits saillants susceptibles de lui assurer une physionomie propre font à peu près complètement défaut.

Après une période d'incubation dont la durée varie généralement de neuf à vingt et un jours, la *fourth disease* se manifeste, le plus souvent, d'emblée par l'éruption. Dans la plupart des cas, en effet, il n'existe pas de prodromes, tels que céphalalgie, vomissements, toux, etc.; c'est à peine si l'on note un léger mal de gorge. Cependant, dans les formes graves, l'exanthème peut être précédé d'un malaise général assez prononcé, qui dure quelques heures et s'accompagne d'anorexie, de somnolence, de fris-

(1) C. Dukes. On the confusion of two different diseases under the name of rubella (rose-rash). (*Lancet*, 14 juillet 1900.)

(2) J. Comby. Article « Rubéole », *in* Traité des maladies de l'enfance de Grancher et Comby, 2e éd., t. I, p. 362. Paris, 1904.

(3) Nouvelle variété d'érythème. (*Arch. de méd. des enfants*, août 1904.)

sons, voire même d'une rachialgie plus ou moins violente. L'éruption, qui s'étend très rapidement et envahit en quelques heures toute la surface du corps, se présente sous l'aspect d'un pointillé rose pâle, à peine surélevé. Elle se propage aussi à la face, en respectant toutefois le pourtour de la bouche et le dos du nez. La muqueuse de la gorge est tuméfiée et injectée. La conjonctive est également injectée. La langue est parfois chargée, mais elle ne présente pas la « teinte de fraise » (*strawberry tongue*), caractéristique de la scarlatine. Les ganglions lymphatiques, notamment ceux de la nuque, de l'aisselle et de la région inguinale, sont hypertrophiés, durs et douloureux, sans que pourtant ces adénopathies soient aussi accentuées que dans la rubéole. L'état général est relativement peu influencé : le pouls est à peu près normal, et la température, qui peut également rester normale, dépasse rarement 39°, alors même que l'éruption est très étendue. La desquamation, qui fait rarement défaut et commence au bout de quelques jours, est très variable, furfuracée ou lamelleuse, et n'offre, du reste, aucun rapport avec l'intensité de l'exanthème. Elle dure généralement de huit à quinze jours.

La maladie se termine habituellement par la guérison et ne laisse après elle aucune suite fâcheuse. Levé dès le quatrième ou le cinquième jour, le petit patient ne doit guère être soumis à l'isolement que pendant deux ou trois semaines.

IV

Comme on le voit, le tableau clinique de la *fourth disease* est loin d'être assez frappant pour entraîner toutes les convictions, et si, peu de temps après la publication du mémoire de M. Dukes, Sir William Broadbent a pu déclarer qu'il « accepte sans hésitation la scission de la rubéole en deux maladies distinctes » (1), si MM. Johnstone (2), Romer (3), Kidd (4), Weaver (5), Ashby (6), etc. acceptent également l'autonomie de la *fourth disease*, d'autres auteurs anglais et américains ont, au contraire, protesté contre cette manière de voir, en contestant l'existence d'une quatrième fièvre éruptive ou, tout au moins, en faisant à cet égard de grandes réserves. C'est ainsi que pour M. C. K. Millard (7), tout comme pour M. Washbourn (8), la première épidémie observée par M. Dukes était tout simplement une rubéole, la seconde une épidémie mixte, où la nature d'une seule maladie apparaît nettement (scarlatine), sans que l'on puisse se prononcer sur le caractère de l'autre affection, et, enfin, quant à la troisième épidémie, ces auteurs l'envisagent comme une forme atténuée de la scarlatine. D'autre part, M. Rutter (9) serait porté à croire que la *fourth disease* n'est autre chose que l'érythème scarlatiniforme desquamatif. M. Caiger (10) et M. Poynton (11) la considèrent comme

(1) W. H. Broadbent. « The fourth disease ». (*Lancet*, 28 juillet 1900, p. 289.)

(2) Th. Johnstone. (*Lancet*, 28 juillet 1900, p. 290.)

(3) R. L. Romer. « The alleged existence of a *fourth disease* ». (*Lancet*, 17 nov. 1900, p. 1459.)

(4) W. Kidd. (*Lancet*, 17 nov. 1900, p. 1459.)

(5) J. J. Weaver. On « fourth disease ». (*Dublin Journ. of the Med. Scienc.*, juin 1901.) — « Fourth disease ». (*Journ. of State Medicine*, nov. 1901.) — The « fourth disease ». (*Brit. Med. Journ.*, 8 fév. 1902, p. 364.)

(6) H. Ashby. (*Brit. Med. Journ.*, 7 sept. 1901, p. 594.)

(7) C. K. Millard. The alleged existence of a « fourth disease ». (*Lancet*, 3 nov. 1900, p. 1304, et 1er déc. 1900, p. 1611.) — The « fourth disease ». (*Brit. Med. Journ.*, 21 déc. 1901, p. 1841.)

(8) J. W. Washbourn. The « fourth disease ». (*Brit. Med. Journ.*, 21 déc. 1901, p. 1840.)

(9) A. Rutter. (*Lancet*, 28 juillet 1900, p. 289.)

(10) F. F. Caiger. Discussion on the early diagnosis of the acute specific fevers. (*Brit. Med. Journ.*, 7 sept. 1901.)

(11) F. J. Poynton. (*Brit. Med. Journ.*, 7 sept. 1901, p. 594.)

une forme de scarlatine, tandis que pour M. Williams (1) et pour M. Griffith (2) elle ne serait que la variété scarlatiniforme de la rubéole, variété qui ne saurait prétendre au titre d'entité morbide indépendante. Enfin, quelques auteurs, tels que M. Ker (3) et M. Marsden (4), tout en étant enclins à admettre l'existence d'une quatrième fièvre éruptive, estiment pourtant que les arguments invoqués par M. Dukes en faveur de sa conception ne sont pas assez probants et qu'il convient d'attendre que cette conception soit confirmée par de nouveaux faits plus nombreux et plus soigneusement étudiés. Telle est également la conclusion à laquelle arrive M. Poynton dans une leçon clinique publiée tout récemment (5).

Il faut avouer qu'il est, pour le moment, assez difficile de s'orienter au milieu de certaines constatations contradictoires que l'on relève au sujet de la quatrième maladie. C'est ainsi que M. Dukes (6) prétend que des sujets atteints de *fourth disease* furent admis dans les services de scarlatineux, où ils contractèrent la scarlatine et communiquèrent, à leur tour, la quatrième maladie aux scarlatineux; or, M. Caiger (7) et M. Washbourn (8), en se basant l'un sur l'expérience du South Western Hospital, l'autre sur celle du London Fever Hospital, déclarent n'avoir jamais rien observé de semblable.

V

Quoi qu'il en soit, il convient de ne pas oublier que, sous ses apparences révolutionnaires, l'idée de M. Dukes se rattache, en réalité, à une conception ancienne.

Dès les premières lignes du chapitre *Rubeola scarlatinosa*, Filatov (9), en effet, a soin de faire l'intéressante déclaration que voici : « On n'a pas encore élucidé la question de savoir si la rubéole scarlatineuse représente une maladie autonome ou bien une forme atténuée de la scarlatine. Dans les traités modernes on n'en parle plus. Les auteurs anciens ne décrivent pas toujours la même chose sous le nom de rubéole scarlatineuse... Quelques-uns d'entre eux reconnaissaient deux formes de rubéole *en tant que maladies indépendantes*, l'une dont l'éruption ressemble à la rougeole et qu'ils appelaient *rubeola morbillosa*, l'autre rappelant la scarlatine : *rubeola scarlatinosa* ».

Et, de fait, nous trouvons cette opinion nettement exprimée dans le manuel de Lebert (10) et encore admise, dans une certaine mesure, par Thomas (11).

En France, malgré la description de Stoeber (12) qui l'étudiait vers 1840 et, à l'exemple de

(1) P. W. Williams. On rubella, scarlatina, and « fourth disease ». (*Brit. Med. Journ.*, 21 déc. 1901.)

(2) J. P. C. Griffith. Rubella and the « fourth disease ». (*Philadelphia Med. Journ.*, 12 avril 1902.)

(3) C. B. Ker. Scarlet fever, measles and German measles — is there a fourth disease? (*Practitioner*, fév. 1902.)

(4) R. W. Marsden. « Fourth disease ». (*Lancet*, 16 août 1902.)

(5) F. J. Poynton. A clinical lecture on some points in the differential diagnosis of scarlet fever, German measles and measles. (*Brit. Med. Journ.*, 4 fév. 1905.)

(6) C. Dukes. The « fourth disease ». (*Brit. Med. Journ.*, 2 nov. 1901, p. 1379.)

(7) F. F. Caiger. The « fourth disease ». (*Brit. Med. Journ.*, 16 nov. 1901, p. 1504.)

(8) J. W. Washbourn. (*Loc. cit.*)

(9) N. Filatov. Vorlesungen über acute Infections-Krankheiten im Kindesalter. (Trad. du russe.) Vienne, 1897.

(10) H. Lebert. Handbuch der praktischen Medicin. T. I, p. 42. Tubingue, 1859.

(11) Thomas. Article « Roetheln (Rubeolae) », *in* Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. T. II, 2e partie, p. 126. Leipzig, 1874.

(12) V. Stoeber. La clinique des maladies des enfants de la Faculté de Strasbourg, pendant les trois années scolaires 1837-1840. Strasbourg, 1841.

Heim (1), en faisait une variété de scarlatine à laquelle il donnait même le nom de *scarlatine rubéoleuse*, la rubéole était restée à peu près complètement inconnue; c'est ainsi que près de quinze ans après la publication de Stoeber, Rilliet et Barthez (2) lui consacraient à peine quelques lignes, en se bornant à déclarer qu' « on trouvera la description de cette maladie dans la plupart des traités publiés en Allemagne sur les maladies des enfants ».

Or, il est à se demander si Heim et Stoeber, faisant de la rubéole une variété de scarlatine, n'avaient pas eu affaire à la *rubeola scarlatinosa*, telle que Filatov l'a décrite plus tard. C'est qu'en effet, cette affection n'a de rubéole que le nom : par ses symptômes, elle ressemble, à s'y méprendre, à la scarlatine.

N'en est-il pas de même de la *fourth disease*? Après avoir, dans son premier mémoire, insisté sur la nécessité de dissocier les deux maladies que l'on confond sous le nom de rubéole, M. Dukes n'a-t-il pas éprouvé ensuite le besoin de séparer la quatrième maladie, non pas d'avec la rubéole, mais d'avec la scarlatine? Quelques auteurs ont voulu y voir une inconséquence, alors qu'en réalité rien n'est plus logique, si l'on veut bien se souvenir combien le tableau clinique de la *fourth disease* rappelle celui de la scarlatine, tout en différant notablement de la symptomatologie de la rubéole. Aussi, dans son ouvrage, Filatov place-t-il le chapitre consacré à la rubéole scarlatineuse, non pas à la suite de la description de la rubéole, mais immédiatement après la scarlatine.

Pour le pédiatre russe, la rubéole scarlatineuse est une « affection autonome, aiguë, infectieuse et contagieuse, qui se caractérise par une éruption scarlatiniforme, mais qui diffère de la scarlatine par son évolution toujours bénigne et surtout par les *particularités du contage*. Elle est par rapport à la scarlatine tout à fait ce que la rubéole ordinaire est à la rougeole ». Or, dans une note publiée par M. Dukes en 1901, nous retrouvons la même comparaison exprimée presque dans les mêmes termes : « Il y a une distinction nettement marquée entre la scarlatine et la quatrième maladie, tout comme il y en a une entre la rougeole et la rubéole » (3)!

Après avoir esquissé la symptomatologie de la rubéole scarlatineuse, Filatov ajoutait : « Reste à savoir si cette affection existe réellement ou si elle est seulement le fruit de mon imagination ». Nombre de publications, y compris celle de M. Dukes et les travaux qu'elle suscita, ne tardèrent pas à démontrer que le clinicien de Moscou avait vu juste. M. Semtchenko (4), qui, dès 1889, avait eu l'occasion d'observer 16 cas de rubéole scarlatineuse, en relata, plus tard, 43 autres observations, d'autant plus intéressantes que, sur les 43 enfants en question, 28 avaient eu auparavant la rougeole et la scarlatine et que, sur les 15 autres, 11 subirent ultérieurement une atteinte de scarlatine. M. Stern (5) a également relaté un cas de rubéole scarlatineuse survenue chez une fillette de huit ans, ayant déjà eu la rougeole et la scarlatine. En se basant sur ces faits, ainsi que sur deux observations personnelles, un autre médecin russe, M. Libov (6), arrive

(1) Heim. Bemerkungen über die Verschiedenheit des Scharlachs, der Rötheln und der Masern, vorzüglich in diagnostischer Hinsicht. (*Neues Journ. der pract. Arzneykunde u. Wundarzneykunst*, XXVII, 1812, p. 60.)

(2) F. Rilliet et E. Barthez. Traité clinique et pratique des maladies des enfants, 2e éd. T. III, p. 158. Paris, 1854.

(3) C. Dukes. The fourth disease. (*Brit. Med. Journ.*, 30 nov. 1901, p. 1612.)

(4) D. Semtchenko. De la rubéole scarlatineuse (en russe). (*Ejéniédiélnik journ. « Prakt. Méd. »*, 5 août 1900.)

(5) M. Stern. De la rubéole scarlatineuse (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 20 oct. 1901.)

(6) B. Libov. Contribution à l'étude de la rubéole scarlatineuse en tant qu'entité morbide distincte (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 19 janv. 1902.)

à cette conclusion que « l'on ne saurait désigner exactement un état morbide sous le seul terme de rubéole et qu'on doit nécessairement préciser toujours de quelle rubéole est atteint l'enfant — de rubéole morbilleuse ou de rubéole scarlatineuse —, attendu que ce sont là deux maladies tout à fait distinctes, ayant chacune ses particularités et se différenciant par leur évolution et par le caractère de l'exanthème ».

D'autre part, il est certain que la *fourth disease* a dû, jusqu'à présent, souvent rester méconnue, si l'on en juge par le nombre des publications dont elle a fait l'objet (le plus fréquemment avec diagnostic rétrospectif) depuis que l'on a attiré sur elle l'attention. C'est ainsi qu'en dehors des faits signalés par M. Klein (1) et M. Ruhemann (2), il y a lieu de retenir un cas relaté par M. Márer (3) et une épidémie observée, l'été dernier, par M. Guimarães (4) à Petropolis, où le diagnostic (rétrospectif) était d'autant plus facile à établir que la scarlatine y est tout à fait exceptionnelle. D'autre part, l'épidémie en question — qui avait porté sur les adultes à peu près dans la même proportion que sur les enfants — ne pouvait, non plus, être confondue avec la rubéole, celle-ci étant extrêmement rare chez les adultes.

VI

Tout comme le fait observer M. Dukes pour la *fourth disease*, Filatov avait particulièrement insisté sur la ressemblance de la rubéole scarlatineuse avec la scarlatine. Voici, en effet, la description de la *rubeola scarlatinosa*, telle qu'on la trouve dans l'ouvrage susmentionné : « Ses symptômes sont identiques avec ceux des formes très atténuées de la scarlatine. C'est la même éruption légèrement prurigineuse, rose pâle, s'étendant à tout le corps, mais non uniformément, en pointillé fin ou marbrée. Egalement, elle intéresse surtout le tronc et les joues, le nez, les lèvres et le menton restant cependant indemnes, à l'encontre de ce que l'on voit dans la rougeole et dans la rubéole morbilleuse, où ces parties centrales de la face sont toujours couvertes par l'exanthème. C'est la même élévation légère de la température (38° à 38°5) avec rougeur insignifiante du pharynx. Dans les cas très légers, l'angine et la fièvre font défaut et l'éruption ne persiste que quelques heures, mais habituellement elle dure deux ou trois jours. Dans les cas peu nombreux où je me suis cru autorisé à porter le diagnostic de rubéole scarlatineuse, il n'y eut aucune desquamation, quoiqu'on ne puisse guère contester la possibilité de son existence » (5).

On voit que le tableau clinique de la *fourth disease* paraît en quelque sorte calqué sur cette description, qui fait nettement ressortir toutes les difficultés du diagnostic différentiel d'avec les formes atténuées de la scarlatine. C'est là, en somme, le problème principal qui se présente en pratique, car, quelque polymorphe que soit l'exanthème de la rubéole vraie, de la rubéole morbilleuse, la *fourth disease* se laissera facilement différencier par l'absence de coryza et de catarrhe des voies respiratoires, par l'importance moindre des adénopathies ganglionnaires, etc. Quant à l'*érythème infectieux aigu* (megalerythema epidemicum), il se distingue nettement de la quatrième maladie par le caractère maculo-papulaire de l'éruption et, comme le fait judicieusement remarquer M. von Bókay (1), il n'existe aucun rapport entre les deux affections. Dans un travail tout récent, M. Shaw (2) n'est pas moins catégorique à cet égard.

(1) Klein. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 nov. 1904, p. 1776.)

(2) J. Ruhemann. Ueber die Filatow-Dukes'sche Krankheit. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 janv. 1905, p. 105.)

(3) J. Márer. Ein Fall von sogenannter Dukes'scher Krankheit (« fourth disease »). (*Pest. med.-chir. Presse*, 24 juillet 1904.)

(4) M. Guimaraes. A « fourth disease » em Petropolis. (*Brazil-medico*, 1er janv. 1905, p. 9.)

(5) N. Filatov. (*Loc. cit.*, p. 384.)

Reste la scarlatine. Etant donnés les caractères symptomatologiques peu tranchés de la *fourth disease*, on comprend que le diagnostic différentiel devra surtout se baser — et Filatov a parfaitement mis ce point en lumière — sur les particularités de l'épidémie et sur les commémoratifs. Les malades ont-ils déjà subi une atteinte de scarlatine? Telle est la première question à résoudre. Sans doute, il convient de ne point oublier que la scarlatine peut récidiver, de sorte qu'un cas isolé n'aura par lui-même qu'une valeur très restreinte, mais si, au cours d'une épidémie douteuse, on voit la maladie frapper les enfants qui ont déjà eu la scarlatine, tout comme ceux qui en sont encore indemnes, c'est que l'on a évidemment affaire à la quatrième maladie. Quant aux symptômes isolés, Filatov estimait que, pendant les deux premiers jours, on peut se baser sur l'existence d'une angine accentuée et d'une température élevée (39°) pour rejeter l'hypothèse de rubéole scarlatineuse et conclure à la scarlatine; on a aussi voulu attacher une valeur diagnostique à la présence ou à l'absence de l'aspect framboisé propre à la *langue scarlatineuse*, mais cette particularité a été récemment notée par M. Klein chez des sujets atteints de *fourth disease*.

En résumé, c'est plutôt *post factum*, et surtout d'après l'évolution bénigne de la maladie et l'absence de complications, que l'on pourra établir un diagnostic certain. C'était là la conclusion de M. Libov, et c'est encore celle à laquelle s'arrêtent plus récemment M. Klein et M. Ruhemann, sans avoir, cependant, eu connaissance du mémoire de l'auteur russe.

VII

Une longue et patiente étude de tous les documents publiés sur la quatrième maladie, poursuivie de front avec l'analyse de nombreux travaux antérieurs à la publication du mémoire de M. Dukes, nous a permis de dégager aussi nettement que possible la signification exacte de la *fourth disease* et d'établir son identité avec la rubéole scarlatineuse considérée en tant qu'affection autonome. Cela étant, le moment nous semble venu de se demander si cette étiquette de *quatrième maladie* — étiquette quelque peu bizarre et que le clinicien anglais n'avait, d'ailleurs, proposée qu'à titre purement provisoire — ne doit pas faire place à une dénomination qui serait plus en rapport avec la terminologie médicale habituelle. On pourrait, à la rigueur, continuer à désigner l'affection dont il s'agit sous le nom de rubéole scarlatineuse, à la condition de s'entendre sur la signification exacte de ce terme défectueux et de se rappeler que, en réalité, cette « rubéole » n'en est pas une. Mais, puisqu'il s'agit d'une fièvre éruptive autonome et complètement étrangère à la rubéole, il serait évidemment préférable de renoncer à l'appeler *rubéole scarlatineuse*. Reste à lui trouver un autre nom : étant par rapport à la scarlatine ce que la rubéole est à la rougeole, elle devrait, par analogie, être désignée sous le nom de *scarlatinéole;* mais il ne faudrait pas que ce terme contribuât à créer une confusion fâcheuse, en faisant considérer la quatrième maladie comme une forme atténuée de la scarlatine. N'en fut-il pas à peu près ainsi pour la rubéole et la rougeole? Rilliet et Barthez ne prétendaient-ils pas que celle-là est à celle-ci ce que la varioloïde est à la variole? Aussi, pour éviter tout malentendu et pour spécifier nettement que la maladie en question, tout en se caractérisant par une éruption scarlatiniforme, n'en diffère pas moins de la scarlatine par son évolution et par les particularités du contage, il conviendrait, à notre avis, de la désigner sous le terme de *pseudo-scarlatine épidémique :* cette dénomination présenterait l'avantage de rappeler les ressemblances symptomatologiques entre les deux affections, tout en indiquant l'autonomie de la maladie dont il s'agit, qui reste distincte de la scarlatine. D'autre part, l'épithète *épidémique* permettrait de différencier cette pseudo-scarlatine — maladie spécifique — d'avec les *érythèmes scarlatiniformes* et les *scarlatinoïdes* d'origine diverse.

Dr L. Cheinisse (de Paris).

(1) J. von Bókay. Ueber die Dukes'sche « vierte Krankheit » (« fourth disease »). (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 oct. 1904.) — Antérieurement à ce travail, le même auteur avait publié une étude sur la *fourth disease* dans le *Budapesti Orvosi Ujsag* du 28 janvier 1904.

(2) H. L. K. Shaw. Erythema infectiosum. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv. 1905.)

BULLETIN

Les effets des balles dites « humanitaires ».

Amateurs du paradoxe, certains publicistes se sont plu à développer longuement cette thèse que les progrès modernes de l'art de la guerre devaient fatalement aboutir à rendre celle-ci impossible, les engins meurtriers d'aujourd'hui étant doués d'une force destructrice telle que le combat, à peine commencé, ne manquerait pas, tout comme celui du *Cid*, de « cesser faute de combattants ». La guerre anglo-boer a donné par sa longue durée un démenti éclatant à cette conception quelque peu simpliste, mais là on pouvait, à la rigueur, invoquer des difficultés exceptionnelles inhérentes aux conditions du terrain sur lequel les belligérants étaient appelés à évoluer. Or, voilà que la guerre russo-japonaise, commencée depuis plus d'un an, se charge de montrer à nouveau l'inanité de raisonnements qui tiennent de l'utopie beaucoup plus que de l'observation exacte des faits.

Sans doute, le combat naval de Chemulpo, où des hommes furent complètement broyés et où un marin russe reçut, par l'explosion d'un obus, cent soixante blessures, montra quels terribles ravages peuvent exercer les canons de 15 centimètres, tant en raison du gros calibre et de la grande force de pénétration des projectiles qu'à cause de la quantité énorme de gaz et de flammes que produit l'explosion de ces projectiles; il est également incontestable que l'on ne compte plus le nombre des cas où des blessures dues à des éclats d'obus ne pesant qu'un gramme ont suffi pour mettre un soldat hors de combat, voire même pour le tuer sur le coup. Mais, malgré la précision et la rapidité de plus en plus grandes du tir de l'artillerie, les blessures causées par les éclats d'obus et par les shrapnells ne représentent toujours qu'une très faible proportion des blessures en général. C'est ainsi que, d'après les renseignements statistiques concernant l'armée japonaise du général Oku pour la période du 24 avril au 17 novembre dernier, les blessures par projectiles d'artillerie ne constituent que 8 % du nombre total (21.180) des blessés, tandis que les blessures par balles de fusil représentent 85 %, les blessures par armes blanches formant seulement 7 %. D'autre part, M. Ilyin, qui a fait partie d'un détachement sanitaire stationnant à proximité de Liao-Yang, a eu l'occasion d'observer 1,170 blessés, et les chiffres qu'il donne indiquent, pour les troupes russes, à peu près la même répartition des diverses blessures, à savoir 86 % par balles de fusil, 13 % par shrapnells, 0.5 % par éclats d'obus et autant par armes blanches. Aussi, M. le docteur Zöge von Manteuffel, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Youriev, a-t-il pu, dans une lettre datée de Liao-Yang, écrire que les effets des obus brisants (chargés le plus souvent de lyddite) sont surtout « moraux », et la même appréciation se retrouve

dans un article qu'un médecin militaire anglais, M. le docteur Jounge, a consacré, l'année dernière, aux blessures par armes à feu observées dans l'Afrique australe.

Les lésions occasionnées par les projectiles de fusil tiennent donc, en définitive, la plus grande place parmi les blessures de guerre. Or, on connaît, de par les relations chirurgicales de la guerre anglo-boer, la bénignité remarquable des plaies par balles de fusil. Sans doute, il convient, dans l'appréciation de l'évolution de ces plaies, de faire la part des progrès réalisés dans la thérapeutique chirurgicale, la part de cet esprit d'asepsie qui, comme le montrait récemment M. Lejars (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 219), se substitue de plus en plus aux abus de l'antisepsie. On ne saurait, pourtant, méconnaître que la cause essentielle de la bénignité des blessures de guerre, à l'heure actuelle, réside dans l'exiguïté du calibre des fusils et dans les propriétés spéciales à la balle cuirassée, qui détermine une plaie petite, régulière, à canal étroit, et n'entraîne généralement pas de fragments de vêtement à l'intérieur des tissus.

A cet égard, l'expérience de la guerre russo-japonaise paraît devoir être d'autant plus instructive que, d'une part, elle nous montre aux prises — on peut dire pour la première fois — de grandes masses armées de fusils de petit calibre, et que, d'autre part, la balle japonaise (fusil du type 1897, rappelant le fusil Mauser, adopté dans l'armée allemande) réalise en quelque sorte la perfection du genre : elle ne mesure que 6 millim. 5 de diamètre, son poids est de 10 gr. 50 centigr., et sa vitesse initiale, supérieure à celle des projectiles des fusils de tout autre système, atteint 725 mètres à la seconde. Pour mieux apprécier la valeur de ces chiffres, il importe de remarquer que la balle russe a un calibre de 7 millim. 6, son poids étant de 13 gr. 70 centigr. et sa vitesse initiale de 620 mètres à la seconde.

Outre l'exiguïté extrême du calibre et la très grande vitesse de la balle japonaise, il est encore une autre particularité propre à ce projectile et qui joue un très grand rôle au point de vue de la bénignité des blessures : la chemise en maillechort, qui recouvre le plomb, est très résistante, surtout au niveau de la pointe du projectile, de sorte que, même après un ricochet provoqué par la rencontre d'un objet métallique ou d'une pierre, elle reste, le plus souvent, intacte. Ce n'est qu'en venant frapper directement contre un obstacle de ce genre que la balle éclate en petits fragments : si le contact est seulement tangentiel, elle peut se recourber presque en demi-circonférence sans perdre pour cela son enveloppe.

Etant données ces propriétés spéciales au projectile en question, on peut supposer *a priori* que, plus que tout autre, celui-ci mérite le titre quelque peu paradoxal de *balle humanitaire*, et la plupart des documents publiés par les chirurgiens russes témoignent bien dans ce sens.

On sait que, au point de vue des effets des balles de petit calibre, il y a lieu de distinguer plusieurs zones : à une distance de 400 à 600 mètres, le projectile détermine des effets explosifs sur les organes cavitaires; dans la zone comprise entre 600 et 800 mètres, on n'observe plus d'effets de ce genre que sur la boîte crânienne; au delà de ces distances et jusqu'à 1,500 ou 1,600 mètres, c'est la blessure bénigne, « humanitaire », sans déformation; plus loin, enfin, on a affaire à des plaies non perforantes. Or, à en juger d'après les observations recueillies par M. Zöge von Manteuffel, cette règle ne s'appliquerait nullement à la balle japonaise : parmi les nombreux blessés de l'armée russe du sud que ce chirurgien a eu l'occasion d'examiner après la bataille de Liao-Yang, il n'a pas eu à enregistrer un seul cas d'effet explosif, bien qu'il y eût des plaies des membres (avec lésions des os) par coups de feu tirés à une distance de 70 pas; c'est seulement à 30 pas que l'orifice de sortie du projectile était quelque peu plus large que l'orifice d'entrée, ce qui semblait témoigner d'une déformation subie par la balle. Il se peut, toutefois, qu'il en soit autrement pour les blessures du crâne, sur lesquelles M. Zöge von Manteuffel croit devoir faire des réserves, n'ayant eu à observer, pour cette partie du corps, que des coups tirés à 800 ou 1,000 mètres.

Grâce à la vitesse extraordinaire et au grand pouvoir de pénétration de la balle japonaise, aucun tissu du corps humain ne saurait modifier la direction du trajet de cette balle. Il y a mieux : M. le docteur N. K. Kholine (de Moscou) a eu l'occasion de constater que la rencontre d'un livre mesurant près de 9 centimètres d'épaisseur et relié en bois est également restée sans influence sur la direction du projectile. Cela étant, on comprend que les blessures produites par les balles en question se distinguent avant tout par leur trajet rectiligne : la ligne que suit le projectile peut être tangente par rapport à tel ou tel organe et le laisser, néanmoins, en dehors de son action. C'est ainsi que M. Kholine a été à même de constater, dans une autopsie, qu'une balle qui avait perforé la rate et le foie n'avait fait que glisser sur la paroi de l'estomac, sans occasionner à ce viscère le moindre préjudice.

En raison du petit calibre du fusil japonais, les orifices d'entrée et de sortie du projectile — qui, par suite de la contractilité des téguments, sont de beaucoup plus petits que le diamètre de celui-ci — restent peu apparents; comme, d'autre part, la vitesse empêche la balle de dépenser une partie de son énergie dans les tissus environnants et que, partant, il ne s'y produit guère d'ecchymoses, on comprend qu'il soit souvent difficile de trouver les orifices d'entrée et de sortie sans le secours du blessé lui-même.

Fait curieux, les blessures présentent fréquemment l'apparence de plaies par instruments tranchants, et, en examinant les vêtements de drap au niveau du coup, M. Kholine n'a jamais pu y déceler la moindre perte de substance : le drap était comme traversé par une pointe de couteau; aucun fragment n'était donc transporté dans l'intérieur de la plaie, et c'est ce qui explique, peut-être, l'absence de suppuration dans la plupart des cas : sur 150 blessés que M. le docteur Zeldovitch a eu l'occasion d'observer à l'hôpital de Tié-Ling, il n'a noté qu'une fois la suppuration du trajet, et encore celle-ci était-elle non pas d'origine exogène, mais due simplement à la communication de la plaie avec la cavité buccale. C'est assez dire combien on est fondé à considérer aujourd'hui les blessures de guerre comme aseptiques et à les traiter par l'occlusion pure et simple. M. Kholine, qui, au cours de la campagne actuelle, a vu 230 blessés, a pu se rendre compte jusqu'à quel point l'exploration intempestive de la plaie, pratiquée dans certains avant-postes russes, entravait la cicatrisation, en amenant des suppurations prolongées, qui parfois nécessitaient ultérieurement des interventions spéciales.

Les lésions occasionnées par les balles japonaises sont souvent tellement insignifiantes que, d'après M. Zöge von Manteuffel, des officiers ayant reçu des coups de feu à travers une jambe, la poitrine, le cou, etc., ont pu continuer leur commandement, comme si de rien n'était. M. Zeldovitch a vu des soldats avec des blessures perforantes du thorax, qui faisaient 20 ou 30 kilomètres à pied, presque aussitôt après le coup, et M. Kholine relate le cas d'un homme qui, après avoir reçu dans le deuxième espace intercostal droit une balle ayant perforé le thorax d'avant en arrière, ne tarda pas à reprendre son service.

Il n'est pas jusqu'aux lésions osseuses et articulaires qui ne comportent un pronostic relativement bénin. Les blessures de la boîte crânienne, et notamment les blessures superficielles, atteignant le cerveau selon la tangente, font cependant exception à cette règle générale et s'accompagnent de destruction étendue du tissu osseux.

Les lésions du thorax donnent des résultats particulièrement favorables, ce qui semble dû surtout à l'élasticité du tissu pulmonaire. Sur 39 cas de blessures de cette catégorie, M. Kholine n'en a vu que 1 où la balle fût restée dans la plaie. Chez 21 blessés, on nota une hémoptysie dont la durée varia habituellement d'un à six jours; l'emphysème sous-cutané n'a été observé que 3 fois. L'hémothorax se résorbait assez rapidement et ne donnait lieu qu'à une hyperthermie peu accentuée. M. Zöge von Manteuffel a vu 5 cas de blessure du cœur, sans avoir eu à intervenir.

Pour ce qui est des lésions abdominales, leur évolution bénigne (1 décès sur 27 cas dans la statistique de M. Kholine) ferait supposer que, grâce à la vitesse et à l'exiguïté de la balle, le contenu intestinal ne se déverse pas dans la cavité péritonéale, les points de perforation se laissant probablement obturer par des bouchons fibrineux. D'après M. Zöge von Manteuffel, ces lésions se compliqueraient de péritonite alors seulement que les malades sont évacués trop tôt et sur des voitures fort peu appropriées au transport des blessés, et c'est précisément le cas de celles qui sont couramment utilisées à cet effet dans l'armée russe. Ajoutons que cette opinion est partagée par deux autres chirurgiens russes, MM. les docteurs A. I. Sonenblick et S. A. Logachkine.

Telles sont, dans leurs grandes lignes, les constatations qui ont été faites au cours de la guerre actuelle. Mais il importe de ne pas perdre de vue que la plupart de ces observations ont été recueillies sur des blessés qui ont pu arriver jusqu'aux hôpitaux et infirmeries de l'arrière-garde. Il en est, à coup sûr, autrement pour ceux qui restent sur le champ de bataille. Les événements tragiques qui se sont déroulés le 22 janvier dernier dans les rues de Saint-Pétersbourg ont, d'ailleurs, montré quels effets meurtriers peut produire la balle de petit calibre, *dans certaines circonstances* : les officiers avaient reçu l'ordre de tirer sur le moindre attroupement, mais, comme la grande force de pénétration des projectiles modernes avait fait craindre de blesser des passants à très grande distance de la foule des manifestants, on ordonna aux troupes de viser le sol, à quelques pas des individus sur lesquels on devait tirer et que la balle venait ainsi frapper par ricochet; dans ces conditions, la chaleur développée par le choc faisant éclater la cuirasse du projectile, on a observé chez les blessés des plaies horribles, rappelant de tout point celles qui sont produites par des éclats d'obus.

Comme on le voit par cet exemple, la balle dite « humanitaire » peut, à l'occasion, être loin de mériter ce qualificatif. Il y a lieu aussi de retenir ce fait que, d'après une étude comparative des effets du projectile moderne et de l'ancien projectile de gros calibre non cuirassé, étude pour laquelle M. le docteur Haga (médecin militaire japonais) a utilisé les observations qu'il a recueillies pendant la guerre sino-japonaise, d'une part, et lors de la révolte des Boxers en 1900, d'autre part, le premier de ces projectiles donnerait plus de morts, comparativement au nombre des blessés, que le second. En d'autres termes, la balle moderne tue plus d'hommes sur le champ de bataille que l'ancien projectile, mais elle fait moins de blessés, et ceux-ci ont beaucoup plus de chances de guérir que dans les guerres d'autrefois.

Cela étant, on peut, dans une certaine mesure, comprendre — sinon partager — les scrupules des chirurgiens qui, à l'exemple de M. le docteur Schjerning (de Berlin), ne veulent pas souscrire à l'opinion que le fusil actuel est une arme moins meurtrière que les anciens fusils à gros calibre et à projectiles non cuirassés (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 124). Ce qui est plus malaisé à concevoir, c'est la contradiction

flagrante que l'on relève à cet égard dans les déclarations successives d'un seul et même chirurgien : dans une première lettre adressée au *Voïenno-médicinsky Journal* et datée du 31 mai dernier, M. le docteur R. R. Vrédène, chirurgien en chef de l'armée de Mandchourie, disait avoir pu se convaincre que le fusil japonais mérite le titre d'arme « humanitaire » et invoquait à l'appui de son opinion, entre autres considérations, ce fait qu'*un mois environ après la bataille de Turentchen près de 32 % des blessés furent à même de reprendre leur service;* or, dans une seconde lettre, datée du 2 septembre et publiée, du reste, dans le même fascicule du recueil précité, M. Vrédène déclarait que « la bataille de Liao-Yang peut servir de meilleure illustration du pharisaïsme et de la tartuferie des gens qui parlent du progrès, de la civilisation et de je ne sais quelles armes *humanitaires* (?) ». *Quantum mutatus ab illo!*

L'opinion du chirurgien en chef de l'armée de Mandchourie étant à ce point flottante, il serait évidemment fort difficile d'en faire état pour apprécier les effets des balles japonaises; en tout cas, elle ne semble pas avoir, à beaucoup près, la valeur des documents, autrement détaillés et précis, que nous venons de résumer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Du cathétérisme thérapeutique des uretères, par M. G. von Illyés.

L'auteur rapporte 7 observations — que l'on peut rapprocher de celle que M. Ingianni relatait l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 261) —, où le cathétérisme urétéral a permis d'évacuer et de laver le bassinet, de dilater l'uretère et d'obtenir, de la sorte, une sédation plus ou moins durable des accidents pyélitiques.

Son premier fait est le plus curieux. Il s'agit d'un homme de trente-sept ans qui entre à la clinique de M. Dollinger, se plaignant de douleurs lombaires, à droite, et d'hématuries légères survenant après les fatigues; le rein droit est gros et mobile. On pratique la néphropexie. Toute douleur cesse pendant les trois semaines d'alitement qui suivent; dès que le blessé se lève, il est pris de nouveaux accès douloureux, compliqués d'hématurie, de frissons et de fièvre. Le cathétérisme urétéral est pratiqué à droite : la sonde s'arrête à mi-chemin, mais elle donne issue à 5 c.c. de liquide épais et trouble; elle est laissée à demeure pendant trois jours : la quantité de liquide évacuée augmente, et tous les accidents disparaissent. Au quatrième jour, le cathéter est bouché; on le retire : un accès fébrile se produit. On remet la sonde, le liquide s'échappe de nouveau, et la fièvre tombe. Une radiographie est prise, en utilisant un cathéter urétéral pourvu d'un mandrin en plomb : elle indique que le bout de la sonde est arrêté à la hauteur de la crête iliaque, et montre, à ce niveau, une ombre qui paraît être celle d'un calcul enclavé. Effectivement, la néphrotomie évacue plusieurs calculs du bassinet et du segment supérieur de l'uretère : après l'opération, la sonde urétérale est replacée à demeure pendant une semaine, et permet de faire des lavages journaliers à la solution boriquée tiède. Finalement, le malade quitte la clinique, avec un rein encore fistuleux, mais qui fonctionne normalement : l'urine, recueillie par l'uretère, est claire, son point de congélation est de —0°41.

Dans 4 autres cas, le cathétérisme urétéral assura tout au moins une amélioration très appréciable, une intervention plus complète étant impossible. Un homme de cinquante-six ans, gros et tousseur, se présente avec des accidents de pyélite droite, de la fièvre, des frissons : on retire, du bassinet droit, 150 c.c. d'urine trouble, au moyen du cathéter qu'on laisse à demeure trois jours, et par lequel on fait des lavages boriqués et un lavage à la solution de nitrate d'argent au centième : la fièvre tombe, et, avec elle, les autres complications. Revu plus tard, le malade, tout en conservant des urines troubles, reste dans un état de santé suffisant pour qu'on puisse éviter une intervention directe sur le rein, toujours sérieuse dans les conditions où il se trouve. On obtient un résultat analogue dans un cas de tuberculose avancée du rein droit; dans une pyélo-néphrite calculeuse double; dans une pyélite double également, chez un homme de vingt-quatre ans, atteint d'ectopie vésicale : chez ce dernier, on pratique journellement, pendant dix jours, le cathétérisme, à droite, on lave le bassinet, qui contient 150 c.c. de liquide, avec un litre d'eau stérile, puis on injecte de 20 à 30 c.c. de la solution de nitrate d'argent à 1 %, à laquelle on substitue, au bout de quatre jours, la solution à 2 %; à gauche, le même traitement est institué, ensuite, pendant le même laps de temps. L'urine est alors redevenue claire des deux côtés; il y a lieu d'ajouter que, trois mois après, elle était trouble de nouveau.

Dans un sixième fait, la néphrotomie avait été pratiquée, trois mois auparavant, pour une grosse pyonéphrose calculeuse droite; la fistule était fermée, mais le rein avait repris son volume antérieur; le cathétérisme évacua 200 c.c. d'urine purulente, et le rein s'affaissa; le cathéter fut maintenu cinq jours à demeure; on le retira, parce qu'il était bouché, mais on ne réussit pas à le réintroduire, et la néphrectomie dut être pratiquée.

Enfin le cathétérisme fut surtout dilatateur chez une dernière malade, à laquelle on avait fait une néphrostomie, pour pyonéphrose ascendante d'origine vésicale. L'urine purulente s'évacuait mal par la plaie : on fit passer une sonde urétérale du bassinet à la vessie, on en saisit l'extrémité, au cystoscope, et on la réunit, par un fil de soie, au bout rénal d'un autre cathéter, qui fut alors ramené, à la suite du premier, de bas en haut, et laissé à demeure; le lendemain, on le remplaça, grâce à la même manœuvre, par un cathéter dilatateur d'Albarran, et, de la sorte, en dix jours, tout en faisant des lavages, on put passer du n° 7 au n° 13. L'écoulement par l'uretère était devenu libre, et la fistule rénale ne donnait presque plus de liquide, lorsque la malade sortit de l'hôpital, au bout d'un mois et demi.

Il y a donc là les éléments d'une méthode thérapeutique, dont les indications ne doivent pas être trop étendues, mais qui peut rendre de précieux services. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 1.) — L.

Contribution au diagnostic du cystadénome papillaire de l'ovaire, par M. E. Fränkel.

L'observation relatée dans le présent travail est un exemple curieux d'une tumeur bénigne de l'ovaire, en imposant, de par ses symptômes et ses lésions anatomiques, pour une tumeur maligne.

Une femme de vingt-sept ans avait vu son ventre grossir depuis quelques mois. Quand elle se présenta à l'hôpital pour se faire opérer, on sentait dans l'abdomen une tumeur peu mobile, bosselée, assez dure et s'étendant jusqu'à l'ombilic. A l'examen bimanuel, le petit bassin semblait également rempli par une masse néoplasique offrant les mêmes caractères. Comme il existait, en outre, de l'ascite, que la malade était très amaigrie et d'apparence cachectique, on porta le diagnostic de cancer de l'ovaire. Une laparotomie fut pratiquée; elle parut confirmer le diagnostic : après issue de plusieurs litres de liquide ascitique, on trouva dans l'abdomen une grosse tumeur friable, en choufleur, ayant envahi tout le petit bassin et, qui plus est, sur le péritoine pariétal et viscéral, une multitude de petites excroissances papillomateuses qui semblaient de même nature que la tumeur principale. Le ventre fut aussitôt refermé. Or, les fragments néoplasiques prélevés au cours de l'opération ne présentèrent à l'examen histologique aucune lésion cancéreuse, mais simplement les caractères habituels aux kystes papillaires.

Un an plus tard, cette femme revint et raconta que pendant les trois mois qui avaient suivi son opération elle s'était sentie fort bien; puis son ventre s'était remis à grossir, mais, grâce à une diurèse abondante, il avait de nouveau diminué. Depuis quatre mois cependant il s'était tuméfié à nouveau. Durant tout ce temps l'état général était resté bon. On se prit alors à douter de l'exactitude du premier diagnostic, notamment en raison du résultat négatif de l'examen microscopique précédemment mentionné. Pensant trouver des conditions anatomiques meilleures, on exécuta une nouvelle laparotomie. Après issue de 7 litres d'un liquide sanguinolent, on ne fut pas peu surpris de constater que toutes les tumeurs secondaires du péritoine avaient disparu; la séreuse était épaissie, un peu blanchâtre et comme cicatricielle, mais absolument unie. Quant à la tumeur ovarienne, elle offrait toujours les mêmes caractères et la même diffusion. On tenta l'ablation du néoplasme qui occupait l'ovaire gauche; l'ovaire droit, qui était également dégénéré, quoique à un moindre degré, fut également enlevé et l'on termina en faisant une toilette aussi soignée que possible du petit bassin. La patiente succomba au dix-septième jour à la suite d'un épanchement hématique de la plèvre. On ne put faire que l'autopsie de l'abdomen : il existait une péritonite suppurée.

Un fait assurément digne de remarque, chez cette patiente, fut la disparition des tumeurs secondaires du péritoine après une simple laparotomie — comme dans la péritonite tuberculeuse —, et sans que la tumeur principale eût été enlevée. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janvier 1905.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les ponctions lombaires multiples contre la méningite cérébrospinale épidémique.

Il y a quatre ans, nous avons signalé les bons effets que la ponction lombaire a donnés à M. H. Koplik (de New-York) contre la méningite cérébrospinale épidémique, et l'année suivante M. Babinski (de Paris) a relaté un succès dû à l'emploi du même moyen (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 128 et 1902, p. 370). La valeur curative de cette méthode étant néanmoins encore fort discutée, il nous paraît intéressant de faire connaître les excellents résultats qu'un confrère allemand, M. le professeur H. Lenhartz, médecin de l'hôpital Eppendorf, à Hambourg, a obtenus depuis dix ans dans 45 cas, la plupart fort graves, de méningite cérébrospinale épidémique où il a eu recours aux ponctions lombaires.

Une seule ponction a parfois suffi à amener la guérison. Mais le plus souvent, notre confrère a dû pratiquer des rachicentèses multiples à intervalles rapprochés. C'est ainsi que chez une jeune fille de dix-neuf ans, on dut intervenir quotidiennement pendant six jours, puis, après un intervalle de quatre jours, répéter encore deux fois la ponction; de même, chez un enfant de quatre ans, on fit des ponctions quotidiennes pendant six jours consécutifs; chez une jeune fille de seize ans, présentant une perte de connaissance complète, du délire furieux et un degré très marqué d'opisthotonos, on n'hésita pas à ponctionner le canal rachidien jusqu'à quinze fois de suite et à extraire ainsi au total 400 c.c. de liquide céphalorachidien.

A côté des faits à marche aiguë, comme ceux dont il vient d'être question, on sait qu'il en existe d'autres, à évolution plus lente, qui se terminent le plus souvent par la mort entre la sixième et la dixième semaine; à l'autopsie, on trouve alors généralement une hydrocéphalie aiguë. Or, dans de pareils cas, les ponctions lombaires multiples et fréquentes auraient également, d'après l'expérience de M. Lenhartz, une efficacité réelle. Par exemple, chez un malade atteint de cette forme de méningite cérébrospinale, deux ponctions pratiquées le quarantième et le quarante et unième jour déterminèrent une amélioration frappante; celle-ci ne s'étant toutefois maintenue que quarante-huit heures, on fit encore, le quarante-troisième jour, une rachicentèse le matin et une autre

le soir. Le lendemain, on en pratiqua une dernière. A dater de ce moment, le malade, qui jusque-là était considéré comme perdu, se remit peu à peu, si bien que, dès le soixante-septième jour, on put le faire lever.

N'ayant jamais observé d'accidents à la suite de la ponction, M. Lenhartz considère ce mode de traitement comme absolument inoffensif; cependant, par mesure de prudence, on évitera d'extraire plus de 30 à 50 c.c. de liquide céphalo-rachidien à chaque fois.

Traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique par les injections sous-cutanées de solutions concentrées de chlorure de sodium.

Il y a quatre ans, M. Paucot a fait connaître les avantages qu'offrent, dans le traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique, les injections sous-cutanées de solutions concentrées de chlorure de sodium. (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 376).

De son côté, M. le docteur L. Boyé (médecin des troupes coloniales françaises) a employé ce mode de traitement dans 6 cas, et il en a obtenu d'excellents effets. Voici comment procède notre confrère :

Aussitôt le diagnostic posé, on injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané 400 ou 500 c.c. d'une solution aqueuse renfermant de 30 à 40 grammes de chlorure de sodium par litre, le taux de 40 ‰ ne devant jamais être dépassé. Il est bon de ne pas injecter plus de 200 c.c. de liquide en un même point. En outre, pour atténuer la douleur, on peut se servir, au lieu de sel marin, de chlorure de sodium pur, et soumettre préalablement le liquide à injecter à une ébullition prolongée d'au moins trois quarts d'heure, avec addition consécutive d'eau bouillie, de façon à ramener la solution à son titre primitif. Lorsque, malgré ces précautions, la douleur est trop vivement ressentie par le malade, on peut avec avantage administrer un peu de chloroforme « à la reine ». Ces injections sont répétées toutes les douze heures, jusqu'à ce que l'hémoglobinurie s'arrête.

L'hypodermoclyse doit être pratiquée avec une lenteur telle que pour introduire 500 c.c. de liquide on mette au moins une heure. Afin d'assurer la régularité de l'écoulement pendant ce temps, M. Boyé se sert d'un flacon muni d'un bouchon à deux tubulures, dont l'une donne passage à un court tube en verre qu'un tuyau en caoutchouc relie à l'aiguille, tandis que l'autre porte un long tube, plongeant jusqu'au fond du flacon et y laissant pénétrer l'air. Ainsi préparé, le flacon, l'orifice en bas, est suspendu au baldaquin du lit, à une hauteur variable suivant la vitesse d'écoulement désirée.

Dans 5 cas sur les 6 que notre confrère a traités de la sorte, l'hémoglobine a disparu de l'urine de deux à six heures après la troisième injection; chez le sixième malade, ce résultat n'a été obtenu qu'après la quatrième hypodermoclyse.

Dans un cas, on a noté de l'anurie pendant vingt-quatre heures; mais il s'agissait d'un paludéen ayant reçu une forte dose de quinine. Une rechute survenue au bout de trois jours, chez un autre patient, céda, comme la première attaque, après la troisième injection d'eau salée.

Ajoutons qu'un autre médecin des troupes coloniales françaises, M. le docteur Bourret, a également eu l'occasion d'appliquer le traitement en question chez 2 malades; les résultats furent aussi satisfaisants que dans les faits observés par M. Boyé.

Le sérum antidiphtérique contre l'arthrite déformante.

Ayant constaté, chez 2 malades atteints de formes graves d'arthrite déformante, que cette affection avait entièrement guéri à la suite d'injections de sérum antidiphtérique, pratiquées pour une diphtérie intercurrente, M. le docteur Blanc (d'Aix-les-Bains) a depuis lors fait systématiquement usage de ce mode de traitement dans 10 cas de rhumatisme déformant : dans tous, le sérum a paru jouir d'une efficacité notablement supérieure à celle des autres procédés thérapeutiques, notamment de la cure balnéaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mars 1905.

La paralysie générale d'origine syphilitique.

M. Motet. — S'il est permis de dire que la syphilis est au seuil de la paralysie générale dans le plus grand nombre des cas, je crois cependant que, dans un nombre très important de faits, cette affection n'intervient pas dans la production de la méningo-encéphalite diffuse.

Celle-ci, en effet, est caractérisée au point de vue anatomique par des lésions essentiellement inflammatoires, endo ou péri-vasculaires. D'autre part, il est bien certain qu'il existe des endartérites spécifiques. Ces deux constatations expliquent très bien, à mon sens, ce qui doit se passer dans l'évolution de la paralysie générale chez un syphilitique, et au point de vue pathologique il en ira de même chez certains alcooliques.

A l'occasion de cette endartérite, de cette péri-artérite, de ces lésions des vaisseaux qui sont si rapidement suivies d'érosions diffuses ou circonscrites va se développer une hyperémie interne de la pie-mère. Puis s'observe l'infiltration des gaines lymphatiques par des globules blancs.

Quand la méningo-encéphalite diffuse est ainsi constituée histologiquement, les lésions n'ont plus le caractère de lésions syphilitiques; c'est une inflammation diffuse et je comprends très bien qu'on ne veuille plus voir là, dès ce moment, une paralysie générale syphilitique, pas plus qu'on ne serait en droit d'y voir une paralysie générale alcoolique. Mais cela n'est pas suffisant, à mon avis, pour se refuser à admettre que la syphilis a été, par ses lésions vasculaires cérébrales, l'épine autour de laquelle la méningo-encéphalite s'est développée.

J'estime donc avec M. Fournier que le jour où la vérole, bénigne ou sérieuse, a frappé un jeune homme, celui-ci est exposé, s'il ne suit pas un traitement rigoureux, à devenir paralytique général.

M. Cornil. — Me plaçant surtout au point de vue anatomique, je demande la permission d'exposer brièvement les lésions comparées de la syphilis cérébrale et de la méningo-encéphalite diffuse.

Les lésions syphilitiques reconnues comme telles par tous les anatomistes sont les gommes visibles à l'œil nu. Siégeant à la dure-mère, à la pie-mère, intéressant en même temps la surface des circonvolutions, elles sont caractérisées par la dégénérescence caséeuse de leur partie centrale; d'autres fois on a affaire à des gommes vasculaires qui sont également caractéristiques.

En opposition avec ces lésions de la syphilis, celles de la paralysie générale consistent en une méningite chronique, en une infiltration leucocytaire de la pie-mère qui, lorsqu'on l'enlève, entraîne avec elle une partie de la surface des circonvolutions. De telles lésions sont donc très différentes de celles de la syphilis.

En ce qui me concerne, je ne connais pas actuellement d'observations de paralysie générale compliquée de gommes visibles à l'œil nu, et celle que M. Raymond a publiée autrefois avec Cl. Philippe n'est pas à l'abri de toute critique; les altérations que ces auteurs ont considérées comme des gommes étaient en réalité des grains calcaires vulgaires, comme on en rencontre dans toutes les régions.

En résumé, j'estime qu'il existe une différence absolue, profonde, entre les lésions caractéristiques de la syphilis et celles de la paralysie générale.

J'admets en outre que si la paralysie générale est très souvent d'origine syphilitique, elle reconnaît aussi pour cause l'alcoolisme, les excès, le surmenage intellectuel et l'hérédité.

M. Raymond. — Je partage l'opinion de M. Cornil; j'admets, avec lui, que pour être en droit d'affirmer la nature syphilitique des lésions encéphaliques trouvées à l'autopsie des paralytiques généraux, il est indispensable que ces lésions soient visibles à l'œil nu. Or, de tels faits ne sont pas rares, et il m'est arrivé souvent de rencontrer sur les cerveaux des paralytiques généraux, à côté des lésions inflammatoires ressortissant à la méningo-encéphalite diffuse, des productions gommeuses ou scléro-gommeuses très apparentes et situées notamment à la surface des lobes frontaux ou au fond des sillons qui séparent les circonvolutions.

M. Fournier. — La réalité de la paralysie générale syphilitique, qui a été contestée dans les précédentes séances par MM. Joffroy et Lancereaux, est établie par plusieurs ordres de preuves : 1° fréquence extrême, reconnue par tout le monde, des antécédents de syphilis chez les paralytiques généraux (fréquence variant suivant les diverses statistiques de 50 à 90 %, voire jusqu'à 94 %); 2° nombre considérable de sujets syphilitiques devenant paralytiques généraux; 3° rareté extrême de la paralysie générale chez la femme, sauf chez les « irrégulières », les demi-mondaines, etc.; 4° rareté relative de la paralysie générale dans les campagnes, chez les ecclésiastiques, les religieux, etc., etc.; 5° fréquence bien plus considérable des antécédents de syphilis chez les paralytiques généraux que chez les autres aliénés; 6° association si commune de la paralysie générale avec le tabes; 7° enfin existence incontestable aujourd'hui d'une paralysie générale juvénile issue de l'hérédité syphilitique.

M. Joffroy, il est vrai, pour mettre en doute l'origine syphilitique de la méningo-encéphalite diffuse, s'est appuyé sur d'autres arguments; il a soutenu que rien, ni dans les symptômes, ni dans l'évolution de la maladie, ne permettait de distinguer la paralysie générale syphilitique d'avec celle qui ne le serait pas. Le fait est exact, mais on se l'expliquera facilement si l'on veut bien tenir compte que la paralysie générale syphilitique étant la forme la plus commune de méningo-encéphalite diffuse, sinon la seule, c'est elle qui a servi de modèle pour les descriptions classiques.

Il y a encore une conclusion de M. Joffroy que je ne saurais accepter, c'est celle où notre collègue dit que non seulement le mercure ne préserve pas les sujets syphilitiques de la paralysie générale, mais que ce médicament éteint et détruit chez eux l'immunité que ces sujets pouvaient avoir contre la maladie. Tel n'est pas mon avis. J'ai réussi à grand'peine à réunir 79 observations dans lesquelles le traitement spécifique antérieur à l'invasion de la paralysie générale m'est connu d'une façon certaine et complète; or, ces 79 observations peuvent être réparties en quatre groupes :

Un premier groupe composé des cas où la durée du traitement a été inférieure à un an : il a fourni 44 cas de paralysie générale; un second groupe où la durée du traitement a varié entre un et deux ans et qui a donné 19 cas de paralysie générale; un troisième groupe où il a été de deux à trois ans avec 12 cas de paralysie générale; un quatrième groupe où il a été supérieur à trois ans, sans dépasser jamais la quatrième année, et qui donne 4 cas de méningo-encéphalite diffuse.

Étant donné qu'on est aujourd'hui à peu près d'accord pour considérer comme insuffisant, par rapport à la syphilis, tout traitement d'une durée inférieure à trois ans, si l'on additionne les chiffres des trois premiers groupes où le traitement n'a pas atteint trois ans et si l'on compare le total qu'ils fournissent au total du quatrième groupe, celui des traitements sérieux, on trouve les chiffres suivants : traitement insuffisant, 75 cas de paralysie générale; traitement sérieux, 4 cas.

J'aboutis donc à une conclusion diamétralement opposée à celle de M. Joffroy, et j'estime que le traitement mercuriel constitue une sauvegarde sinon complète du moins très grande contre la paralysie générale, puisque sur 100 paralysies générales observées chez des syphilitiques, la statistique en accuse 95 s'étant produites à la suite de syphilis insuffisamment traitées, contre 5 ayant succédé à des traitements sérieux.

De son côté, M. Hallopeau a discuté les modifications que j'ai proposé d'apporter au traitement de la syphilis : il croit imprudent de réduire à deux ans la première cure de la maladie, et déclare vouloir s'en tenir systématiquement au chiffre minimum de quatre ans que j'ai, dit-il, longtemps préconisé. Je réponds à notre collègue que ce chiffre reste encore le mien; seulement, au traitement en bloc de

quatre ans, je substitue un traitement « coupé ». Au surplus, ce n'est qu'à titre d'essai que j'ai proposé cette modification, sur la valeur de laquelle l'avenir nous éclairera.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 mars 1905.

La polypnée est une cause déterminante des accidents de la chloroformisation.

M. J. Tissot. — J'ai précédemment établi que les propriétés d'un même mélange anesthésique varient, chez un même animal, suivant la valeur de la ventilation pulmonaire (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 92 et 127).

Cherchant à préciser les relations qui existent chez le chien entre la ventilation pulmonaire et la pression artérielle au cours de la chloroformisation, j'ai pu constater que l'augmentation passagère de pression qui se produit au début de la période d'excitation n'est pas due, au moins dans la plupart des cas, à une vasoconstriction périphérique, mais à l'influence de l'exagération du rythme et de l'augmentation d'amplitude des mouvements respiratoires.

De son côté, la chute brusque de pression qui survient à la période d'excitation relève d'une intoxication rapide du cœur ou des centres cardiaques, provoquée indirectement par la polypnée, et non d'une vasodilatation périphérique. Ainsi, la période d'excitation est dangereuse non par elle-même, mais bien par la polypnée qui l'accompagne et par l'intoxication rapide qui en résulte.

Relativement aux divers modes d'administration du chloroforme, j'ai pu m'assurer que la méthode des mélanges titrés raccourcit la période d'excitation — sans jamais la supprimer — par le moyen de la polypnée. Elle constitue un procédé sidérateur excellent, si l'on ne dépasse pas la dose de 8 %, parce que la diminution de la ventilation pulmonaire réalise automatiquement, au moment où l'anesthésie survient, la diminution progressive qu'il est nécessaire d'opérer sur la dose de chloroforme administrée, si l'on veut éviter de dépasser le degré d'intoxication nécessaire.

Par le procédé de la compresse, avec administration du chloroforme goutte à goutte, il est également facile de se mettre à l'abri de tout danger, à condition d'effectuer cette même diminution progressive à mesure que la polypnée de la période d'excitation diminue, et en supprimant même le chloroforme quand la ventilation pulmonaire est redevenue normale.

Pratiquement, le chloroformisateur ne devra jamais perdre de vue ces deux indications fondamentales, à savoir : qu'une période d'excitation longue est préférable à une période d'excitation courte, parce que la première ne s'accompagne jamais d'une chute rapide de la pression artérielle; et que toute période de polypnée est une période dangereuse, durant laquelle il importe d'administrer prudemment l'anesthésique.

L'aire cardiaque chez les tuberculeux guéris.

M. H. Guilleminot adresse une note relative à des mensurations orthodiagraphiques, exécutées comparativement chez des sujets sains de vingt-trois à trente ans et chez 3 tuberculeux guéris, du même âge. L'auteur a pu constater que, chez ces derniers, l'aire du cœur est un peu plus étendue que chez les individus sains (83 c.q. 3 au lieu de 79 c.q.); de même, le rapport de l'aire cardiaque à la taille est chez eux un peu plus considérable (4.96 au lieu de 4.70). On sait que, d'après les recherches de MM. Bouchard et Balthazard (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 49), le cœur est, au contraire, plus petit que la normale chez les tuberculeux au début ou chez les prétuberculeux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 mars 1905.

Traitement opératoire des anévrysmes poplités.

M. Faure. — J'ai pratiqué l'extirpation d'un anévrysme poplité chez un homme de cinquante-trois ans, sans éprouver de grandes difficultés; il m'a suffi de placer une ligature sur le bout supérieur de l'artère et une deuxième sur le bout inférieur. Malheureusement, l'opération a été suivie de gangrène de la jambe, et j'ai dû faire une amputation de cuisse.

Je me suis demandé tout d'abord si l'application de la bande d'Esmarch n'a pas eu quelque inconvénient dans ce cas, mais comme l'amputation de cuisse a été suivie elle-même d'un léger sphacèle des lambeaux, j'ai pu en conclure que c'était surtout au mauvais état du système artériel du patient qu'il fallait attribuer cette grave complication.

M. Potherat. — Je pense également que l'état défectueux des artères a la plus grande importance dans la production du sphacèle consécutif aux interventions sur les anévrysmes. C'est ainsi que, chez un malade amputé pour une gangrène consécutive à la rupture d'un anévrysme, et dont le système artériel était très altéré, j'ai vu, comme chez l'opéré de notre collègue, les lambeaux se sphacéler.

M. Guinard. — J'ai extirpé récemment sans accident un volumineux anévrysme de la partie supérieure de l'artère poplitée. J'ai pris soin de lier tout d'abord le bout inférieur de l'artère avant de toucher à l'anévrysme, et je crois que c'est là une excellente précaution en pareil cas. Quant à l'emploi de la bande d'Esmarch, il me paraît devoir être évité.

M. Poirier. — J'ai observé le sphacèle du membre, après l'extirpation d'un anévrysme poplité, malgré la ligature préalable du bout inférieur de l'artère.

M. Lucas-Championnière. — Pour ma part, le reste fidèle à la ligature, dans le traitement des anévrysmes, de préférence à l'extirpation, précisément en raison des lésions artérielles.

M. Quénu. — Je suis au contraire partisan convaincu de l'extirpation des anévrysmes, méthode qui, à mon avis, doit être préférée à la ligature et met, mieux que toute autre, à l'abri de la gangrène; ce qui ne veut pas dire, bien entendu, que l'extirpation ne puisse pas être quelquefois suivie de gangrène.

Pour ce qui est de la bande d'Esmarch, je ne comprends pas son utilité et je crois, en outre, que son application est particulièrement dangereuse dans les cas d'anévrysme.

Perforation du duodénum et appendicite.

M. Tuffier. — Je dois vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été envoyée par M. de Rouville (de Montpellier).

Notre confrère fut appelé auprès d'un jeune homme de vingt-deux ans qui offrait tous les signes d'une péritonite généralisée, avec sonorité préhépatique; le maximum de la douleur paraissant être dans la fosse iliaque droite, M. de Rouville fit à ce niveau une incision qui lui permit d'évacuer du pus et de constater que le cæcum et l'appendice étaient indemnes. En raison de la gravité de l'état général du malade, notre confrère crut devoir borner là son intervention. Or, l'opéré ayant succombé, l'autopsie montra qu'il s'agissait d'une perforation de la deuxième portion du duodénum; à l'examen histologique on constata que cette perforation s'était produite au niveau d'un polyadénome brunnérien.

Je crois qu'il n'est pas rare d'observer des faits où l'on peut, comme chez le malade de M. de Rouville, croire à une appendicite, alors que la péritonite provient d'une perforation du duodénum. J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'en voir 3 exemples.

Ce diagnostic différentiel est en réalité assez difficile, attendu que les symptômes gastriques manquent le plus souvent : sur 23 observations de perforation du duodénum ou de l'estomac que j'ai pu réunir, 6 fois seulement il existait des antécédents gastriques absolument nets. En revanche, la douleur initiale au creux épigastrique existe le plus ordinairement : on l'a constatée 18 fois sur 23.

M. Routier. — J'ai observé un cas où c'est l'erreur inverse qui a été commise. Il s'agissait d'une malade de Rendu qu'on avait amenée dans mon service avec le diagnostic de péritonite généralisée consécutive à une perforation du duodénum, et qui avait vomi du sang le matin même. Avant d'endormir cette femme, je l'examinai très soigneusement et je trouvai un point douloureux maximum au niveau de l'appendice; je fis donc mon incision dans la fosse iliaque droite, et je trouvai effectivement une perforation appendiculaire. La malade guérit très simplement.

M. Faure. — Je crois que, pour le diagnostic des perforations de l'estomac et du duodénum, il faut tenir un très grand compte de la douleur thoracique, si fréquente en pareil cas.

Trépanation pour fracture du crâne.

M. Demoulin. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation de M. Lenormant, relative à un cas de trépanation pour fracture de la région pariéto-temporale droite. Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans qui avait subi la veille un traumatisme violent dans la région pariétale droite, et qui, indépendamment d'un enfoncement très net à ce niveau, présentait de la paralysie faciale gauche, un peu d'embarras de la parole et un léger degré d'incoordination des mouvements du membre supérieur gauche. Notre confrère intervint sans retard, et enleva un certain nombre de petites esquilles dont l'ablation laissa une perte de substance crânienne de la largeur de la paume de la main; la dure-mère, qui était déchirée, fut suturée. Le résultat a été excellent; la paralysie faciale n'existait plus dès le lendemain et l'embarras de la parole disparut quelques jours plus tard.

M. Broca. — J'ai eu l'occasion d'observer, chez un enfant, une paralysie faciale consécutive à une fracture du crâne sans enfoncement; la trépanation me permit de constater l'existence d'un hématome.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 mars 1905.

De la pathogénie des accidents sérothérapiques.

M. Marfan. — On sait que pour MM. Hamburger et Moro les accidents sérothérapiques sont dus à la formation dans le sang d'anticorps ou de précipitines qui donnent lieu à des thromboses capillaires, c'est-à-dire à des troubles de la circulation cutanée d'où résultent les éruptions dites sériques.

Les recherches que j'ai faites avec M. Le Play sur le sang de 28 enfants ayant subi des injections de sérum antidiphtérique m'autorisent à admettre que, dans les cas où ces injections sont suivies d'accidents que la clinique tend à rejeter hors du cadre des accidents sériques (érythèmes scarlatiniformes et morbilliformes), on ne trouve pas de séro-précipitation. Au contraire, lorsque les accidents sont indubitablement la conséquence des injections de sérum (urticaire, érythèmes localisés, arthralgies et myalgies), pour peu que ces accidents soient intenses et accompagnés de fièvre, il existe une séro-précipitation qui persiste plusieurs jours.

Nous avons constaté, d'autre part, que les réinjections de sérum antidiphtérique ne provoquent pas chez l'homme, dans les conditions où elles sont faites pour la thérapeutique de la diphtérie, de réactions locales analogues à celles que M. Arthus a observées chez le lapin.

Enfin, chez l'homme, les accidents sériques ne s'aggravent pas toujours progressivement par la répétition des injections; aussi ne peut-on pas les attribuer sans réserves à une hypersensibilisation ou anaphylaxie.

M. Variot. — Je ne crois pas qu'on soit en droit de distraire complètement des érythèmes post-sériques les éruptions scarlatiniformes et morbilliformes. Les érythèmes sériques sont essentiellement polymorphes et ne consistent pas seulement en éruptions ortiées ou localisées, comme le soutient M. Marfan. J'ai observé, autrefois, à la suite des injections de sérum antidiphtérique, de véritables séries d'érythèmes scarlatiniformes, et c'était alors une notion courante que ces érythèmes coïncidaient avec l'emploi de certains sérums à l'exclusion des autres.

M. Comby. — J'ai également constaté une proportion élevée d'érythèmes scarlatiniformes ou morbilliformes à la suite des injections préventives de sérum antidiphtérique; il me semble difficile, dans ces conditions, d'attribuer ces érythèmes à des associations microbiennes et je

crois, comme M. Variot, qu'ils appartiennent à la série des accidents sérothérapiques.

M. Marfan. — Sur 600 enfants auxquels j'ai injecté du sérum à titre préventif, je n'ai pas observé un seul cas d'érythème scarlatiniforme ou morbilliforme; aussi suis-je assez disposé à croire que les érythèmes scarlatiniformes fébriles purs qui s'observent quelquefois à la suite des injections sont en réalité des scarlatines vraies, chez des enfants atteints d'angine dont la véritable nature a été méconnue. Quant aux érythèmes morbilliformes ou mixtes, je persiste à croire qu'ils sont la conséquence d'infections associées.

M. Barbier. — Il me semble assez facile de distinguer les érythèmes scarlatiniformes fébriles d'avec la scarlatine vraie en s'appuyant sur l'énanthème buccal, la desquamation de la langue, la diazo-réaction, etc.

M. Marfan. — Ces symptômes sont en effet caractéristiques lorsqu'il s'agit de scarlatines typiques, mais ils font défaut dans les formes frustes ou larvées de cette affection.

Méningite chronique avec contracture généralisée.

M. d'Espine (de Genève) communique l'observation d'un enfant de dix-sept mois qui fut atteint d'une bronchopneumonie bientôt suivie de contracture généralisée avec augmentation de volume du crâne, front bombé en avant, etc. L'affection dura plusieurs mois et se termina par la mort.

A l'autopsie on constata une méningite chronique avec hydrocéphalie énorme. En aucun point de l'encéphale on ne trouva de granulations tuberculeuses. Le liquide céphalo-rachidien examiné pendant la vie contenait un grand nombre de polynucléaires. Malgré l'attitude en pleurothotonos présentée par le petit malade, on n'est pas en droit de dire qu'il s'agissait de tétanie, car le signe de Trousseau faisait défaut, ainsi que celui de Chvosteck.

Du reste, dans un cas de tétanie ressemblant au précédent, et également observé par l'orateur, l'autopsie décela l'existence d'une pachyméningite chronique.

M. Marfan rappelle que les états tétaniformes sont assez fréquents au cours des méningites subaiguës.

Spondylose rhizomélique guérie par l'acide phosphorique.

M. Claisse présente un homme qui était atteint de spondylose rhizomélique lorsque l'orateur l'a montré une première fois à la Société, au mois de décembre dernier (Voir *Semaine Médicale,* 1904, p. 421). A cette époque, il existait une immobilité et une incurvation très prononcées des vertèbres cervicales en avant. Actuellement, la colonne cervicale est redevenue mobile et rectiligne et on ne constate plus aucune douleur à la pression. Cet heureux résultat paraît devoir être attribué à l'administration de l'acide phosphorique qui a été prescrit après l'échec de diverses autres médications.

Endocardite fibrineuse d'origine tuberculeuse chez les enfants.

M. Barbier montre le cœur d'un enfant mort de granulie : à la surface des valvules de ce cœur, on constate de petites granulations d'aspect fibrineux qui, lorsque les jeunes malades guérissent, peuvent se scléroser et donner lieu plus tard à des lésions valvulaires dont l'origine tuberculeuse est le plus souvent méconnue.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 18 et 25 mars 1905.

Lésions des neurofibrilles dans certains états pathologiques.

M. Marinesco (de Bucarest). — J'ai pu m'assurer, dans différents états pathologiques, que toutes les fois que les corpuscules de Nissl sont altérés, les neurofibrilles le sont également.

Dans un cas de myélite aiguë, ayant évolué sous la forme de paralysie de Landry, je n'ai pas trouvé une seule cellule ayant conservé intactes ses neurofibrilles, mais, en général, les neurofibrilles des prolongements étaient moins altérées que celles de la cellule.

Chez un sujet atteint de méningite aiguë suppurée, les cellules géantes ne présentaient que des lésions légères des neurofibrilles apparaissant plus pâles et granuleuses. Les modifications étaient plus accusées dans les couches superficielles du cerveau.

Au cours des paraplégies et des hémiplégies organiques, j'ai pu observer des lésions des neurofibrilles dans les cellules géantes.

Les dégénérescences lentes du faisceau pyramidal (paraplégie par compression), s'accompagnent de lésions des neurofibrilles comparables à celles que détermine la section des nerfs périphériques.

Enfin, dans les cellules géantes en achromatose (pellagre, ramollissement, hémiplégie, etc.), il n'y a plus trace de neurofibrilles.

Influence de la dyscrasie produite par les acides organiques sur les échanges nutritifs.

M. Desgrez. — Nous avons recherché, avec Mlle Bl. Guende, l'influence de la fonction acide organique sur les échanges nutritifs. Nos expériences ont porté sur trois acides aromatiques de constitution générale identique, mais présentant des modes de saturation différents; ce sont l'acide phénylpropionique, l'acide cinnamique et l'acide phénylpropiélique. Ingérés par le cobaye à la dose quotidienne de 0 gr. 05 centigrammes, ces trois composés engendrent très rapidement une modification des échanges qui se manifeste par une diminution marquée de l'élaboration de l'albumine, du coefficient d'utilisation azotée et une augmentation corrélative du rapport de l'acide phosphorique à l'azote total. La qualité de l'élaboration est donc également réduite, mais les albumines phosphorées se trouvent désintégrées de façon très prépondérante, ce qui indique une destruction exagérée des noyaux cellulaires. Les cellules conservent longtemps (soixante-quinze jours encore après suspension de l'administration des acides) la nouvelle modalité vitale qui leur est ainsi imprimée par la dyscrasie.

L'helminthiase dans le milieu militaire.

M. Tho[illegible]s envoie une note relative à des recherches qu'il a effectuées sur les hommes d'un régiment recruté en région minière, et d'où il résulte que chez les recrues anémiques exerçant la profession de mineur les selles renferment des œufs d'helminthes dans la proportion de 90 % des cas; chez des mineurs pris au hasard parmi le contingent, cette proportion descend à 45 %; enfin elle n'est plus que de 20 % chez des soldats qui étaient ouvriers de culture avant leur arrivée au régiment.

Si l'on réunit les deux premières catégories (ouvriers mineurs), on trouve l'helminthiase dans 66 % des cas; mais il est à remarquer que sur ce total l'ankylostomiase ne comptait que pour 9 %; dans 4 % il s'agissait de bothriocéphalie; tous les autres sujets étaient infestés par l'ascaris et le trichocéphale, isolés ou associés.

Le typhus récurrent en Tunisie.

M. Lafforgue adresse une note dans laquelle il dit avoir constaté en Tunisie, au cours des années 1903 et 1904, 22 cas de typhus récurrent, avec 3 décès, ce qui correspond à une mortalité un peu supérieure à celle qu'admettent généralement les auteurs. Tous les malades étaient des indigènes. Au point de vue clinique, M. Lafforgue a pu constater que la courbe thermométrique est dans cette affection beaucoup moins caractéristique que le nom de fièvre récurrente ne le fait supposer; l'examen bactériologique a en effet révélé la présence de spirilles dans des cas où le tracé thermique était tout à fait atypique; ces formes irrégulières paraissent être l'apanage des sujets débilités et ont un pronostic particulièrement grave.

Les propriétés antiseptiques de certaines fumées.

M. A. Trillat communique des recherches démontrant que les fumées dégagées par la combustion de certaines substances, notamment le sucre, les résines, les végétaux aromatiques, renferment une notable proportion d'aldéhyde formique, ce qui justifie la pratique ancienne qui consiste à brûler ces substances à titre de désinfectant. C'est ainsi que la fumée provenant de la combustion de 2 grammes de sucre dans une cloche de 12 litres a désinfecté en trente minutes des objets souillés par le colibacille, le bacille typhique, le vibrion du choléra, le bacille de la tuberculose, etc.; en une heure ceux qui étaient contaminés par le staphylocoque doré; en quatre heures enfin ceux qui renfermaient le *B. subtilis.*

M. J. Rehns dit avoir pu faire réapparaître la sensibilité au niveau de zones anesthésiques, chez un lépreux, en exposant ces zones au rayonnement du radium; des résultats analogues ont antérieurement été obtenus par l'auteur chez des tabétiques.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 15 mars 1905.

Les théories pathogéniques du cancer.

Bien que de très nombreux orateurs aient pris la parole dans cette séance, la discussion — comme il arrive trop souvent devant les Sociétés savantes — n'a pas fait faire un pas à la question. Aucun fait nouveau n'a en effet été produit, chacun s'étant borné à affirmer sa foi ou son incrédulité à l'égard de la théorie parasitaire du cancer, avec les raisons, tant de fois ressassées déjà, que l'on peut faire valoir pour ou contre cette théorie.

On peut dire cependant, d'une manière générale, que l'hypothèse du cancer maladie infectieuse n'a pas trouvé de bien ardents défenseurs. Nous avons inséré dans notre dernier numéro la communication de M. von Leyden, qui déclare se rattacher à la théorie parasitaire par suite de l'insuffisance des autres théories. Plus explicite encore dans le même sens a été cette fois-ci M. C. Benda : il reconnaît que les faits nosologiques ou épidémiologiques invoqués à l'appui de la théorie parasitaire sont sans valeur; que les cas de transmission du cancer sont en réalité des transplantations et non des infections; que les inclusions cellulaires décrites de divers côtés n'ont rien de parasitaire; mais il estime, malgré toutes ces objections, que l'hypothèse d'un parasite du cancer est encore celle qui cadre le mieux avec ce que nous savons de cette maladie.

Parmi les nombreux adversaires de la théorie parasitaire qui ont pris la parole, nous citerons en premier lieu M. Pick. On veut, dit-il, attribuer la malignité des néoplasmes cancéreux à leur nature parasitaire; mais que penser du chorio-épithéliome malin, dont l'extrême gravité est bien connue et qui se rattache au chorion normal par les transitions les plus insensibles, de sorte que l'on ne saurait l'attribuer à un germe extérieur sans faire aussi de l'enclavement normal de l'œuf un phénomène parasitaire? Puis M. F. Blumenthal expose que, d'après des recherches faites au *Krebsinstitut* de Berlin, c'est par les propriétés chimiques de la cellule cancéreuse qu'on peut expliquer la malignité; elle renferme en particulier un ferment cytolytique très actif qui, mis en liberté par la destruction de la tumeur, va altérer les autres cellules de l'organisme et produit ainsi la cachexie. Pour M. O. Israel, la cause du cancer doit être cherchée dans la persistance et l'exagération de la faculté normale de prolifération des cellules; en ce qui concerne la théorie parasitaire, il fait observer que, lorsqu'un parasite et une cellule sont en présence, ou bien celle-ci tue celui-là, ou bien celui-là détruit celle-ci. Enfin M. Leonor Michaelis, dont on connaît les recherches sur le cancer de la souris (Voir *Semaine Médicale,* 1904, p. 367), a tenu à déclarer que, quoique transmissibles, ces tumeurs, qui du reste diffèrent du cancer de l'homme notamment en ce qu'elles ne s'accroissent pas par infiltration, ne lui paraissent nullement être de nature parasitaire.

Au total, l'impression qui se dégage de cette longue discussion, c'est que, sans qu'aucune des autres théories pathogéniques du cancer soit beaucoup plus satisfaisante ou mieux démontrée que la théorie parasitaire, cette dernière se heurte à des objections que ses partisans sont impuissants à résoudre, et d'autre part ne repose jusqu'ici sur aucun fait positif de valeur indiscutable.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 20 mars 1905.

Thrombose de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure.

M. Goldscheider communique un cas de cette affection, qu'il a pu diagnostiquer sur le vivant.

Un homme de quarante et un ans, syphilitique depuis dix-huit ans et tabétique depuis douze, fut pris brusquement de manifestations de paralysie bulbaire : paralysie du pharynx, de la corde vocale gauche, des branches moyennes du facial gauche, hypoesthésie du trijumeau gauche, etc., etc. S'appuyant sur un fait analogue observé il y a quelques années par M. Wallenberg, où le diagnostic de thrombose de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure, porté pendant la vie, fut confirmé par l'autopsie, l'orateur n'hésita pas à conclure qu'il s'agissait, chez son malade, du même accident, imputable vraisemblablement à une artérite syphilitique. Quelques jours après le malade succomba au milieu de phénomènes de paralysie du pneumogastrique, et l'on constata en effet à l'autopsie que l'artère cérébelleuse postéro-inférieure était oblitérée par un thrombus; l'intégrité du cœur ne permet pas de supposer qu'il ait pu s'agir d'un processus embolique.

M. Schwalbe fait observer qu'il ne faudrait pas conclure, de l'observation relatée par M. Goldscheider, que la paralysie bulbaire fût toujours mortelle. Pour sa part l'orateur a vu la guérison survenir dans un cas où il ne s'agissait sûrement pas de pseudo-paralysie bulbaire.

La tension superficielle des liquides et sa signification en clinique.

M. F. Traube passe en revue l'état actuel de nos connaissances sur la tension superficielle des liquides, qui règle, comme on sait, les phénomènes osmotiques, et montre l'importance que ces phénomènes offrent en clinique, notamment au point de vue de la diffusion des substances introduites dans le courant sanguin, des processus de sécrétion et d'excrétion, etc.

L'orateur insiste particulièrement sur les variations de tension superficielle du suc gastrique, variations que l'on peut mesurer par le nombre de gouttes que donne ce liquide. Ainsi, l'on a pu constater qu'à l'état normal ou dans l'hyperacidité ce nombre est assez bas et varie dans des limites très étroites, de 64 à 67; il augmente plus ou moins au cas de troubles gastriques graves : on trouve par exemple 69.4 gouttes dans la gastrite, 71 dans l'ulcère, 67.8 dans l'anémie pernicieuse, 67 à 74.1 dans le cancer.

Ces données ont une valeur diagnostique; il faut savoir toutefois que le mélange de bile au suc gastrique augmente la tension superficielle, mais la coloration du liquide en pareil cas permettra d'éviter toute erreur.

M. F. Blumenthal tient à faire remarquer qu'il ne faudrait pas demander à ce procédé d'investigation plus qu'il ne peut donner : il permet de constater l'existence d'un trouble de fonctionnement de l'estomac, mais non d'une affection gastrique déterminée.

M. Strauss déclare que nous savons encore très peu de choses sur les troubles de la résorption stomacale, et que dans ces conditions il est difficile d'apprécier la signification, à ce point de vue, des modifications de la tension superficielle du suc gastrique. L'orateur se demande notamment si l'ingestion de grandes quantités de substances hydrocarbonées est sans influence sur cette tension.

M. Traube répond que les hydrocarbonés, même à haute dose, sont sans action sur le nombre de gouttes, mais qu'il n'en est pas de même des acides lactique et butyrique.

Dr VILLARET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1904).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Barker (L. F.), **Lewis** (D. W.) et **Revell** (D. G.). A laboratory manual of human anatomy. In-8°, 583 p. avec fig. Philadelphie.

Chevrier. Note sur l'anastomose de Riche et Cannieu. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Grégoire (R.). Vaisseaux et ganglions lymphatiques de la capsule surrénale. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Laignel-Lavastine (M.). Cytologie normale des ganglions solaires. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Lexer (E.), **Kuliga** et **Türk** (W.). Untersuchungen über Knochenarterien mittelst Röntgenaufnahmen injizierter Knochen und ihre Bedeutung für einzelne pathologische Vorgänge am Knochensysteme. In-8°, 23 p. avec planches. Berlin. — Études des artères nourricières des os par la radiographie après injection.

Merkel (F.) et **Bonnet** (R.). Ergebnisse der Anatomie und Entwickelungsgeschichte (Jahrgang 1903). T. XIII, 2e partie. In-8°, 747 p. avec fig. Wiesbaden. — Revue des travaux d'anatomie et d'embryologie publiés en 1903.

Natanson (K.). Zur Anatomie und Entwickelungsgeschichte des Uterus unicornis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.)

Poirier (P.) et **Dupuy** (P.). Les franges séro-graisseuses pré-péricardiques. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Quénu et **Heitz-Boyer**. Anatomie du cæcum et de l'appendice. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Rosin et **Bibergeil** (E.). Das Verhalten der Leukocyten bei der vitalen Blutfärbung. (*Virchows Arch.*, CLXXVIII, 3.) — Les leucocytes dans la coloration vitale du sang.

Rosin (H.) et **Bibergeil** (E.). Ueber die chromophoren Zonen bei der vitalen Blutfärbung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 déc.) — Sur les zones chromophores dans la coloration vitale du sang.

PHYSIOLOGIE

Basch (S. von). Erfahrungen über den Venendruck des Menschen. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, XI, fasc. suppl.) — De la pression veineuse chez l'homme.

Bettmann (H. W.) et **Schröder** (J. H.). Ueber die Bestimmung der proteolytischen Kraft des Magensaftes, nebst Beschreibung einer Modifikation der Hammerschlag'schen Methode und einer neuen Methode. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, X, 6.) — Sur la détermination du pouvoir protéolytique du suc gastrique.

Blum (F.). Gefässdrüsen und Gesamtorganismus; Studien über ihre gegenseitigen Beziehungen unter Anwendung einer neuen Versuchsanordnung. (*Arch. f. die gesamte Physiol.*, CV, 11-12.)

Cohnheim (O.). Trypsinogen und Enterokinase. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, XI, fasc. suppl.)

Franz (K.). Studien zur Physiologie des Uterus; 1. Mitteilung. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 3.)

Jolles (A.). Ueber die quantitative Bestimmung der Katalasen im Blute. (*Fortschritte der Medizin*, 1er déc.) — Sur le dosage des catalases du sang.

Muskens (L. J.). Studies on the maintenance of the equilibrium of motion and its disturbances, so-called forced movements. (*Journ. of Physiol.*, XXXI, 3-4.)

Polack (A.). Manifestations du chromatisme de l'œil et vision des couleurs. (*Ann. d'oculist.*, déc.)

Rhodes (F. A.). Carbohydrate metabolism : relation of the different tissues to the destruction of sugar. (*Amer. Medicine*, 10 déc.)

Schäfer (E. A.). Do the coronary vessels possess vasomotor nerves? (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, XI, fasc. suppl.) — Les vaisseaux coronaires ont-ils des nerfs vasomoteurs?

Waller (A. D.). L'indication électrique de l'action du nerf pneumogastrique sur l'estomac. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, XI, fasc. suppl.)

Ziveri (A.). Contributo allo studio dell'assorbimento cutaneo. (*Morgagni*, nov.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Aubertin (Ch.). Envahissement néoplasique du foie par voie lymphatique rétrograde. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Auvray. Forme anatomique bizarre d'une salpingite; erreur de diagnostic avec l'appendicite. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Battaglia (M.). Alterazioni traumatiche primitive della cellula nervosa : alterazioni per azione dell'aria compressa. (*Ann. di med. navale*, déc.)

Bellinato (S.). Degenerazione amiloide del rene e milza in un caso di difterite faringea. (*Gazz. degli Osped.*, 11 déc.)

Bevacqua (A.). Sul carcinoma cilindrico primitivo del pulmone. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 31 juillet.)

Bunting (C. H.). Multiple primary carcinomata of the ileum. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, déc.)

Burdzinsky (Th.). Beitrag zur Histo- und Pathogenese des Chorionepithelioma malignum. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 31 déc.)

Courtellemont (V.). Néphrite interstitielle avec hémorrhagie cérébrale, hémorrhagie rénale et tubercule du rein. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Giacchi (F.). Contributo anatomo-patologico all'afasia motrice. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 4.)

Halff (J.). Ein Fall von Situs inversus des Magens, des Duodenums und der Milz bei einem 63jährigen, weiblichen Individuum. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 déc.) — Inversion de l'estomac, du duodénum et de la rate chez une femme de soixante-trois ans.

Hébert (P.). Fibrome de la glande thyroïde et syndrome basedowien. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Jores (L.). Ueber die Arteriosklerose der kleinen Organarterien und ihre Beziehungen zur Nephritis. (*Virchows Arch.*, CLXXVIII, 3.)

Karakachev (K. I.). Ueber das Verhalten der Langerhans'schen Inseln des Pankreas bei Diabetes mellitus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 1-2.)

Mitchell (L. J.). A series of foreign bodies in the vermiform appendix met with in 1600 necropsies. (*Med. Record*, 10 déc.) — Corps étrangers trouvés dans l'appendice au cours de 1,600 autopsies.

Morandi (E.). Ricerche sull'istologia normale e patologica dell'ipofisi. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 4.)

Mougeot (A.). Hernie diaphragmatique congénitale de l'estomac; mort par étranglement à l'âge de quinze ans. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Nattan-Larrier (L.). Le tissu myéloïde du foie fœtal. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Pappa (A.). Sur la pathogénie des kystes dermoïdes de l'ovaire et du testicule. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 déc.)

Pautrier. Note sur l'étude histologique des lésions produites par les rayons X au niveau des épithéliomas. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, nov.)

Petersen (H.). Beitrag zur pathologischen Anatomie der Puerperaleklampsie. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 2.)

Pighini (G.). Lesione a focolaio nell'ippocampo e nel corno d'Ammone di un epilettico morto in istato di male. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 4.)

Remouchamps. Sur les modifications de l'épithélium glandulaire dans l'érosion catarrhale de l'estomac. (*Ann. de la Soc. méd. de Gand*, LXXXIV.)

Ribadeau-Dumas. Lésions de la charpente fibro-élastique de la rate dans les splénopathies. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Ribbert (H.). Die Traktionsdivertikel des Oesophagus. (*Virchows Arch.*, CLXXVIII, 3.)

Scagliosi (G.). Sul carcinoma delle grandi vie biliari. (*Riforma med.*, 2 nov.)

Vincenzo (G.). Contributo allo studio delle cirrosi tubercolari. (*Riforma med.*, 16 nov.)

Wallenberg (A.). Anatomischer Befund in einem als « Blutung in die rechte Brückenhälfte aus dem Ramus centralis arteriæ radicularis nervi facialis dextri » geschilderten Falle. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVII, 5-6.) — Constations nécropsiques faites dans un cas diagnostiqué hémorrhagie du rameau central de l'artère radiculaire du nerf facial droit dans la partie droite de la protubérance.

Weil (E.). Ueber einen Fall von tödlicher Pankreas- und Fettgewebsnekrose. (*Prag. med. Wochensch.*, 15 déc.) — Cas mortel de nécrose du pancréas et du tissu adipeux.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Abetti (M.). Contributo critico sperimentale all'uso del bottone del Murphy nelle anastomosi gastro-intestinali ed entero-intestinali. (*Clinica moderna*, 7 et 14 déc.)

Aron (E.). Die Aussichten der Sauerstoff-Inhalationen nach den neuesten physiologischen Untersuchungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 déc.) — L'avenir des inhalations d'oxygène d'après les recherches physiologiques les plus récentes.

Bielonovsky (G. D.). Les hémolysines des toxines pesteuses. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, X, 4.)

Blumreich. Zur Frage der Konvulsionen nephrektomierter Kaninchen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 déc.) — Des convulsions observées sur les lapins après néphrectomie.

Broeckaert (J.). La résection expérimentale du récurrent laryngé chez le singe. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, déc.)

Brōse (P.). Schützt der Chlorzinkschorf aseptische Wunden gegen eine Infektion mit virulenten Bakterien? (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 déc.) — L'escarre produite par le chlorure de zinc protège-t-elle les plaies aseptiques contre l'envahissement par les microbes virulents?

Camus (L.) et **Gley** (E.). Recherches sur l'action antagoniste de l'atropine et de divers excitants de la sécrétion pancréatique. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, XI, fasc. suppl.)

Capaldi (A.). Sul contenuto di grasso del sangue nella gravidanza e nel puerperio. (*Arch. di ostet. e ginecol.*, déc.)

Colombo (C.). Influenza del regime latteo assoluto sulla circolazione del sangue; ricerche sperimentali. (*Riforma med.*, 2 nov.)

Detre (L.) et **Sellei** (J.). Heilversuche an sublimatvergifteten roten Blutkörperchen; ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der Sublimat-Hämolyse. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 déc.) — Expériences thérapeutiques sur des hématies soumises à l'action toxique du sublimé.

Dragotti (G.). L'influenza dell'anemia sperimentale nelle infezioni. (*Riforma med.*, 2 nov.)

Fiori (P.). Patologia sperimentale del rene : legatura dell'uretere e suoi esiti. (*Clinica chirurgica*, sept. et oct.)

Friedenthal (H.). Beiträge zur physiologischen Chirurgie der vom Sympathicus innervierten Organe. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, XI, fasc. suppl.)

Ghedini (G.). Della epatite interstiziale tubercolare. (*Ann. dell'Istituto Maragliano*, I, 3.)

Lugiato (L.). Degenerazioni secondarie sperimentali (da strappo dello sciatico e relative radici spinali) studiate col metodo di Donaggio per le degenerazioni; 2ª nota. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 4.)

Mayet. Développement du cancer chez les animaux par le suc cancéreux de l'homme sans éléments figurés. (*Lyon méd.*, 11 déc.)

Milchner (R.) et **Mosse** (M.). Zur Frage der Behandlung der Blutkrankheiten mit Röntgenstrahlen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 déc.) — Sur la radiothérapie dans les maladies du sang.

Pusateri (S.). Sulla ricostituzione del lume intestinale del cane dopo la legatura circolare. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 4.)

Ramond (F.). Du mode d'absorption des graisses par l'intestin grêle. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Sisto (P.). Ricerche sperimentali sull'azione del sublimato corrosivo sui reni. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 4.)

Trischitta (V.). Influenza dei fermenti solubili sulla digestibilità del latte di vacca. (*Riforma med.*, 7 déc.)

Villar (F.). Anastomose chirurgicale entre le tronc du nerf facial et le grand hypoglosse chez un chien; retour de la motilité dans les muscles de la face. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 18 déc.)

Vincent (E.). Tétanos et quinine. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Ehret (H.). Ueber das Fieber bei der Gallensteinkrankheit. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.) — Sur la fièvre dans la lithiase biliaire.

Korczynski (L.). O wplywie jadów gruzliczych na rozwój i jadowitosc innych bakteryi. (*Gaz. lekarska*, 24 et 31 déc.) — Influence des toxines tuberculeuses sur le développement et la virulence d'autres bactéries.

Löffler (F.). Ueber ein neues Verfahren zur Gewinnung von Antikörpern. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 déc.) — Nouveau procédé pour la préparation des anticorps.

Martius (F.). Ueber die Beziehung der Achylie zur perniziösen Anämie. (*Med. Klinik*, 1er déc.)

Minkowski (O.). Zur Pathogenese des Icterus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.)

Molon (C.). Sulla origine delle citasi. (*Gazz. degli Osped.*, 11 déc.)

Orth (J.). On the morphology of carcinoma and the parasitic theory of its etiology. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Pennisi (A.). Sul processo di guarigione delle ferite delle cartilagini. (*Policlinico*, partie chir., XI, 10, 11 et 12.) — Sur le mode de réparation des plaies des cartilages.

Polano (O.). Der Antitoxinübergang von der Mutter auf das Kind; ein Beitrag zur Physiologie der Placenta. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 3.) — Le passage des antitoxines de la mère au fœtus.

Schlesinger (W.). Ueber Störungen der Fettresorption und ihre Beziehung zur Ausscheidung von Kalk, Magnesia und Ammoniak. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.) — Sur les troubles de la résorption des corps gras et sur leurs rapports avec l'élimination de la chaux, de la magnésie et de l'ammoniaque.

Sommerfeld (P.) et **Röder** (H.). Ueber das physikalische Verhalten von Lösungen im menschlichen Magen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 déc.) — Des modifications que les solutions subissent dans l'estomac humain.

Spude (H.). Die Ursache des Krebses und der Geschwülste im allgemeinen. In-8°, 91 p. avec fig. Berlin. — L'étiologie du cancer et des tumeurs.

Tarugi (B.). Le resistenze dei globuli rossi del sangue nei processi suppurativi locali. (*Clinica medica italiana*, nov.)

Umber (F.). Zur Pathogenese der Banti'schen Krankheit, mit besonderer Berücksichtigung des Stoffumsatzes vor und nach der Splenectomie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.)

Vestberg (A.). Ueber die biologische Bedeutung der krankhaften Erscheinungen; einige Erwägungen über die Stellung der pathologischen Vorgänge zur Evolutionslehre. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVII, 3.) — Sur la signification biologique des phénomènes morbides.

MÉDECINE

Bensaude et **Pater**. Un cas d'ostéomalacie chez une jeune fille de 22 ans; examen du sang. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Boas (I.). Ueber occulte Magen- und Darmblutungen. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, XI, fasc. suppl.) — Sur les hémorrhagies gastro-intestinales latentes.

Comessatti (G.). Contributo alla patologia del lavoro; individualità ed intossicazione saturnina. (*Clinica medica italiana*, déc.)

Ekelöf (E.). Ueber « Präserven-Krankheiten ». (*Wissenschaftl. Ergebnisse der Schwedischen Südpolar-Expedition*, 1901-1903, I, 4.) — Maladies produites par les denrées alimentaires artificiellement conservées.

Gastou (P.). La scrofule terrain septico-pyohémique héréditaire ou acquis et diathèse lymphoïde pré ou post-tuberculeuse (maladie systématisée du système lymphatique et de ses dépendances). (*Rev. d'hyg. et de méd. infantiles*, III, 4 et 5.)

Pachon (V.). De l'exploration cardiographique chez l'homme, pratiquée systématiquement dans le décubitus latéral gauche. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, XI, fasc. suppl.)

Senator (H.). Ueber physiologische und pathologische Albuminurie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 déc.)

Stern (H.). Concerning the suppression of the acetone bodies in diabetics. (*Amer. Medicine*, 3 déc.)

Tabora (von). Zur physikalischen Diagnostik der Pleuraexsudate. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 déc.)

Tedeschi (E.). La reazione del siero di sangue umano allo stato normale e patologico, studiata con i più moderni mezzi d'indagine. (*Clinica medica italiana*, oct.)

Teissier. L'évolution des néphrites infectieuses; l'albuminurie dite résiduale (en russe). (*Prakt. Vratch*, 11, 18 et 25 déc.)

Ury (H.). Zur Methodik des Nachweises gelöster Eiweisskörper in den Fäces. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, X, 4.) — Technique de la recherche, dans les fèces, des albuminoïdes solubles.

Valladao (M.). Embolias das arterias mesentericas. (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 déc.)

Weintraud (W.). Polyglobulie und Milztumor. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.) — Polyglobulie et splénomégalie.

MALADIES INFECTIEUSES

Faber (K.). Ein Fall chronischer Tropendiarrhœ (sprue) mit anatomischer Untersuchung des Digestionstraktus. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, X, 4.)

Godinho (V.). A peste no Maranhão. (*Rev. med. de S. Paulo*, 30 sept., 15 et 30 oct., 15 et 30 nov. et 15 déc.)

Moura (C. de). Peste bubonica em Taubaté. (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 déc.)

Sacquépée. Etiologie de la dysenterie sporadique de l'Ouest (Finistère, Ille-et-Vilaine). (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 4.)

Seibert (A.). Scarlet fever in New York, and some of its therapeutical possibilities. (*New York Med. Journ.*, 17 déc.)

Shoemaker (J. V.). Tropical malaria. (*Med. News*, 17 déc.)

Sorgo (J.). Ueber die Aetiologie und Prophylaxe der Nachtschweisse Tuberkulöser. (*Wien. med. Wochensch.*, 10, 17 et 24 déc.) — Etiologie et prophylaxie des sueurs nocturnes des phtisiques.

Stäubli (C.). Meningismus typhosus und Meningotyphus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 1-2.)

Sutton (R. L.). Dengue in the Isthmian Canal Zone; a preliminary report. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 déc.)

Swales (E.). A curious case of general tuberculosis in which a complete cast of the stomach was vomited. (*Lancet*, 10 déc.) — Cas curieux de tuberculose généralisée avec expulsion d'un moule complet de l'estomac.

Szenti (J.). Ein Fall von Larynxcroup mit mehrfacher Membranbildung. (*Pest. med.-chir. Presse*, 25 déc.)

Tarchetti (C.). Sull'iperglobulia tubercolare (*Gazz. degli Osped.*, 25 déc.)

Thompson (J. A.). Report of the Board of Health on a third outbreak of plague at Sydney, 1903. In-4°, 15 p. avec carte. Sydney. — La peste à Sydney en 1903.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Ingegnieros (J.). Trastornos del lenguaje musical en los histéricos (dismusias histéricas). (*Argentina méd.*, 19 nov.)

Morel (L.) et **Raymond** (J.). Rupture intra-péritonéale de la vessie, de cause indéterminée, chez un paralytique général dément. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, déc.)

Sforza (N.). Sulla sindrome di Brown-Séquard da lesione traumatica. (*Ann. dell'Istituto psichiatr. dell'Università di Roma*, III, 1.)

Tonello (A.). Sul potere riduttore del liquido cerebro-spinale. (*Gazz. degli Osped.*, 25 déc.)

Turner (W. A.). The prognosis of epilepsy. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.)

Valobra (J.). Policlono infettivo; contributo allo studio delle mioclonie. (*Morgagni*, déc.)

Van Wart (R. M.). Friedreich's ataxia; report of an unusual case. (*New York Med. Journ.*, 31 déc.)

Vigdortchik (N.). Existe-t-il une fièvre nerveuse (en russe)? (*Vratcheb. Gaz.*, 11 et 18 déc.)

Woltär (O.). Ueber den rindenepileptischen ähnliche Krämpfe hysterischer Natur. (*Prag. med. Wochensch.*, 29 déc.) — Sur les convulsions de nature hystérique simulant l'épilepsie corticale.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Ravaut (P.). Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période tertiaire. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, déc.)

Schlasberg (H.-I.). Lupus follicularis disseminatus (Tilbury Fox). (*Hygiea*, déc.)

Smith (O. C.). Two cases of Henoch's purpura; with remarks upon the gastrointestinal lesion. (*Med. Record*, 3 déc.)

Sviétoukhine (M.). Contribution à l'étude de la syphilis viscérale (en russe). (*Troudy Kharkovsk. Méd. Obchtchestva*, 1.)

Thémoin. Un cas de lèpre observé à l'hôpital maritime de Brest. (*Arch. de méd. navale*, déc.)

Urbantschitsch (E.). Zur Aetiologie halbseitiger Störungen der Schweisssecretion (Hyper- und Anhidrosis unilateralis). (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 déc.)

PARASITOLOGIE

Battaglia (M.). Alcune ricerche sopra due tripanosomi (Trypanosoma vespertilionis, Trypanosoma Lewisi). (*Ann. di med. navale*, nov.)

Ceni (C.) et **Besta** (C.). Le proprietà patogene dell'*Aspergillus niger* in rapporto colla genesi della pellagra. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 4.)

Craig (C. F.). The relation of the so-called Piroplasma hominis and certain degenerative changes in the erythrocytes. (*Amer. Medicine*, 10 déc.)

Eberle (H. A.). The Plasmœba of dengue; a brief description of the earliest phases of its plasmic characteristics. (*New York Med. Journ.*, 2 déc.)

Edsall (D. L.). Two cases of bothriocephalus infection, one of them showing profound anemia. (*Amer. Medicine*, 24 déc.)

Fussell (M. H.) et **Fife** (C. A.). A case of uncinariasis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, déc.)

Korté (W. E. de). The parasites of small-pox, vaccinia, and varicella. (*Lancet*, 24 déc.)

Oliver (Th.). Ankylostomiasis in Westphalia, Hungary, and Cornwall. (*Lancet*, 10 déc.)

Report of the Commission for the study and treatment of « anemia » in Porto Rico. In-8°, 310 p. [en anglais et en espagnol] avec fig. San Juan-de-Porto-Rico.

CHIRURGIE

Baratynsky (P.). 250 opérations pour hernies (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 6.)

Divavine (L.). La gastrostomie d'après le procédé de Marwedel (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 6.)

Dzirné (I.). Contribution à la chirurgie du cerveau (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 6.)

Grekov (I.). 3 cas de suture du cœur (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 6.)

Gutiérrez (A.). Proceder operatorio en los epiteliomas del labio y de la lengua. (*Argentina médica*, 4 et 11 juillet 1903 et 28 mai.)

Gutiérrez (A.). Tratamiento de las ósteomielitis crónicas prolongadas. (*Argentina médica*, 20 août.)

Gutiérrez (A.). Carie seca de la articulación escápulo humeral. (*Anales del Circulo méd. argentino*, juillet.)

Ingianni (G.). Rendiconto delle operazioni chirurgiche eseguite nell'ospedale di Novi Ligure nell'anno 1903-1904. In-4°, 43 p. avec fig. Novi Ligure.

Rossi (B.). I trapianti tendinei nella pratica chirurgica. In-8°, 78 p. avec fig. Milan.

Stoukkey (L.). Sur les indications de la jéjunostomie (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 6.)

Vrédène (R.). De l'aptitude de l'épiploon à réparer les pertes de substance du péritoine pariétal (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XX, 6.)

Waller (A. D.). A physiological contribution to the problem of chloroform anæsthesia. (*Brit. Med. Journ.*, 24 déc.)

Weinberg et **Gastpar.** Die bösartigen Neubildungen in Stuttgart von 1873 bis 1902. (*Zeitsch. f. Krebsforschung*, II, 3.) — Les tumeurs malignes observées à Stuttgart de 1873 à 1902.

UROLOGIE

Savory (H.) et **Nash** (W. G.). Benign villous tumour of the renal pelvis; hæmothorax; nephrectomy; recovery. (*Lancet*, 17 déc.)

Schenck (B. R.). Renal hematuria of unexplained origin; report of a case with cessation after nephrotomy. (*Med. News*, 24 déc.)

Shepherd (F. J.). Hernia of the bladder complicating inguinal hernia. (*Ann. of Surgery*, déc.) — Hernie vésicale compliquant la hernie inguinale.

Sprigg (W. M.). Movable kidney. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.) — Rein mobile.

Steyrer (A.). Ein Beitrag zur Kenntnis von Secretionsanomalien der Niere. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.) — Sur les anomalies de sécrétion du rein.

White (J. W.). The present position of the surgery of the hypertrophied prostate. (*Ann. of Surgery*, déc.)

OPHTALMOLOGIE

Rivero (P. G.). Seudotriquiasis por epicanthus. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, nov.-déc.)

Weeks (J. E.). Congenital occlusion of the lacrymal canal and acute contagious inflammations of the conjunctiva in children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 déc.)

White (J. A.). Post-operative infection of the eye. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 déc.) — Infection post-opératoire de l'œil.

Wilder (W. H.). Blastomycosis of the eyelid. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 déc.) — Blastomycose de la paupière.

Woodruff (T. A.). Diaphoretics and diaphoresis in ophthalmic therapeutics. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 déc.)

Woods (H.). Use of diaphoresis and diaphoretic agents in ophthalmic therapeutics. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 déc.)

Würdemann (H. V.). Tumors of the eye and orbit. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 déc.) — Tumeurs de l'œil et de l'orbite.

TÉRATOLOGIE

Bruncher. Un cas de rein en fer à cheval. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 oct.)

Lewis (H. F.). Ectromelus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Schaeffer (N. J. M. Façee). Hernia cerebri congenita. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 24 déc.)

Souza (C. de). Encephalocele congenita. (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 déc.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bonnier (P.). Le vertige. 2e éd. In-8°, 343 p. avec fig.

Boulai (J.). Note sur un cas de laryngite dothiénentérique ulcéro-nécrosante; trachéotomie; guérison. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Boulay (M.) et **Le Marc'hadour** (H.). De l'élément psychique dans les surdités. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, nov.)

Bulletins et Mémoires de la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie. T. XX, 2e partie. In-8°, 331 p. avec fig.

Chauveau (C.). Mastoïdite et sinusite disparues à la suite de poussées articulaires. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Dench (E. B.). Plastic operations for the closure of postaural openings following radical and mastoid operations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 nov.)

Ferreri (G.). Sur le torticolis post-opératoire des adénoïdiens. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Gastou (P.). Le coryza syphilitique; rhino-pharyngite purulente septico-pyohémique chez les nouveau-nés syphilitiques. (*Rev. d'hyg. et de méd. infantiles*, III, 3.)

Kirchner (W.). Handbuch der Ohrenheilkunde. 7e éd. 1re partie. In-8°, 192 p. avec fig. Leipzig. — Traité d'otologie.

Lermoyez (M.) et **Bellin** (L.). Contribution à la cure chirurgicale de la méningite purulente généralisée otogène. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, oct.)

Levy (R.). The relation of diseases of the stomach to affections of the mouth, nose and throat. (*New York Med. Journ.*, 17 déc.) — Les rapports des maladies de l'estomac avec les affections de la bouche, du nez et du pharynx.

Lombard (E.) et **Caboche** (H.). Ponction lombaire et affections de l'oreille. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, déc.)

Lublinski. Accidentelle Vaccination der Nasenschleimhaut. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 déc.) — Vaccination accidentelle de la muqueuse nasale.

Luc (H.). Le lambeau de Siebenmann dans l'évidement pétro-mastoïdien. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, nov.)

Mahu (G.). Des mastoïdites dans les cas de sténose du conduit auditif externe. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, oct.)

Manasse (P.). Ueber die operative Behandlung der otitischen Meningitis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.)

Massier (H.). Un cas de pyohémie otitique sans thrombo-phlébite du sinus latéral : suppurations métastatiques multiples; terminaison par érysipèle généralisé; guérison. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Mermod. Du traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, en particulier par la galvanocautérisation. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct. et nov.-déc.)

Monnier (U.). Un cas d'angine à tétragène; les angines sableuses. (*Arch. internation. de laryngol. d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Ostmann. Ueber die Prüfung der Gehörfunktion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 déc.) — De l'examen de l'ouïe.

Ottaviano (S.). Del metodo di Partsch nelle cisti dei mascellari. (*Riforma med.*, 23 nov.)

Philip. Un cas d'insuffisance vélopalatine. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, déc.)

Pugnat (A.). Un cas mixte de périostite de la fosse temporale et d'abcès sous-périostique mastoïdien. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Rapports du septième Congrès international d'otologie (Bordeaux, du 1er au 4 août 1904). In-8°, 40 p. Bordeaux.

Tchlenov (E.). La lutte contre la surdi-mutité en Russie (en russe). (*Prakt. Vratch*, 11 et 18 déc.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Cleaves (Margaret A.). Light energy; its physics, physiological action and therapeutic applications. In-8°, 827 p. avec fig. Londres et New-York. Rebman. — Traité de radiologie.

Pesci (E.). Su l'efficacia terapeutica del cloruro di bario. (*Riforma med.*, 9 nov.)

Souwers (G. F.). Venesection. (*New York Med. Journ.*, 17 déc.)

Thompson (W. G.). Problems in dietetics. (*Med. Record*, 10 déc.)

Verger (H.). Un cas de goitre exophtalmique traité par les injections modificatrices intrathyroïdiennes. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 6 nov.)

Walker (J. W. Th.). On the administration of antistreptococcic serum. (*Lancet*, 31 déc.)

Weitlaner (F.). Zur Therapie der Entzündungen des Respirationstraktes. (*Wien. med. Presse*, 4 déc.) — Sur le traitement des inflammations des voies respiratoires.

Wherry (J. W.). The use of nitroglycerin in the treatment of erysipelas. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 nov.)

Wood (H. C.). A study of Apocynum cannabinum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 déc.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Besold (G.). Ueber Klima und Lungentuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 déc.)

Dejace (L.). Voyage d'études médicales aux stations thermales du centre de la France en 1904. In-16, 94 p. Liège.

Engel (H.). Zur Hygiene und Therapie der Wüste. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LV.) — Le désert au point de vue hygiénique et thérapeutique.

Frey (H.). Der Einfluss des maritimen Klimas und der Seebäder auf die Erkrankungen des Gehörorgans. (*Wien. med. Presse*, 11 déc.) — Action du climat maritime et des bains de mer sur les affections de l'appareil auditif.

Hollopeter (W. C.). Treatment of chorea by prolonged warm baths. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 31 déc.) — Traitement de la chorée par les bains chauds prolongés.

Röthlisberger (P.). On sulphur baths. (*Journ. of Balneol. and Climatol.*, janv.)

BACTÉRIOLOGIE

Heinricius (G.). Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung des Streptococcus pyogenes auf die Schleimhaut der Gebärmutter und der Scheide. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 2.) — Recherches expérimentales concernant l'action des streptocoques pyogènes sur les muqueuses utérine et vaginale.

Rieux et **Sacquépée**. Morphologie de l'entérocoque; son action sur les sucres. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 4.)

Rosenberger (R. C.). The presence of tubercle bacilli in the urine of patients suffering with pulmonary tuberculosis. (*Amer. Medicine*, 3 déc.)

Sacquépée et **Chevrel**. Différenciation des bacilles typhique, coli et paratyphiques par les cultures sur milieux métalliques. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIII, 4.)

Vanzetti (F.). Ricerche batteriologiche e sperimentali sull'eziologia della necrosi del pancreas e del grasso. (*Arch. per le scienze med.*, XXVIII, 4.)

DÉONTOLOGIE

Fürst (M.) et **Windscheid** (F.). Handbuch der sozialen Medizin. T. VI. In-8°, 194 p. Iéna.

Hellwig. Die Stellung des Arztes im bürgerlichen Rechtsleben; die zivilrechtliche Bedeutung der Geschlechtskrankheiten. In-8°, 86 p. Leipzig. — Les affections vénériennes au point de vue du droit civil.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Cumston (C. G.). An historical résumé of tuberculous meningitis from Hippocrates to the middle of the XIXth century. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.)

Kahlbaum (A.) et **Sudhoff** (K.). Mitteilungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften. 3e année. In-8°, 528 p. avec fig. Hambourg. — Histoire de la médecine et des sciences naturelles.

Kepler (Johann). Dioptrik. (Trad. du latin par F. Plehn.) In-8°, 114 p. Leipzig.

Morély (P.). L'exercice de la médecine à Tulle à la fin du XVIIe siècle. In-8°, 34 p. Tulle.

Triaire (P.). Larrey et ses correspondants. (*Rev. histor. et méd.*, déc.)

Villard (F.). Notes sur les médecins, chirurgiens, apothicaires et sages-femmes de Guéret, aux XVIIe et XVIIIe siècles. In-8°, 62 p. Guéret.

GÉNÉRALITÉS

Audiffrent. Les races humaines. (*Arch. d'anthropol. crim.*, déc.)

Back (W.). Das Kurpfuschertum und seine Bekämpfung. In-8°, 122 p. Strasbourg. — La lutte contre le charlatanisme.

Bourroul (C.). Mosquitos do Brasil. (*Thèse de Bahia.*)

Compte rendu général du premier Congrès national contre l'alcoolisme, tenu à Paris du 26 au 29 octobre 1903. In-8°, 755 p.

Dauwe (F.) et **Penneman** (G.). Contribution à l'étude du cancer chez les poissons. (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, LXXXIV.)

Ekelöf (E.). Die Gesundheits- und Krankenpflege während der Schwedischen Südpolar-Expedition, Oktober 1901-Januar 1904. (*Wissenschaftl. Ergebnisse der Schwedischen Südpolar-Expedition*, 1901-1903, I, 3.) — Précautions hygiéniques et soins donnés aux malades au cours de l'expédition suédoise au Pôle sud.

Jacoby (P.). Etudes sur la sélection chez l'homme. 2e éd. In-8°, 625 p. avec tableaux.

Jahrbücher der hamburgischen Staatskrankenanstalten. VIII. Band (Jahrgang 1901-1902). In-8°, 266 p. avec fig. Hambourg. — Annales des hôpitaux de Hambourg.

Jahresbericht des allgemeinen Krankenhauses in Prag (1902). In-8°, 389 p. [en allemand et en tchèque]. Prague. — Compte rendu de l'hôpital général de Prague pour l'année 1902.

Lachtchenkov (P.). Les détachements sanitaires sur le théâtre de la guerre (en russe). (*Troudy Kharkovsk. Méd. Obchtchestva*, 1, fasc. suppl.)

Lucas (A.) et **Torchut** (V.). Manuel du candidat aux fonctions de médecin sanitaire maritime. In-8°, 152 p. avec fig.

Nencki (M.). Opera omnia. 2 vol. In-8°, 1734 p. avec fig. Brunswick.

Preuss (J.). Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nach Bibel und Talmud. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 3.) — La grossesse, l'accouchement et les suites de couches dans la Bible et le Talmud.

Statistique médicale de l'armée [française] pendant l'année 1902. In-4°, 487 p. Impr. nationale.

Stephan (B. H.). Sterfte en ziekten bij joden en niet-joden. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 24 déc.) — Mortalité et morbidité comparées des Israélites.

Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte. 75. Versammlung zu Cassel, 20.-26. September 1903 : Medizinische Abteilungen. In-8°, 512 p. avec fig. Leipzig. — Compte rendu de la 75e Assemblée des naturalistes et médecins allemands, tenue à Cassel du 20 au 26 septembre 1903.

NOUVELLES

FRANCE

Dans sa séance de lundi dernier, la Chambre des députés a voté à l'unanimité un projet de loi portant ouverture d'un crédit de 100,000 fr., pour subvention au Congrès international de la tuberculose qui se réunira à Paris au mois d'octobre prochain.

Ce n'est pas la première fois qu'un Congrès de cette nature se tiendra en France, car c'est à notre pays, et surtout à l'activité inlassable du regretté Verneuil, que revient l'honneur de l'initiative de ces réunions. Et il suffit de parcourir la collection de la *Semaine Médicale* pour se rendre compte du nombre et de la valeur des travaux communiqués dans les Congrès de la tuberculose tenus à Paris en 1888, 1891, 1893 et 1898 et présentant tous les quatre un véritable caractère international. Les Congrès qui ont eu lieu à Berlin en 1899, à Naples en 1900 et à Londres en 1901 ne sont que la continuation plus ou moins heureuse de ce qui s'est fait d'abord chez nous; nous disons plus ou moins heureuse, parce que l'organisation de ces réunions a quelque peu dévié : tandis qu'on avait pour but, au début, l'étude de la tuberculose, comme l'indiquait le titre même du Congrès, on s'attache plutôt actuellement à la question du traitement et surtout de la prophylaxie. Celle-ci a pris le rôle prépondérant, depuis que l'on a fait appel à des hommes qui n'appartiennent pas exclusivement soit à la médecine humaine, soit à la médecine vétérinaire. Mais il n'est pas démontré, pour le moment du moins, que l'alliance du monde scientifique et du monde politique produise de bons résultats. Le progrès dans la lutte contre un fléau ne demande pas, pour être réalisé, des démonstrations ostentatoires, et les quatre premiers Congrès de la tuberculose ont donné plus de résultats utiles que les trois derniers.

En tout cas, un point à considérer, c'est que tous les Congrès de la tuberculose qui se sont tenus jusqu'ici à Paris n'ont jamais sollicité de subvention de l'Etat. La somme de 100,000 fr. demandée par le gouvernement et votée avant-hier par la Chambre des députés est, à notre connaissance, la première subvention directe de l'Etat à un Congrès scientifique.

La décision prise constitue donc un précédent, qui n'a pas échappé d'ailleurs au rapporteur du projet; sans vouloir le justifier, ce qui aurait été difficile, il s'est borné à publier l'état de prévision des dépenses du comité d'organisation du Congrès, dont le total s'élève à 202,896 fr. Or, il est bon de signaler que l'aménagement et la décoration du Grand-Palais, les réceptions et fêtes, les frais de poste, etc., absorbent plus de la moitié de cette somme!

ALLEMAGNE

Les 17 et 18 mars s'est tenu à l'Hôtel de ville de Munich le second Congrès de la Société allemande pour la prophylaxie des maladies vénériennes. Trois questions étaient à l'ordre du jour. La première concernait le secret médical dans ses rapports avec les affections en question : les deux rapporteurs médecins ont été d'avis que dans ce cas le secret pouvait être levé en tout ou en partie, mais le rapporteur juriste s'est élevé contre cette manière de voir et a démontré qu'il n'existe aucun motif de modifier sous ce rapport la législation actuelle.

Nous ne dirons rien de la seconde question, relative aux maisons de tolérance et quartiers de prostituées, qui a donné lieu à un exposé et à une discussion ne présentant pas d'intérêt général.

On connaît, par ce que nous en avons dit dernièrement, quel est l'état d'âme des médecins allemands au point de vue de la préservation conceptionnelle (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 114-115). Le même esprit s'est fait jour à propos de la troisième question qui concernait la « prohibition des annonces des moyens protecteurs contre les maladies vénériennes ». Ici encore des médecins, et non des moindres, entre autres M. le docteur E. Lesser, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Berlin, ont demandé qu'il fût permis de faire connaître par la voie d'annonces les moyens mécaniques de préservation contre les maladies vénériennes. Mais les efforts faits dans ce sens, bien qu'ils soient peu ou prou approuvés par le chancelier de l'empire dans une lettre qu'il a adressée à la Société, ne sont pas prêts d'aboutir, attendu qu'en 1903 le tribunal suprême de l'empire a décidé qu'il y a lieu de considérer comme immoral l'emploi de moyens protecteurs, parce que ceux-ci, étant susceptibles de mettre à l'abri de tout danger d'infection, favorisent par là même l'accomplissement sans danger des rapports sexuels en dehors du mariage.

GRANDE-BRETAGNE

Il se produit dans le Royaume-Uni un phénomène assez surprenant : il semblerait de prime abord que l'agrandissement des possessions anglaises dût avoir pour corollaire l'augmentation du nombre des médecins; or, il n'en est rien, attendu que dans le dernier quart de siècle, c'est-à-dire depuis 1881, on a constaté une diminution progressive du chiffre des nouveaux médecins inscrits chaque année dans le *Medical Register*. En 1904, le total des inscriptions nouvelles a été le plus faible de toute cette période : il ne s'est élevé qu'à 1,168, soit 158 au-dessous de la moyenne des vingt-quatre dernières années.

INDES ANGLAISES

Voilà bientôt neuf ans que la peste a fait son apparition aux Indes, et la mortalité de cette maladie, loin d'avoir subi une diminution, est allée toujours en progressant, avec des accalmies pendant la saison chaude, suivies malheureusement d'une recrudescence considérable durant la saison froide, recrudescence qui atteint des chiffres de plus en plus élevés chaque année; en toute vérité, il y a une réelle progression dans la léthalité annuelle par cette affection, parce que le nombre des localités contaminées augmente chaque année. C'est ainsi qu'en 1904 la mortalité s'est élevée à plus d'un million contre 850,000 en 1903, soit une augmentation, en chiffres ronds, de 180,000 décès. Ce total sera probablement dépassé en 1905, car presque chaque semaine le nombre des décès dépasse celui qui a été relevé dans les semaines correspondantes de 1904. D'après des renseignements que nous avons reçus ces jours-ci, la mortalité serait actuellement d'environ 45,000 par semaine, alors qu'elle ne s'élevait, à la même époque, qu'à 40,000 en 1904 et 29,000 en 1903.

Si l'on veut bien tenir compte d'une pareille hécatombe, on sera forcé de reconnaître que la peste fait plus de ravages aux Indes pendant une année que ne pourrait le faire la guerre moderne la plus effroyable.

REVUE GÉNÉRALE

L'asthénie.

Depuis quelques années seulement, on désigne sous le nom d'asthénie un symptôme particulier d'ordre moteur. L'acception de ce mot était beaucoup plus large autrefois : on faisait de l'asthénie « un défaut de résistance aux influences pathologiques ». Littré entendait par ce terme la « diminution générale ou partielle de l'action organique ».

Actuellement, on applique encore ce nom à un défaut de vitalité s'étendant à tout le système nerveux. Il existe une asthénie psychique : c'est l'impossibilité de prolonger un effort intellectuel. Mais il y a surtout une asthénie neuro-musculaire ou amyosthénie, et c'est d'elle seule qu'il sera question ici. L'asthénie, dans ce sens précisé, veut dire manque de force : *elle consiste dans l'impossibilité, ou tout au moins dans la difficulté de l'effort musculaire, spécialement de l'effort musculaire prolongé*. Le manque d'énergie dans la contraction musculaire, qui caractérise cet état de faiblesse, ne tient pas à un défaut de volonté, car l'asthénique remédie parfois par la volonté à son manque de force. Et l'on conçoit la possibilité d'une asthénie non seulement pour la musculature volontaire ou striée, mais aussi pour les muscles lisses. Quant au cœur, il est vraisemblablement susceptible d'asthénie : on a décrit d'ailleurs une asthénie cardio-vasculaire (Peter, Rigal). Toutefois c'est particulièrement le trouble de la motilité volontaire qui fera l'objet de cette étude.

Disons tout de suite que l'asthénie demande à être distinguée de la paralysie, de la parésie, de l'adynamie et surtout de l'atonie ou hypotonie.

La paralysie est l'abolition de la motilité volontaire ou involontaire; la parésie en est la diminution. Le paralytique, par exemple, ne peut mouvoir ses jambes; le parétique pourra les mouvoir, mais non se tenir debout sans aide; l'asthénique se tiendra sur ses jambes, mais ne se maintiendra pas longtemps en station debout.

L'asthénie n'est qu'un élément de l'adynamie.

Quant à l'atonie ou abolition du tonus musculaire, elle exprime un état statique des muscles, tandis que l'asthénie est en rapport avec l'état dynamique. C'est, comme le dit M. Brissaud, une diminution de potentiel.

Il n'y a pas nécessairement atonie chez l'asthénique. L'asthénie peut coexister avec la rigidité des parkinsoniens, véritable hypertonie musculaire. Et, d'autre part, l'atonie ne semble pas impliquer nécessairement l'asthénie, ainsi qu'on le voit par exemple chez les tabétiques.

I

L'asthénie peut être *a priori* généralisée ou localisée. Cette dernière forme est-elle assimilable à la première? C'est une question que nous réservons pour l'instant, nous occupant seulement de l'*asthénie généralisée*, la mieux connue, la plus typique, la plus indiscutable.

Tantôt cette asthénie est assez profonde pour être objectivement appréciable; la volonté est impuissante à la surmonter ou à la masquer; elle est absolue. Tantôt au contraire elle est assez légère pour rester un symptôme subjectif : elle est alors relative. L'une est évidente, l'autre se laisse seulement deviner. L'une et l'autre peuvent être passagères ou chroniques.

La prostration des maladies aiguës (fièvre typhoïde) est un exemple d'*asthénie objective*. C'est elle qu'on observe dans la péritonite aiguë. On la retrouve encore dans la maladie d'Addison où elle atteint progressivement son plus haut degré.

Dans ces différents cas, l'asthénie offre à peu de chose près le même aspect. L'attitude est nonchalante; les mouvements sont lents. L'asthénique s'asseoit, se couche et s'affale volontiers. Toute contraction musculaire prolongée devient très pénible, d'où l'impossibilité de la station debout. C'est aux membres inférieurs que se révèle d'abord le symptôme. Les muscles du cou sont également insuffisants à soutenir la tête. Le moindre effort provoquant une lassitude infinie, le mouvement répugne aux malades, et ils restent immobiles dans le décubitus horizontal. A cette incapacité motrice se joint souvent la faiblesse de la voix ou l'aphonie complète (voix cassée). Les traits sont effacés, la physionomie terne, les paupières tombantes; les globes oculaires sont enfoncés dans les orbites (œil excavé), par insuffisance du muscle de Müller.

On retrouve dans l'*asthénie légère* ou *subjective* les caractères précédents, bien qu'atténués : par exemple chez les sujets atteints d'infection ou d'intoxication chronique. C'est le même besoin de repos; c'est la même facilité avec laquelle le malade se fatigue, la même difficulté de la station debout prolongée. La démarche est lente et lourde.

C'est ainsi que les neurasthéniques, gastropathes ou entéritiques ont des crises d'asthénie pendant lesquelles ils doivent faire tout l'effort dont ils sont capables pour ne pas se laisser choir sur le sol; ils ont la sensation d'une défaillance toujours imminente. D'autres laissent fréquemment tomber les objets qu'ils tiennent en main. Les femmes deviennent incapables d'élever leurs mains au-dessus de la tête pour se coiffer.

Cette asthénie n'est parfois que relative; la volonté peut en triompher, du moins par moments. Il est curieux de remarquer que, même dans cette forme légère, on peut observer l'œil cave, la voix cassée.

Il n'y a pas de différence radicale entre ces deux variétés d'asthénie généralisée. Une lassitude constante leur est commune; c'est leur trait dominant.

A l'asthénie s'associent fréquemment des troubles vasomoteurs. L'asthénie légère coïncide parfois avec l'hypertension artérielle (1), par exemple chez les artérioscléreux. Plus souvent il y a hypotension. L'abaissement de la tension artérielle est surtout marqué dans l'asthénie profonde; et le collapsus n'est en somme qu'une asthénie extrême avec abaissement énorme de la pression artérielle. Le pouls devient filiforme; les battements du cœur s'affaiblissent, et cependant le muscle cardiaque reste suffisant grâce à un phénomène curieux d'adaptation : dans les artères rapetissées la masse sanguine circulante est en effet diminuée. Il semble que par l'intermédiaire du système nerveux le travail du cœur ait été réduit au minimum.

L'asthénie coexiste souvent avec la constipation, l'atonie gastro-intestinale, des ptoses viscérales, un certain relâchement des tissus élastique et conjonctif. Par contre, les ptoses viscérales de la femme ne se compliquent pas toujours d'asthénie. Il n'y a non plus aucune corrélation nécessaire entre l'insuffisance des muscles lisses et celle des muscles striés.

Quant aux réflexes, ils sont tantôt exagérés, tantôt diminués ou abolis.

Les fonctions de la vie végétative sont souvent ralenties chez les asthéniques. Il y a surtout dépression génitale. Possible dans l'hyperthermie, l'asthénie suit parfois les variations de l'hypothermie.

A l'état normal, la force musculaire est chose éminemment variable : les athlètes savent qu'il suffit d'un léger excès pour leur faire perdre le bénéfice d'un entraînement de longue date. L'asthénie est également sujette à des variations étendues suivant les individus. Chez les nourrissons débiles, il existe une véritable asthénie congénitale ou faiblesse congénitale : l'insuffisance de leur force apparaît dans la succion, dans le cri, dans la lenteur et la rareté de leurs mouvements, dans la difficulté de la déglutition elle-même (Budin).

Entre le nourrisson débile et le nourrisson bien portant, il y a place pour le nourrisson simplement chétif, qui sera évidemment plus tard plus vulnérable vis-à-vis des causes multiples d'asthénie.

(1) Il y aurait à rechercher si, pendant les crises d'asthénie, l'artérioscléreux ne subit pas une hypotension *relative*.

II

Les *conditions étiologiques* de l'asthénie peuvent être groupées de la façon suivante : 1° affections humorales (infections, auto-intoxications, intoxications); 2° maladies abdominales; 3° lésions nerveuses centrales; 4° névroses et psychoses.

1° Voyons d'abord ce qui concerne les *affections humorales*.

La fièvre, en général, s'accompagne d'asthénie. Parmi les infections aiguës qui déterminent celle-ci, nous citerons la grippe, et, parmi les infections chroniques, la syphilis secondaire, le paludisme chronique et la tuberculose. L'asthénie grippale et post-grippale est à ce point dominante dans le tableau clinique, qu'on peut se demander si cette maladie n'est pas plutôt caractérisée par une sorte de faillite nerveuse de l'organisme, avec envahissement microbien primitif ou secondaire, que par un microbe spécifique qui reste à trouver (1). La multiplicité des troubles viscéraux de la grippe n'est pas sans rapport avec cette asthénie.

L'importance des troubles viscéraux dans la pathogénie de l'asthénie se retrouve à propos de la syphilis secondaire : M. A. Fournier l'a constatée d'une part chez les nerveux, et, d'autre part, dans les cas « où la vérole retentit d'emblée sur les fonctions splanchniques, affecte d'emblée la forme viscérale... » (2).

L'asthénie prémonitoire de la tuberculose, ou plutôt coïncidant avec la germination des tubercules, soit dans le poumon, soit dans les méninges, etc., est importante à connaître à cause d'une confusion possible avec la neurasthénie.

Les insuffisances hépatique, rénale, ovarienne et thyroïdienne sont autant de causes de l'asthénie. Dans la cholémie ou l'ictère ce symptôme existe également.

Mais, parmi les auto-intoxications, le diabète est celle où l'asthénie a la plus grande valeur symptomatique. Ici, la perte de la force musculaire ou la lassitude est un phénomène précoce, indicateur. Tel sujet qui, en bonne santé, était capable de soulever des poids énormes ne peut fournir, maintenant qu'il est diabétique, aucun travail musculaire. Dans le diabète pancréatique on observe une incapacité analogue à celle de l'addisonien. Enfin, le collapsus diabétique est une sorte d'asthénie terminale. Peut-être faut-il rattacher à l'asthénie les paralysies diabétiques proprement dites qui, sous forme de paraplégie, de monoplégie ou d'hémiplégie, sont incomplètes, fugaces et variables, accompagnées parfois de démarche chancelante.

Dans les causes humorales rentrent encore les anémies et les dyscrasies (leucocythémie, cancer, etc.), ainsi, sans doute, que la myocardite aiguë dont la cause toxi-infectieuse agirait directement sur les centres nerveux.

Les intoxications alimentaires (botulisme, empoisonnement par les champignons), les intoxications par le sublimé, le tartre stibié, l'intoxication hydatique sont à citer, dans cette

(1) Dans la discussion qui a eu lieu récemment à la Société médicale des hôpitaux de Paris au sujet de la nature de la grippe (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 103), MM. Barié et Le Gendre ont relevé l'importance de l'asthénie grippale, bien décrite d'ailleurs dans les articles classiques de M. Netter et de M. Widal.

(2) A. Fournier, Traité de la syphilis, T. I, p. 586 et 649. Paris, 1899.

catégorie, comme causes d'asthénie et surtout de collapsus.

2° Les *lésions viscérales de l'abdomen* ou les simples *troubles fonctionnels abdominaux* forment, au point de vue de l'asthénie, un groupe des plus importants dans lequel rentre la maladie d'Addison, et, avec elle, les péritonites et entérites aiguës ou chroniques (entérite muco-membraneuse), le choléra, certaines gastropathies, les affections utérines, les affections hépatiques (cancer primitif, lithiase), les affections rénales (néphrites, calculs, néphroptose, infarctus, etc.), l'étranglement herniaire, la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Ici doit se placer aussi l'orchite ourlienne en tant que cause de collapsus. Citons encore la neurofibromatose généralisée intéressant le sympathique abdominal, etc.

Il y a un rapport particulièrement étroit entre l'état du ventre et la force musculaire. Il suffit d'un peu de constipation, d'une diarrhée passagère, d'une simple colique pour « couper les jambes », suivant une expression courante. C'est à une lésion abdominale (péritonite par perforation, par appendicite ou autre) que l'on pensera d'abord en présence du collapsus (1).

Dans cet ordre d'idées, il est connu que l'enfant dyspeptique se plaint à tout propos d'être fatigué. C'est une sensation de grande fatigue qu'il éprouve d'abord en cas d'indigestion, avant le vomissement. De même, quand le nouveau-né commence à marcher, il suffit d'une entérite, non seulement pour retarder les progrès de la marche, mais même pour le rendre momentanément incapable de faire un pas.

Chez l'adulte à l'état de santé, chacun sait que les fonctions gastriques et intestinales jouent un rôle prépondérant dans l'équilibre de la force musculaire.

L'asthénie du mal de mer est assimilable, dans une certaine mesure, à l'asthénie d'origine abdominale; il est pourtant plus rationnel de l'attribuer à une action centrale cérébelleuse.

3° Parmi les *maladies organiques des centres nerveux*, ce sont en effet celles du cervelet qui paraissent produire sinon exclusivement, du moins le plus souvent l'asthénie. Celle-ci a été observée dans les hémorrhagies, dans les ramollissements, dans les tumeurs et dans la sclérose du cervelet. Il s'agit là d'un affaiblissement musculaire, bien distingué par les auteurs de la paralysie.

On retrouve ce même symptôme dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse (2) et dans la maladie de Friedreich (3), caractérisées toutes deux par la lésion du même système cérébello-médullaire. Elle est parfois un signe prodromique, analogue à l'asthénie prémonitoire de la paralysie générale (G. Ballet).

Charcot signale dès la première période de la sclérose en plaques, qui affecte avec prédilection la région du cervelet et les faisceaux blancs qui y convergent ou en émergent, la diminution de l'énergie musculaire. Il mentionne aussi chez les parkinsoniens « un sentiment de prostration, de fatigue qui s'accuse surtout après les paroxysmes de tremblement » (4). Il est curieux de voir ces malades ne pouvoir rester en place et se fatiguer très vite dès qu'ils se déplacent. M. Bourneville a noté que « l'affaiblissement dynamométrique est plus marqué dans le côté où prédomine le tremblement » (5). N'est-ce pas là de l'hémiasthénie cérébelleuse? Quoi qu'il en soit, la coïncidence de l'asthénie avec la rigidité musculaire de la maladie de Parkinson est à souligner, ainsi que l'importance, dans la même affection, des troubles vasomoteurs avec hypotension artérielle (1).

(1) Il y a des faits contradictoires, exceptionnels. On a vu des malades atteints de péritonite par perforation venir à pied à l'hôpital. Chez de tels malades les sensations internes sont émoussées, comme chez l'alcoolique.

(2) P. Londe. Maladies familiales du système nerveux; de l'hérédo-ataxie cérébelleuse. (*Thèse de Paris*, 1895.)

(3) E. Brissaud. Leçons sur les maladies nerveuses faites à la Salpêtrière, 1893-1894 (recueillies par H. Meige), p. 56. Paris, 1895.

(4) J.-M. Charcot. Leçons sur les maladies du système nerveux (recueillies et publiées par Bourneville). T. I, p. 177. Paris, 1892.

(5) J.-M. Charcot. (*Loc. cit.*, note de la page 175.)

Peut-être faut-il joindre aux maladies précédentes les méningites, la méningo-encéphalite diffuse chronique, les hémorrhagies méningées et certains troubles circulatoires encéphaliques, comme il s'en produit dans la syncope et les crises syncopales de la maladie de Stokes-Adams.

Chez les tabétiques, ni l'ataxie, ni l'hypotonie musculaire ne paraissent entraîner nécessairement l'asthénie. Celle-ci n'existe que chez quelques-uns; elle peut être alors très accentuée, par exemple à l'occasion de crises viscérales, surtout gastriques, cause possible de collapsus. C'est à l'asthénie qu'il faudrait rattacher sans doute les états pseudo-paralytiques de M. von Leyden.

Pour en finir avec ce groupe, réservons une place à la paralysie diphtérique, à laquelle Gubler, non sans raison, avait donné le nom de paralysie asthénique. Dans la forme légère, elle ne consiste guère que dans l'asthénie, si bien que la maladresse de la marche est mise parfois sur le compte de la faiblesse du convalescent (2). La paralysie du voile n'est jamais qu'un état de flaccidité. Aux membres, la paralysie n'est pas non plus complète : c'est une sorte de parésie diffuse, frappant également tous les muscles, sans atrophie consécutive, et qui ne ressemble ni à la névrite, ni à la poliomyélite. Aussi M. Remak rattache-t-il la paralysie diphtérique à l'influence du sympathique; il la considère comme déterminée par une lésion du ganglion cervical supérieur (3).

4° Passant maintenant aux *névroses* et *psychoses*, nous rappellerons tout d'abord que l'asthénie est un symptôme important du goitre exophtalmique et de la chorée de Sydenham.

Dans le goitre exophtalmique, elle ne peut pas ne pas être due à la perturbation sympathique qui caractérise cette maladie.

On est en droit de se demander si une explication analogue ne serait pas valable aussi pour la chorée (4) : l'asthénie se développerait sous l'influence de troubles sympathiques primordiaux. Il semble bien, d'autre part, que la chorée molle soit due à une asthénie particulièrement intense, et celle-ci est alors un symptôme favorable : en effet, le repos forcé auquel elle condamne le malade le met à l'abri des infections secondaires qui donnent lieu à la chorée grave, à la chorée mortelle. A ce sujet, il n'est pas inutile de mentionner que M. Ferrannini (5) fait de la chorée molle non une paralysie, mais une myasthénie.

La migraine, où l'asthénie est fonction de troubles sympathiques abdominaux divers, suffit à réaliser le facies asthénique le plus typique, avec enfoncement du globe oculaire, quelquefois unilatéral.

Il faut distinguer de la neurasthénie les états asthéniques simples, secondaires à une foule de conditions morbides. Dans ceux-ci rentrent l'asthénie de la convalescence, l'asthénie de la croissance, avec ou sans scoliose, l'asthénie liée à l'albuminurie orthostatique ou familiale, etc., etc. Pour qu'il y ait neurasthénie proprement dite, il faut qu'à l'asthénie se joigne l'anxiété, que celle-ci soit ou non la première en date; dès lors, l'asthénie est disproportionnée avec la cause occasionnelle qui lui a permis de se développer. Quand la neurasthénie paraît essentielle, il y a défaut d'adaptation de la vie psychique à la vie somatique, ou encore défaut d'adaptation de l'individu au monde extérieur, à son milieu social, à ses occupations. L'asthénie du neurasthénique, purement subjective d'ordinaire (Brissaud), peut s'accentuer au point d'amener un état voisin du collapsus. Elle « présente, dans un bon nombre de cas, cette particularité curieuse, qu'elle semble se localiser à certains groupes musculaires, ou du moins ne se manifester qu'à l'occasion d'un certain nombre de mouvements »... La « localisation de l'amyosthénie aux membres inférieurs est surtout commune dans la neurasthénie féminine ». (G. Ballet).

(1) Sicard et Guillain. Hypotension artérielle dans la maladie de Parkinson. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 5 mai 1899, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 166.)

(2) Ch. Aubertin. Contribution à l'étude clinique des paralysies diphtériques. (*Arch. gén. de méd.*, 10 fév. 1903, p. 321.)

(3) A. Trumet de Fontarce. Pathologie clinique du grand sympathique; étude basée sur l'anatomie et la physiologie, p. 80. Paris, 1888.

(4) P. Londe. Les parésies de la chorée et du goitre exophtalmique. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 13 octobre 1899, p. 772, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 350.)

(5) L. Ferrannini. Corea molle, epilessia coreica et miastenia pseudo-paralitica. (*Riforma med.*, 1er juillet 1903, p. 713.)

L'asthénie fait partie du syndrome somatique de la mélancolie, syndrome qui comprend des troubles vasomoteurs et nutritifs. De même que chez le neurasthénique l'asthénie peut engendrer l'anxiété, de même chez le mélancolique elle est peut-être l'occasion d'idées de ruine, d'indignité, de culpabilité. Dans les deux cas, asthénie intellectuelle et asthénie neuromusculaire coexistent : l'aboulie et l'asthénie vont de pair. Dans la manie, au contraire, la force musculaire est augmentée, et il y a, à la fois, suractivité de l'esprit et de certaines fonctions organiques.

L'étude des rapports de la folie avec les troubles viscéraux, effets ou causes de l'asthénie, nous entraînerait trop loin. Il nous suffira de souligner l'influence que l'état mental peut exercer sur la puissance musculaire d'un sujet normal ou malade, et réciproquement. Cette influence est parallèle à l'activité des fonctions viscérales abdominales. Une bonne digestion relève à la fois le courage et la force. Une émotion déprimante exerce une action contraire sur les fonctions gastriques et musculaires. L'inertie physique à son tour enraye le travail intellectuel en même temps que le travail de la digestion.

Le cerveau subit lui aussi l'influence du grand sympathique; ainsi s'explique l'accentuation de la paralysie chez un hémiplégique à propos d'une maladie intercurrente comme la grippe.

III

L'étude des causes de l'asthénie montre qu'il s'agit là d'un symptôme dont les origines sont multiples. Une lésion quelconque en apparence, ou même un trouble fonctionnel léger et localisé, suffit à diminuer l'énergie musculaire. Pourtant il est remarquable de voir que les maladies du cerveau proprement dit, de la moelle et des nerfs périphériques ne s'accompagnent qu'accidentellement d'asthénie. Il en est de même pour les atrophies musculaires, exception faite de la myopathie, où il est possible que l'asthénie précède les altérations musculaires; en tout cas, ce signe rentre surtout dans le syndrome cérébelleux. D'autre part, les maladies du thorax ne produisent l'asthénie qu'accessoirement, suivant qu'elles retentissent plus ou moins sur l'état général. C'est donc dans les maladies générales et abdominales qu'on relève le plus souvent ce symptôme.

En résumé, l'asthénie est quelquefois un signe d'origine cérébelleuse et beaucoup plus souvent d'origine viscérale et abdominale ou sympathique. C'est le sympathique qu'on est en droit d'incriminer dans les cas les plus divers : péritonite, maladie d'Addison, grippe, diabète, entérite muco-membraneuse, goitre exophtalmique, mélancolie, etc.

L'association fréquente, avec l'asthénie, de troubles vasomoteurs ou sécrétoires est la preuve de cette intervention du sympathique.

Au début de la sclérodermie, où le sympathique est évidemment affecté, M. Grasset a signalé une asthénie notable (1).

L'asthénie apparaît en somme comme fonction morbide du grand sympathique, de même que l'angoisse semble fonction des centres bulbaires du pneumogastrique sensitif (2).

L'*expérimentation* ne contredit pas les données de la clinique. Brown-Séquard a, le premier, réalisé expérimentalement l'asthénie chez des cobayes décapsulés : il observa un affaiblissement musculaire plus intense qu'après tout autre intervention opératoire. M. Langlois a vu cet affaiblissement, plus marqué d'abord aux membres postérieurs, gagner les membres antérieurs, puis s'étendre aux muscles respiratoires.

On admet aujourd'hui que l'asthénie addisonienne est due à l'insuffisance capsulaire. Cette théorie glandulaire, à laquelle manque l'appui de l'argument thérapeutique, n'est en tout cas applicable qu'à un cas particulier de l'asthénie. L'insuffisance surrénale ne paraît pas intervenir chez tous les asthéniques. Là même où elle est en cause, elle semble parfois secondaire à un trouble d'innervation.

Les phénomènes de dépression motrice générale du collapsus, dit M. François-Franck, reconnaissent pour cause première l'influence inhibitoire d'une irritation excessive portant sur le système sensible organique (3).

Enfin, récemment, M. Laignel-Lavastine signale l'abattement parmi les symptômes du syndrome solaire de paralysie (4).

Quant à l'asthénie produite par l'ablation du cervelet, on discute encore sur sa valeur pathogénique. Résulte-t-elle de la sensation d'insécurité que donne au « cérébelleux » le manque d'équilibre? Est-elle, au contraire, un effet direct du déficit cérébelleux? M. A. Thomas (5) admet la première hypothèse, M. Luciani défend la seconde. Sans vouloir faire, comme ce dernier, de l'asthénie la clé de l'ataxie cérébelleuse, nous croirions volontiers qu'elle n'est pas purement secondaire. D'après M. Thomas lui-même, l'équilibre est plus profondément troublé après la destruction d'une moitié du cervelet qu'après la destruction totale de cet organe; or, de l'aveu du même auteur, la destruction totale cause une asthénie plus prononcée et plus persistante. L'asthénie résulterait pour M. Thomas de la fatigue imposée aux muscles par le défaut d'équilibre; elle serait plus marquée dans la destruction bilatérale, parce que la suppléance serait alors plus lente à s'établir que dans la destruction unilatérale.

On pourrait renverser cette proposition et dire : l'animal n'est plus capable de maintenir l'équilibre quand il manque de la force emmagasinée, à l'état normal, dans le cervelet.

IV

Quelle que soit sa cause, l'asthénie cérébelleuse est indéniable. Elle précède même parfois la titubation. Mais c'est un symptôme de second plan, n'ayant pas l'importance de celle-ci. De même que le cérébelleux est, dans une certaine mesure, asthénique, de même l'asthénique, tel que le convalescent, est capable de titubation. Chez l'asthénique comme chez le cérébelleux, c'est la station debout qui est l'attitude la plus pénible; elle nécessite, en effet, une dépense permanente de forces. Chez les cobayes décapsulés, comme chez le chien privé de cervelet, ce sont les membres postérieurs qui sont le plus affaiblis.

Existe-t-il donc *entre le cervelet et le sympathique des relations anatomiques* expliquant leur connivence physiologique et pathologique? On peut répondre à cette question par l'affirmative.

En effet, le faisceau cérébelleux direct, en rapport avec l'écorce cérébelleuse, prend son origine dans la colonne de Clarke. Or, la colonne de Clarke serait une station terminale pour des fibres nerveuses de la vie végétative. « Deux semaines après l'extirpation des troisième, quatrième et cinquième ganglions lombaires sympathiques, nous avons observé, disent MM. Onuf et Collins (1), des dégénérations à la fois dans les cellules de la colonne de Clarke et dans les fibres qui la gagnent par les racines postérieures. » D'autre part, le faisceau cérébelleux descendant venu du corps dentelé serait en connexion avec la base de la corne antérieure qui contiendrait des cellules sympathiques (2).

C'est une notion courante que les ganglions du sympathique sont des centres à la fois toniques et inhibitoires pour les appareils contractiles organiques. Le cervelet serait un centre tonique ou sthénique en rapport avec les premiers, et soumis dans une certaine mesure à leur influence. Le sympathique exercerait donc une action tonique sur le cervelet, et parfois aussi une action inhibitoire (3). Le tonus dont dispose le cervelet serait élaboré dans le fonctionnement normal de la vie végétative. C'est dans les impressions qui lui viendraient des nerfs sympathiques qu'il puiserait l'influx nerveux à répartir ensuite, suivant les excitations venues du dehors, dans les manifestations de la vie de relation. On conçoit que le centre de l'équilibre soit en même temps un centre tonique ou sthénique : pour coordonner les contractions musculaires, nécessaires au maintien de l'équilibre, il faut dépenser une force bien supérieure à celle que nécessite une simple contraction musculaire isolée.

L'asthénie de la chorée et du goitre exophtalmique, que nous avons attribuée à un trouble de la fonction cérébelleuse, s'explique ainsi très simplement par l'intervention du sympathique, qu'il resterait cependant à préciser, notamment dans la chorée (4).

La dénomination de centre tonique affectée au cervelet ne doit toutefois pas favoriser une confusion entre l'asthénie et l'atonie. Si, en effet, comme nous l'avons précédemment montré, au point de vue clinique l'asthénie est différente de l'atonie, elle ne l'est pas moins au point de vue physiologique.

L'atonie ou abolition du tonus musculaire est reproduite expérimentalement par la section des racines postérieures; le résultat de cette section est un état paralytique. C'est dans le tabes qu'on trouve l'exemple clinique le plus typique d'atonie, atonie qui est caractérisée par la flaccidité du muscle et par les attitudes anormales qu'elle entraîne. Il nous aura suffi de montrer que l'asthénie existe indépendamment de l'atonie, sans vouloir établir entre l'une et l'autre une ligne de démarcation impossible à tracer actuellement. Peut-être pourrait-on dire que l'atonie résulte de la suspension de l'action tonique du sympathique sur la moelle, tandis que l'asthénie résulte de la suspension de la même action sur le cervelet.

Le terme hypotonie prête à confusion, et l'hypotonie, qu'on a décrite dans les affections cérébelleuses et le vertige labyrinthique (1), est sans doute équivalente à l'asthénie telle que nous l'entendons ici.

En résumé, entre l'atonie et l'asthénie il y a autre chose qu'une différence de degré, bien qu'il s'agisse de phénomènes du même ordre, tous deux caractérisés par l'insuffisance de la contractilité musculaire, soit à l'état statique (atonie), soit à l'état dynamique (asthénie) (2).

V

Dans cet exposé, il n'a été question que d'asthénie généralisée. Or, l'asthénie peut être prédominante ou même localisée en un point, par exemple dans la dysphonie nerveuse chronique (3), dans l'asthénopie accommodative des hypermétropes ou des neurasthéniques; peut-être l'incontinence nocturne d'urine des enfants n'est-elle elle-même qu'une variété d'asthénie localisée.

Il est surtout une affection essentiellement caractérisée par une asthénie plus ou moins localisée : c'est l'*asthénie bulbo-spinale* (4), ou paralysie bulbaire asthénique, ou encore syndrome d'Erb. Elle a pour double caractère l'asthénie avec épuisement musculaire rapide et la localisation bulbaire initiale. Débutant dans le releveur des paupières, les muscles de la face, les extenseurs de la tête, la langue, les masticateurs, le larynx, le pharynx, elle a tendance à se généraliser, notamment à la racine des membres. Sa distribution et son intensité sont éminemment variables, mobiles et paroxystiques. Parfois curable, ou bien lente et progressive, elle est sujette à rémissions. La mort par syncope ou suffocation est possible. On ne trouve pas les lésions habituelles de la polioencéphalite.

Comment nier les rapports qui existent entre cette asthénie localisée et l'asthénie généralisée? Le diagnostic entre elles peut être délicat au début. Ce qui particularise et aggrave l'asthénie bulbo-spinale, c'est qu'elle intéresse les centres nerveux les plus importants. De même que l'asthénie généralisée, on l'a vue se déclarer après une infection, à la faveur d'une intoxication ou d'une auto-intoxication — le diabète dans un cas de MM. Hingston et Stoddart (5) —, d'une lésion du thymus ou même d'une émotion. Il semble qu'il y ait tous les intermédiaires entre l'asthénie bulbaire et l'asthénie banale. Le terme de myasthénie, appliqué à l'une et à l'autre, montre la difficulté que l'on éprouve à établir à ce sujet des groupements d'observations nettement définis.

Deux faits récents signalent, entre autres, l'association de l'asthénie généralisée et de l'asthénie bulbo-spinale; ce sont ceux de MM. Bris-

---

(1) GRASSET. Sclérodermie et asphyxie locale des extrémités. (*Arch. gén. de méd.*, 13 déc. 1904, p. 3164.)

(2) P. LONDE. De l'angoisse. (*Rev. de méd.*, août 1902, p. 704.)

(3) FRANÇOIS-FRANCK. Article « Grand sympathique » in « Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales » de Dechambre.

(4) M. LAIGNEL-LAVASTINE. Recherches sur le plexus solaire. (*Thèse de Paris*, 1903.)

(5) A. THOMAS. Le cervelet; étude anatomique, clinique et physiologique. (*Thèse de Paris*, 1897.)

(1) O. B. ONUF et J. COLLINS. Experimental researches on the localization of the sympathetic nerve in the spinal cord and brain, and contribution to its physiology. (*Journ. of Nervous and Mental Disease*, sept. 1898.)

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. La topographie fonctionnelle du sympathique, en particulier du système solaire. (*Arch. gén. de méd.*, 29 sept. 1903, p. 2446.)

(3) Le cervelet exerce à son tour une action inhibitoire sur les réflexes. C'est ainsi, du moins, qu'on explique l'exagération des réflexes tendineux après destruction du cervelet. Enfin le cerveau exerce une action analogue sur le cervelet; exemple : l'asthénie et la titubation de l'émotion, l'asthénie par surmenage mental ou découragement.

(4) P. LONDE. Sur les troubles moteurs du goitre exophtalmique (théorie de l'hypotonie). (*Soc. de neurol. de Paris*, séance du 9 nov. 1899, *in Rev. neurol.*, 15 nov. 1899, p. 788.)

(1) J. DEJERINE. Article « Séméiologie du système nerveux » *in* « Traité de pathologie générale » de Ch. Bouchard. T. V, p. 753. Paris, 1900.

On peut très bien admettre d'ailleurs que le cervelet comme le cerveau (Babinski) exerce une action sur le tonus musculaire, mais elle n'est pas comparable à celle du grand sympathique dont le rôle important ne paraît pas avoir été mis en valeur.

(2) Signalons à ce propos que M. H. Oppenheim, qui a écrit une monographie de la paralysie myasthénique (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, sept. 1900, p. 232), distingue la myasthénie de la myotonie.

(3) E. BRISSAUD. De la dysphonie nerveuse chronique. (*Arch. de laryngol. et de rhinol.*, 1890, III, p. 1-16.)

(4) F. RAYMOND. Clinique des maladies du système nerveux (hospice de la Salpêtrière, année 1898-1899). 5e série. Paris, 1901.

(5) C. A. HINGSTON et W. H. B. STODDART. A case of acute myasthenia gravis. (*Lancet*, 15 mars 1902, p. 737.)

saud et Bauer (1), de MM. Launois, Klippel et Villaret (2).

En dehors du goitre exophtalmique, trouve-t-on à l'origine de l'asthénie bulbaire, comme à l'origine de l'asthénie généralisée, des troubles sympathiques? Plusieurs observations éveillent l'idée d'une relation de ce genre, notamment celle de M. J. de León (3), concernant un cas d'hémicranie avec troubles gastriques, et celle de M. Diller (4) relative à la concomitance de troubles vasomoteurs.

Quoi qu'il en soit, l'asthénie localisée du syndrome d'Erb aboutit, par épuisement musculaire, à un état paralytique, à rapprocher des paralysies variables du diabète, de la chorée, du goitre exophtalmique et même de la paralysie diphtérique; la conservation habituelle de quelques mouvements caractérise ces paralysies asthéniques. Le vertige paralysant ou maladie de Gerlier, qui sévit sous forme épidémique au Japon, est à signaler ici à cause de son analogie avec le syndrome d'Erb. Il n'est pas enfin jusqu'à la respiration de Cheyne-Stokes qui ne puisse être considérée comme une variété très spéciale d'asthénie localisée (5).

Le mécanisme des paralysies asthéniques est encore inconnu. Il semble qu'il existe une série d'états intermédiaires entre l'asthénie simple et la paralysie absolue. Admettons donc que le même neurone moteur périphérique, ou plutôt son territoire vasculaire, est intéressé dans les deux cas. Mais tandis que dans l'asthénie il y aurait simple trouble fonctionnel par contrecoup d'une lésion ou même d'une simple perturbation à distance, dans la paralysie il y aurait lésion. On sait du reste que du trouble fonctionnel à la lésion il n'y a qu'un pas.

VI

Nous avons à dessein laissé de côté l'étude du *tonus musculaire* (6) lui-même, étude entreprise par MM. Debove, Brissaud, Boudet, etc., continuée par Jolly avec la réaction myasthénique du syndrome d'Erb, et tout récemment reprise par MM. Constensoux et Zimmern qui ont remarqué que le nombre des excitations nécessaires pour la tétanisation d'un muscle varie avec l'état du tonus de ce muscle, ce nombre augmentant quand le tonus diminue et diminuant quand le tonus augmente (7). Dans la réaction myasthénique, la tétanisation elle-même ne produit plus son effet habituel, en ce sens qu'elle ne peut être prolongée sans intervalles de repos. Cette réaction a été rencontrée ailleurs que dans l'asthénie bulbo-spinale où elle est inconstante.

Les physiologistes ont étudié l'épuisement musculaire à l'aide de l'*ergographe*. L'ergométrie a pour but de mesurer cet épuisement (8).

Suivant cette méthode, MM. G. Ballet et J. Philippe ont entrepris l'étude comparative de la fatigue chez l'homme sain, le neurasthénique, le myopathique et dans l'atrophie musculaire névritique (1). Ces auteurs opéraient de la façon suivante : après avoir fait travailler l'index jusqu'à la fatigue complète, les contractions étaient espacées de dix secondes en dix secondes. Or, chez le neurasthénique le muscle ne récupère que peu ou pas sa puissance d'action, tandis que chez le myopathique ou l'atrophique le relèvement de la courbe est rapide et soutenu comme chez l'homme sain. MM. Ballet et Philippe en concluent que la fatigue chez le neurasthénique a son origine dans le système nerveux central et non dans le muscle.

M. Langlois avait démontré aussi à l'aide de l'ergographe la réalité de l'asthénie de l'addisonien (2).

Ces procédés d'étude ne seront pas d'une grande utilité dans le *diagnostic* de l'asthénie. Celle-ci, étant un symptôme fréquemment initial, et même précoce, la difficulté, en clinique, consistera bien plus à reconnaître le motif de l'asthénie qu'à dépister celle-ci. Il n'est pas inutile de dire qu'un symptôme nerveux tel que l'asthénie, bien loin de dispenser de l'examen viscéral, doit y engager.

En ce qui concerne le *pronostic*, il est impossible de poser une règle générale. Dans les fièvres, l'asthénie indique la gravité de l'atteinte, au même titre, ni plus ni moins, que l'agitation, d'où le nom de fièvre ataxo-adynamique. A tout prendre, d'ailleurs, un malade tranquille se trouve dans de meilleurs conditions qu'un malade agité, qui dépense inutilement ses forces. L'asthénie, en elle-même, n'est donc pas fâcheuse, quand elle n'est que le recueillement d'un organisme qui se défend ou se prépare à lutter contre l'attaque morbide. Qu'il s'agisse d'un choréique, d'un addisonien, d'une chlorotique, d'un fiévreux, d'un malade atteint de péritonite par perforation, d'albuminurie orthostatique ou de diabète — pour prendre des exemples très divers —, le repos auquel le sujet est condamné par l'asthénie est pour lui une bonne chose.

L'asthénie est par conséquent un symptôme qu'il faut savoir respecter, au moins au début, le *traitement* consistant avant tout à seconder la nature. Dans une maladie quelconque, il est de règle de s'assurer d'abord de l'état des fonctions abdominales; cette loi trouve son application ici, puisque c'est dans un trouble du sympathique abdominal que réside la cause la plus fréquente d'asthénie. Ce n'est qu'en second lieu que le médecin est autorisé à faire usage des toniques. Quant aux stimulants, ils ne sont vraiment indiqués que dans les cas d'asthénie extrême aiguë.

Dr P. Londe (de Paris).

(1) Brissaud et Bauer. Syndrome de Basedow compliqué d'une paralysie bulbo-spinale asthénique. (*Soc. de neurol. de Paris*, séance du 1er déc. 1904, *in Rev. neurol.*, 30 déc. 1904, p. 1224.)

(2) Launois, Klippel et Villaret. Myasthénie bulbo-spinale. (*Soc. de neurol. de Paris*, séance du 2 fév. 1905, *in Rev. neurol.*, 28 fév. 1905, p. 239.)

(3) J. de León. Contribución al estudio de la parálisis miasténica. (*Rev. méd. del Uruguay*, juin 1904.) — Contribution à l'étude de la paralysie myasthénique. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août 1904.)

(4) Th. Diller. A case of myasthenia gravis complicated by angioneurotic œdema. (*Journ. of Nervous and Mental Disease*, avril 1903, p. 210.)

(5) P. Londe. Urémie lente à forme bulbaire, avec crises d'angoisse, respiration de Cheyne-Stokes et hémorrhagies intestinales. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 5 juillet 1901, p. 818, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 228.)

(6) Voir à ce sujet : Crocq. Physiologie et pathologie du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture. (*Comptes rendus du onzième Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes*, Limoges, 1901, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 258-260.)

(7) G. Constensoux et A. Zimmern. Sur la mesure du tonus musculaire. (*Rev. neurol.*, 15 sept. 1903, p. 881.)

(8) A. Broca. Article « Ergométrie », *in* « Dictionnaire de physiologie » de Ch. Richet.

(1) G. Ballet et J. Philippe. De la fatigue chez l'homme sain, le neurasthénique, le myopathique et dans l'atrophie musculaire névritique. (*Comptes rendus du treizième Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes*, Bruxelles, 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 266.)

(2) P. Langlois. Article « Maladie d'Addison » *in* « Dictionnaire de physiologie » de Ch. Richet.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ANGLAISES

Sur les rapports entre les diverses conditions atmosphériques et la fréquence de l'hémorrhagie cérébrale, par M. J. W. Russell.

Il y a un an environ, M. R. H. Walter attira l'attention sur ce fait que la pression barométrique élevée, surtout lorsqu'elle succède brusquement à une période plus ou moins continue de dépression, joue un certain rôle dans l'étiologie de l'attaque d'apoplexie chez les prédisposés, sans doute en raison de la brusque élévation de la pression sanguine qui en résulte.

Depuis lors, un certain nombre d'autres auteurs, notamment M. Leon et M. Barton, ont cherché à attribuer ce même rôle étiologique, non pas à la pression atmosphérique, mais aux oscillations de la température. Ayant récemment colligé, dans un autre but, toutes les observations d'hémorrhagie cérébrale recueillies au Birmingham General Hospital depuis l'été de 1885 jusqu'à la fin de 1902, M. Russell a eu l'idée d'utiliser ces matériaux en vue de se rendre compte de l'influence qu'exercent les conditions atmosphériques sur la fréquence de l'accident en question. Toutefois, comme la publication périodique qui lui fournit les indications météorologiques nécessaires ne commença à paraître qu'en 1891, il dut naturellement laisser de côté toutes les observations antérieures à cette date, et, en définitive, son enquête porte sur 66 cas avec issue fatale, pour lesquels le diagnostic d'hémorrhagie cérébrale fut confirmé par l'autopsie, et sur 62 autres faits non mortels et dont le diagnostic n'est, par conséquent, pas aussi certain.

La pression barométrique moyenne étant de 73 centim. 44, l'auteur trouva que, sur 66 cas mortels d'hémorrhagie cérébrale, 37 survinrent lorsque la pression était au-dessus de la moyenne, et 29 seulement les jours où elle était inférieure à cette moyenne; pour le second groupe de faits (hémorrhagie non fatale), 34 se produisirent à une pression supérieure à la moyenne et 28 quand le baromètre était au-dessous de la moyenne. Ces chiffres paraissent donc indiquer que l'attaque d'apoplexie est plus fréquente pendant les jours à forte pression barométrique, les cas de cette catégorie étant par rapport à ceux qui correspondent à une pression inférieure à la moyenne comme 5 : 4 (exactement 71 contre 57).

D'autre part, M. Russell a cherché à se rendre compte si, à côté de la hauteur absolue du baromètre, les variations de la pression interviennent également en tant que facteur étiologique de l'apoplexie. Là encore, il trouva 71 cas survenus pendant que le baromètre montait contre 57 qui coïncidaient avec une pression en baisse.

Quant à la température, on admet généralement que l'hémorrhagie cérébrale est beaucoup plus fréquente pendant la saison froide qu'au cours de l'été. Les recherches de l'auteur confirment bien ce point, puisque, sur 241 cas admis à l'hôpital depuis 1885, il en a compté 134 qui se rapportaient aux périodes allant de novembre à avril inclusivement, et 107 seulement du mois de mai à octobre. Mais, cette influence saisonnière mise à part, M. Russell fut à même de constater que les fluctuations journalières de la température n'exercent, par elles-mêmes, aucun effet sur la fréquence des attaques d'apoplexie. C'est à peine si l'on remarque une légère augmentation des cas d'hémorrhagie cérébrale les jours où le thermomètre monte. Associée ou non à une hausse barométrique, cette élévation de la température semble quelque peu favoriser l'éclosion de l'attaque.

Enfin, en ce qui concerne l'influence des vents, l'auteur a noté que les vents à basse pression sont particulièrement favorables à l'hémorrhagie cérébrale (92 cas contre 36 survenus les jours où la pression du vent était au-dessus de la moyenne); un vent à basse pression, coexistant avec une haute tension barométrique, semble donc constituer la condition la plus propice à l'accident dont il s'agit. (*Lancet*, 28 janvier 1905.) — L. Ch.

Un rein contenant plus de 40,000 calculs iridescents, par M. J. Bland-Sutton.

Le fait relaté par l'auteur a trait à un imprimeur, âgé de trente-huit ans, qui fut admis à l'hôpital pour une douleur persistante au niveau de la région lombaire droite. Comme il était très obèse, la palpation ne permit de constater rien d'anormal. Mais, à l'examen microscopique des urines, on trouva des traces de sang et des globules du pus; de plus, on remarqua que, à chaque promenade que le malade faisait dans le jardin de l'hôpital, la douleur devenait plus intense, en même temps qu'augmentait notablement la quantité de sang et de

pus dans les urines. Le diagnostic de lithiase rénale s'imposait et, de fait, la radiographie révéla la présence, dans le rein droit, d'un grand nombre de concrétions. On se décida à intervenir chirurgicalement. Au cours de l'opération, on trouva le rein fort augmenté de volume et très mobile, sa moitié inférieure étant bourrée de calculs. L'organe paraissant avoir complètement perdu sa structure, on jugea prudent de procéder à son ablation, ce qui fut fait sans difficulté, et l'opéré ne tarda pas à guérir.

Le rein enlevé présentait quelques points particuliers, dignes d'être signalés. L'uretère était très étroit, réalisant le type que M. Bland-Sutton avait antérieurement décrit sous le nom d'« inadequate ureter » : au niveau de la jonction du bassinet rénal avec l'uretère proprement dit, on constatait l'existence d'un rétrécissement marqué de la lumière du canal, rétrécissement qui formait comme une sorte de « détroit urétéral ». Tous les calices du rein étaient largement dilatés et sacculés, et le plus vaste de ces sacs, qui constituait plus de la moitié de l'organe, contenait une multitude de calculs, lesquels s'échappèrent, à peu près comme des gouttes de mercure, aussitôt que la poche fut incisée; un certain nombre de concrétions furent ainsi égarées.

Les calculs pouvaient être divisés en deux groupes. Le premier comprenait dix calculs, variables comme forme et comme dimensions : le plus gros rappelait, par son aspect et par son volume, un astragale d'enfant avec des facettes nettement marquées, témoignant de la compression considérable qu'avaient subie ces concrétions, dont quelques-unes seulement présentaient des contours plus ou moins réguliers, rappelant ceux d'une fève. Les calculs du second groupe étaient franchement sphériques et reluisaient comme du vieil or. Soigneusement asséchés, ils pesaient, en tout, 10 drachmes (40 grammes), et chaque drachme en contenait 4,120.

D'après l'analyse chimique, les concrétions les plus volumineuses, en forme de fèves, se composaient de trois parties : une enveloppe consistant surtout en phosphate de calcium, une partie plus dure ou noyau, composée de plusieurs couches concentriques, enfin, un corpuscule central blanc; les portions laminées du noyau étaient formées principalement par de l'oxalate de calcium, avec quelques traces de phosphate de calcium; quant au corps central, il représentait de l'oxalate de calcium presque pur. Les petits calculs sphériques comprenaient une mince enveloppe et un noyau central blanc, ces deux parties contenant de l'oxalate et du phosphate de calcium. Il existait aussi, dans les concrétions, de la substance épithéliale, mais elle était beaucoup plus abondante dans l'enveloppe que dans le noyau.

L'iridescence des calculs, comparable à celle du sulfure d'étain, n'était pas moins remarquable que leur grand nombre.

Ce qui est particulièrement intéressant au point de vue clinique, c'est que le patient ne se souvenait pas d'avoir éliminé des calculs, bien que la douleur qu'il éprouvait datât d'une quinzaine d'années et que les concrétions sphériques fussent assez petites pour pouvoir traverser l'uretère. Le sac qui les renfermait communiquait avec le bassinet par un petit orifice admettant à peine le passage d'une soie fine. Il est probable que cette poche était d'origine congénitale et que, depuis de longues années, l'urine filtrait lentement entre les calculs pour s'échapper ensuite à travers le petit orifice de communication avec le bassinet rénal : cet écoulement ralenti du liquide urinaire a dû contribuer à augmenter le nombre des concrétions, en même temps que la disposition anatomique de la poche les empêchait de s'échapper. (*Brit. Med. Journ.*, 21 janvier 1905.) — L. CH.

Allongement congénital du lobe gauche du foie,
par M. L. J. HAMMOND.

Sous l'influence du corset on peut voir, chez la femme, le lobe gauche du foie s'allonger assez notablement; mais il est rare sans doute que pareille lésion soit d'origine congénitale, et offre les dimensions et la symptomatologie qui caractérisaient le fait relaté dans le présent travail.

Une jeune fille de seize ans, de santé générale satisfaisante et de bonne constitution, éprouvait depuis neuf ans des troubles gastriques divers qui, durant les deux dernières années, s'étaient considérablement aggravés. A l'examen de la région épigastrique, pendant la digestion, l'estomac semblait énormément dilaté; au centre du creux épigastrique existait pourtant une petite zone de matité qui, de chaque côté, se perdait sous le bord libre des côtes. On pouvait donc croire à l'existence d'une tumeur et celle-ci, bien que la chose fût un peu douteuse, paraissait influencée par les mouvements respiratoires. D'autre part, l'examen du foie n'indiquait pas que cet organe fût hypertrophié. Dans la station debout, ou quand l'estomac était vide, la malade ne souffrait pas et n'était même pas gênée, mais lorsqu'elle était couchée, surtout pendant la digestion, elle éprouvait au niveau du creux de l'estomac une sensation de distension et de compression, en même temps que des palpitations et de la dyspnée; ces deux derniers symptômes étaient dus, selon toute apparence, à ce que le diaphragme était refoulé par la tumeur épigastrique, car le cœur battait alors dans le quatrième espace intercostal.

En présence de cet état, les diagnostics les plus divers avaient été portés; M. Hammond s'était arrêté lui-même à celui de kyste pancréatique. A la laparotomie, on trouva que le lobe gauche du foie s'étendait jusqu'à la rate : il allait en s'amincissant peu à peu et sa forme rappelait celle d'une langue de chien. L'abdomen ne présentait aucun autre désordre et le tissu hépatique semblait normal. Comme la réduction de cette longue languette hépatique dans l'hypocondre gauche amenait des troubles respiratoires, on se borna à la fixer à la paroi abdominale par quelques points de suture : cette ventrofixation suffit à débarrasser la malade de ses troubles digestifs et cardiopulmonaires. (*Ann. of Surgery*, janvier 1905.) — R. DE B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 mars 1905.

Radiothérapie des adénopathies tuberculeuses non suppurées.

M. J. Bergonié adresse une note relative à 4 cas d'adénopathies tuberculeuses non suppurées, qu'il a traités avec des résultats favorables par les rayons de Röntgen : sans faire entièrement disparaître les tumeurs ganglionnaires, la radiothérapie détermine toujours une diminution notable de leur volume, appréciable surtout si l'on compare les régions soumises aux applications de rayons X avec les ganglions qui ont été protégés contre ces derniers, pour servir de témoins. Cette régression, parfois rapide, n'exerce aucune influence fâcheuse sur l'état général.

Au point de vue de la technique, l'auteur fait des séances hebdomadaires, bi-mensuelles ou mensuelles, selon les cas; les radiations les plus efficaces lui ont paru être celles qui, soit par leur qualité, soit par leur quantité, produisent une inflammation marquée de la peau.

Ostéomalacie très marquée avec rétrocession spontanée des lésions.

M. P. Berger communique l'observation d'un homme qui, à la suite d'une ostéotomie supracondylienne du fémur gauche, pratiquée en 1895 pour un *genu valgum* qui n'était probablement que la première manifestation d'une ostéomalacie commençante, a été atteint de déformations ostéomalaciques extrêmement accusées, intéressant surtout les membres, mais n'épargnant pas le bassin, le thorax, ni l'extrémité céphalique. Sous l'influence du processus morbide, la taille du malade a passé de 1 m. 5 à 0 m. 95 centimètres.

Le fait intéressant de cette observation, c'est que l'affection, après une phase progressive ayant duré quatre ans environ, est entrée spontanément — tous les essais thérapeutiques (huile phosphorée, chloroforme) ayant totalement échoué — dans une phase de recalcification, qui tend à fixer les déformations, par un processus de consolidation encore très incomplet, dans leur état actuel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 mars 1905.

De la myorraphie antérieure des releveurs de l'anus dans le traitement des prolapsus génitaux.

M. Chaput. — La suture des releveurs de l'anus, telle qu'on la pratique habituellement, donne de bons résultats au point de vue de la solidité du périnée postérieur, mais elle ne met pas les malades à l'abri de la récidive de la cystocèle. La suture des releveurs en avant du vagin, décrite par M. H. Groves (de Londres), vient avantageusement supprimer cet inconvénient.

J'ai eu deux fois l'occasion de pratiquer cette opération. On trace une incision horizontale sur la paroi antérieure du vagin, à 3 ou 4 centimètres au-dessus du méat uréthral, et on en dissèque ensuite la lèvre supérieure sur une étendue de 4 ou 5 centimètres, pour isoler la vessie du vagin; sur les côtés on décolle profondément avec le doigt jusqu'à ce qu'on arrive sur la paroi latérale du bassin, et l'on sent alors de chaque côté le bord interne du releveur de l'anus; après avoir placé deux ou trois sutures unissant les bords des deux releveurs et réséqué une partie de la paroi antérieure du vagin, que l'on suture ensuite, il ne reste plus qu'à exécuter la colpopérinéorrhaphie postérieure avec suture de la portion recto-vaginale des releveurs. A la suite de l'opération, on sent le vagin très rétréci par une sorte de losange correspondant aux bords des releveurs rapprochés par les sutures.

M. Potherat. — La colpopérinéorrhaphie postérieure avec suture des releveurs ne vise en aucune façon la cystocèle, qui exige la colporraphie antérieure.

M. Routier. — La suture des releveurs au devant du vagin peut présenter quelques difficultés au point de vue de la recherche des releveurs, qui est quelquefois infructueuse, ces muscles n'existant plus en avant dans certains cas d'énorme prolapsus.

Tumeurs pulsatiles de la région parotidienne.

M. Tuffier. — Je tiens à vous communiquer 3 observations de tumeurs pulsatiles de la région parotidienne.

Le premier de ces faits a trait à un enfant, atteint d'un angiome artériel de cette région; quatre séances d'électro-puncture ont suffi à produire une guérison définitive. Dans le deuxième cas, il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, qui présentait un vaste angiome artériel de la région parotidienne, dont les battements cessaient lorsqu'on comprimait la carotide externe; j'ai lié ce vaisseau et fait une injection de quelques gouttes de liqueur de Piazza dans la tumeur érectile; l'opération date aujourd'hui d'un an et la guérison est complète. Chez mon troisième malade, âgé de vingt-deux ans, j'ai fait exactement la même opération, il y a deux mois, et j'espère que le résultat sera aussi satisfaisant.

M. Lucas-Championnière. — Je crois que, dans les cas de ce genre, la simple ligature de la carotide externe peut parfaitement suffire à obtenir la guérison. J'en ai observé un bel exemple chez une jeune femme que j'ai opérée de la sorte il y a quelques années.

De l'emploi de la scopolamine en chirurgie urinaire.

M. Terrier. — J'ai eu l'occasion d'employer la scopolamine chez une femme de cinquante et un ans, qui présentait à droite une tumeur rénale très appréciable. La séparation des urines avait été tentée sans succès, la malade accusant de si vives douleurs qu'on dut chaque fois retirer l'appareil sans avoir recueilli une quantité suffisante d'urine. Je lui fis faire une seule injection de scopolamine, sous l'influence de laquelle on put laisser l'appareil en place pendant une demi-heure, sans que cette femme accusât la moindre douleur.

ÉTRANGER

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 25 mars 1905.

De la pyléthrombose.

M. Rommelaere. — Dans ma première communication sur la pathologie du système veineux abdominal, j'ai étudié le syndrome consécutif à l'oblitération de la veine splénique (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 338). Je voudrais aujourd'hui passer en revue les symptômes qui succèdent à l'oblitération du tronc de la veine porte, en dehors de tout processus purulent.

Cet état est désigné habituellement sous le nom de pyléphlébite adhésive, mais cette dénomination me paraît inexacte. L'oblitération de la veine porte est due, en effet, à la formation d'un caillot à l'intérieur du vaisseau. Ce caillot peut être la conséquence d'une *phlébite adhésive* ou d'une *lésion hématique*. C'est la première de ces causes qui a été admise systématiquement jusqu'ici; cependant, les observations de Virchow, de Frerichs, etc., ont diminué l'importance de l'élément phlébitique dans la pathogénie de l'oblitération de la veine porte; l'élément hématique, qui avait été trop laissé de côté, nous paraît au contraire incontestable. C'est pour ce motif que nous préférons le terme de *pyléthrombose*, qui ne préjuge en rien de la cause de la lésion oblitérante.

Un second inconvénient de l'emploi usuel du mot pyléphlébite provient de l'extension qui lui a été donnée pour désigner l'oblitération de n'importe quel rameau du système veineux abdominal. L'oblitération de la veine porte est une lésion peu commune à l'état isolé; nous n'en avons rencontré que quelques rares cas, alors que l'obstruction de l'un ou l'autre des rameaux afférents ou efférents de cette veine est fréquente.

Aussi, pour élucider l'histoire complexe et obscure de la pathologie du système veineux abdominal, y a-t-il lieu de dégager les désordres consécutifs aux lésions de chacun des secteurs de ce réseau. A cet effet, il importe de bien connaître les voies anastomotiques de communication entre les systèmes veineux abdominal et général.

Des recherches que j'ai faites à ce sujet, il résulte que les voies anastomotiques en question sont constituées par le plexus veineux de Retzius, par les connexions existant entre les veines du péritoine pariétal antérieur et les veines sous-cutanées de la paroi abdominale antérieure, par les voies de dérivation aboutissant aux veines diaphragmatiques, par la veine ombilicale restée perméable, par les veines para-ombilicales de Sappey, par les anastomoses hémorrhoïdales, par les anastomoses gastro-œsophagiennes, par l'anastomose porto-rénale, enfin par des communications anastomotiques anormales.

Si nous passons à l'étude clinique de la pyléthrombose, dont je puis vous citer 4 cas (dont 3 suivis de mort, 2 fois par hémorrhagie œsophagienne, 1 fois par bronchopneumonie survenue au bout de dix-huit mois), nous voyons que l'évolution de ce syndrome se fait en deux périodes : l'une comprend les symptômes consécutifs à la dilatation veineuse en amont de l'obstacle et à l'établissement des voies collatérales; l'autre se caractérise par des accidents hémorrhagiques.

Les symptômes de début consistent en une gêne, une douleur à la région épigastrique, avec pression subite et développement rapide du ventre, sans fièvre; puis on constate bientôt un notable engorgement de la rate et du foie; l'ascite, modérée, disparaît assez vite; enfin la phlébectasie survient: elle atteint toutes les voies collatérales porto-caves, mais elle n'est apparente qu'à la paroi abdominale antérieure où elle se produit après quelques jours sous la forme de *caput medusæ*.

Les hémorrhagies constituent l'accident le plus grave de la pyléthrombose; se traduisant du côté des muqueuses nasale, buccale, œsophagienne et rénale, elles sont d'origine veineuse, mais reconnaissent pour cause deux processus différents : tantôt elles sont dues à la phlébectasie (épistaxis), tantôt elles sont secondaires à la transformation variqueuse de la veine (hématémèse).

En ce qui concerne l'étiologie de la pyléthrombose, nous avons observé deux modes de formation du thrombus : subit, sans prodrome, sous l'influence de l'état puerpéral, comme c'est le cas dans la *phlegmatia alba dolens*, ou par compression prolongée exercée sur la veine par un néoplasme.

L'analyse du sang a été faite chez 2 de nos malades; elle a révélé de l'oligochromémie, de l'oligocytémie, de la leucopénie, un appauvrissement du globule rouge en hémoglobine, enfin de la poikylocytose.

La pyléthrombose est curable quand elle affecte la forme primitive; elle guérit comme la *phlegmatia alba dolens*; le caillot disparaît; pendant cette période de résorption du thrombus, la circulation du sang par les voies collatérales suffit à assurer les besoins de l'organisme.

Le pronostic est plus grave dans les cas où la thrombose s'est établie dans le cours d'un processus de rétrécissement du réseau veineux abdominal, sans oblitération complète. Mais, même alors, la guérison peut se produire quand la circulation collatérale du sang veineux abdominal vers le cœur droit est suffisamment assurée. L'observation la plus remarquable sous ce rapport a été relatée par Umber; c'est l'histoire d'un malade qui a vécu vingt à trente ans, malgré une thrombose de la veine porte. Sur nos 4 cas, un seul s'est terminé par guérison.

La pénétration des larves de l'ankylostome duodénal à travers la peau humaine.

M. Kuborn. — M. Herman (de Mons), dans un travail qui fait l'objet de ce rapport, nous montre comment il a tenté de vérifier sur lui-même les expériences de M. Looss sur l'homme et le chien, ainsi que celles de M. Schaudinn sur le singe, concernant la pénétration des larves d'ankylostome par la peau.

Dans une première expérience, l'auteur a déposé, dans un de ses espaces interdigitaux, une goutte de cultures de larves; il a tenu cet espace fermé pendant cinq à six minutes. Après dessiccation complète du liquide, aucun phénomène subjectif ne s'était produit, mais quatre ou cinq heures plus tard une vive démangeaison se fit sentir et deux papules apparurent à l'endroit infesté. A quelques jours de là, M. Herman déposa une goutte de culture sur la peau rasée de son avant-bras. Cette goutte fut recouverte d'une lamelle couvre-objet. Au bout de cinq à six minutes une vive démangeaison accompagnée de picotement et une rougeur intense se manifestèrent; des papules apparurent au pourtour des follicules pileux. Après une demi-heure d'attente, la lamelle fut enlevée et montée en préparation microscopique; la peau fut lavée au chloroforme, pour enlever le restant des larves, et excisée — derme compris — sur une étendue de 3 centimètres de long sur 1 de large. Le lambeau ayant été débité en coupes minces, celles-ci révélèrent, non seulement dans les follicules pileux, mais encore dans le derme, la présence de nombreuses larves d'ankylostome.

La préparation faite avec le reliquat de la goutte de culture montrait, sous le microscope, à côté de larves enkystées et encore vivantes, des enveloppes vides (kystes) abandonnées par les embryons qui avaient pénétré dans la peau.

Ces expériences confirment donc, de la façon la plus catégorique, la possibilité de la pénétration des larves de l'ankylostome duodénal à travers la peau humaine intacte.

Dans une seconde note, M. Herman relate les observations cliniques qu'il a pu faire sur le traitement de l'ankylostomiase par l'essence d'*Eucalyptus globulus*, associée au chloroforme et à l'huile de ricin.

Se basant sur une expérience de près de 500 cas, l'auteur préconise un mélange contenant 2 grammes d'essence d'eucalyptus, 3 grammes de chloroforme et 40 grammes d'huile de ricin (à prendre en un quart d'heure). Cette préparation aurait une efficacité égale à celle de l'extrait éthéré de fougère mâle, tout en étant mieux supportée par les voies digestives et sans présenter le moindre danger pour la fonction visuelle.

Sur 100 examens microscopiques de selles, que M. Herman a faits un mois après que les patients eurent pris, à trois reprises, le médicament en question, les œufs du parasite avaient totalement disparu dans plus de la moitié des cas.

Dr KEIFFER.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 1er avril 1905.

Néphrectomie et diagnostic fonctionnel des reins.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Kapsammer** a présenté une femme qui fut opérée en 1901 pour une collection suppurée juxta-utérine ouverte dans la vessie. La tuméfaction fut extirpée, le sommet de la vessie réséqué et l'utérus amputé. Une fistule vésicale, laissée par l'intervention, fut fermée l'année suivante.

En 1903, on dut faire chez cette femme une néphrotomie pour évacuer un abcès du rein droit, et on enleva en même temps 3 calculs du rein gauche. Un an plus tard, la malade eut un abcès dans la cicatrice de sa néphrotomie; une nouvelle incision du rein permit d'enlever 2 calculs phosphatiques du bassinet. Récemment, des symptômes de lithiase se manifestèrent de nouveau et l'on put constater à l'examen radiographique la présence de calculs dans les deux bassinets. Par de simples lavages, on réussit à enlever les calculs du rein gauche, mais le rein droit, examiné par les différentes méthodes d'investigation, ayant été reconnu atteint de pyélonéphrite suppurée, l'orateur l'extirpa après s'être assuré de l'intégrité du rein gauche.

M. Lichtenstern fait observer que les méthodes de diagnostic fonctionnel des reins échouent parfois. C'est ainsi que dans un cas de sarcome rénal et dans un d'abcès tuberculeux dans le pôle supérieur du rein, l'urine recueillie du côté malade était parfaitement claire.

M. Holzknecht attire l'attention sur ce fait que les ombres décelées par la radiographie et correspondant à des calculs ne peuvent pas être localisées avec certitude dans le rein. En effet, l'orateur a observé un cas où l'image radiographique avait fait admettre l'existence de calculs rénaux, et où l'opération a démenti ce diagnostic.

M. Kapsammer déclare que, d'après ses recherches, l'épreuve à la phloridzine constitue le meilleur moyen d'investigation des fonctions rénales : on injecte 0 gr. 01 centigr. de phloridzine et, en s'aidant du cathétérisme des uretères, on note le moment où le sucre apparaît dans l'urine de chaque rein; si ce délai n'excède pas douze à quinze minutes, on peut conclure à l'intégrité de la glande rénale. Toutefois, au cas de néphrite parenchymateuse, le début de la glycosurie peut n'être pas retardé, mais en pareille occurrence la présence d'albumine et de cylindres permettra d'éviter toute erreur.

Dans le second des cas relatés par M. Lichtenstern, l'orateur a eu l'occasion d'observer le malade avant l'opération, et de retirer des deux reins, par le cathétérisme de l'uretère, de l'urine purulente; aussi a-t-il refusé d'intervenir.

Traitement de l'hypertrophie prostatique par les rayons de Röntgen.

M. Moszkowicz dit avoir traité 3 cas d'hypertrophie de la prostate au moyen des rayons X, appliqués par voie rectale. Les malades, chez lesquels la miction était auparavant impossible sans cathétérisme, purent uriner spontanément après quelques séances de radiothérapie; chez un d'eux on put s'assurer qu'il n'y avait plus d'urine résiduale.

A la suite de ce traitement, on constata dans la prostate l'existence de parties molles, dues probablement à l'effet des rayons sur les parties glandulaires de l'organe.

Dr SCHNIRER.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES DU BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

Publié pendant le premier trimestre de l'année 1905.

La lettre placée immédiatement après le numéro de la page du journal indique la colonne où se trouve l'indication et le rang, en suivant l'ordre de l'alphabet français, qu'occupe ladite indication dans cette colonne. Notre alphabet comportant 26 lettres, y compris le w, pour les cas assez rares où la colonne comprend plus de 26 indications, on recommence l'alphabet en doublant chaque lettre.

Les majuscules (A, C, O, U, Z) indiquent la première colonne, les minuscules (a, c, o, u, z) la seconde colonne, les italiques (*a*, *c*, *o*, *u*, *z*) la troisième colonne.

A

B

C

D

E

BULLETIN

La notion de l'hérédité dans ses applications sociales.

Bien des objections ont été adressées à la classification des sciences, telle qu'elle a été établie par Auguste Comte, en ce qui concerne notamment les rapports entre la biologie et la sociologie, cette dernière science, d'après lui, procédant de la première directement, sans aucun intermédiaire.

Nous n'avons pas à entreprendre ici l'analyse de ces objections ni à rechercher dans quelle mesure elles sont justifiées. Disons seulement que, de nos jours, la sociologie, ou science des sociétés, loin de former un ensemble indivisible, nettement circonscrit, est considérée plutôt comme une désignation générique pour un grand nombre de disciplines, dont chacune étudie tel ou tel autre côté de la vie sociale. Autrement dit, il n'y a pas *une science sociologique*, mais *des sciences sociologiques*, et parmi ces sciences il en est au moins une qui semble — nous montrerons tout à l'heure qu'en réalité il n'en est pas ainsi — justifier la conception de Comte et se rattacher directement à la biologie : celle qui étudie le problème de la population, les causes de ses changements qualitatifs et quantitatifs.

Que devons-nous faire pour obtenir une race nombreuse, forte, douée au plus haut degré et dans le plus grand nombre possible de ses individus des qualités qui assurent le succès dans la concurrence vitale ? Et dans les limites de chacune des classes qui composent une société donnée, comment obtenir que les qualités socialement utiles, inhérentes à cette classe et qui la différencient des autres, atteignent, à leur tour, leur plus haute expression dans le plus grand nombre possible des représentants de cette classe ?

Nous savons, depuis Darwin, que la nature opère la sélection parmi les individus en assurant la survivance des plus aptes, des plus adaptés au milieu dans lequel ils vivent et en supprimant les autres. Or, ce que la nature fait d'une façon aveugle et en vue de fins qui ne sont pas les nôtres, ne pourrions-nous le faire d'une façon consciente, scientifique, et en vue de fins posées par nous-mêmes ? Il s'agit, en somme, ainsi que nous l'avons dit, de perpétuer certaines qualités désirables et de multiplier le nombre des individus doués de ces qualités. Pour arriver à ce résultat, la voie paraît tout indiquée : nous n'avons qu'à procéder à la façon des éleveurs, en entourant le mariage humain des mêmes précautions dont ceux-ci entourent les croisements des espèces animales, en nous assurant chaque fois que les ascendants possèdent tous les deux, à un degré à déterminer, les qualités mêmes que nous désirons obtenir chez les descendants.

Telle est la thèse qu'a soutenue M. Francis Galton, auteur de nombreux ouvrages sur l'hérédité, devant la Société sociologique de Londres, thèse qui a soulevé des débats très animés, lesquels empruntent un intérêt particulier à ce fait qu'un grand nombre de médecins y ont pris part.

M. Galton part de ce postulat que l'amélioration quantitative et qualitative de la race est impossible sans une connaissance approfondie des lois de l'hérédité. Mais il espère pouvoir arriver à cette connaissance en appliquant à l'étude de l'hérédité la méthode statistique, et cela par l'institution d'une vaste enquête ayant pour but :

1° D'examiner dans quelle proportion les différentes classes de la société ont, chez les peuples anciens et modernes, contribué aux progrès de la civilisation et à l'augmentation de la population et dans quelle mesure la stérilité plus grande des classes dites supérieures reconnaît pour cause leur participation plus grande et plus intense à la civilisation ;

2° De rechercher les conditions qui ont pu favoriser la production de familles nombreuses et douées, c'est-à-dire de familles comprenant au moins trois enfants mâles qui tous occupent des situations supérieures à celles de leurs anciens camarades de classe ; au nombre des conditions à rechercher figurent : l'état du père et de la mère au moment du mariage, leurs parentés respectives, la profession, la race, la résidence, etc.

M. Galton espère qu'après avoir accumulé un grand nombre de données se rapportant à ces deux ordres de questions, on sera autorisé à en tirer des conclusions qui pourront servir de règles à la reproduction humaine dans les conditions les plus favorables au relèvement qualitatif et quantitatif de la race, et il donne d'avance à l'ensemble de ces règles le nom de science de l'« eugénie » (*Eugenics*).

Le défaut fondamental de la méthode préconisée par M. Galton consiste à prendre pour critérium la *situation extérieure* des familles à examiner et à admettre implicitement que cette situation, qui peut résulter, dans beaucoup de cas, d'un simple privilège social, constitue un indice de supériorité réelle. De ce que des fils ou des neveux de juges, d'hommes d'Etat, de généraux, voire de savants et de littérateurs ont été eux-mêmes juges, hommes d'Etat, généraux, savants ou littérateurs, il serait prématuré de conclure à l'existence d'un don familial se transmettant héréditairement : ne serait-ce pas plutôt que les membres de ces familles se trouvent dès leur naissance dans des conditions favorables à l'acquisition de certaines connaissances spéciales et sont à même, de par leur situation privilégiée, d'arriver à faire valoir ces connaissances et d'atteindre un degré élevé dans la hiérarchie sociale? Et ne peut-on pas supposer, d'un autre côté, que les classes inférieures, obscures de la société contiennent la même proportion d'hommes qui seraient capables de devenir juges, hommes d'Etat, généraux, savants ou littérateurs et qui ne le sont pas devenus, parce qu'ils n'ont pas été favorisés par les circonstances? Le nier *a priori*, c'est admettre une infériorité innée de certaines classes sociales et une supériorité également innée de certaines autres; c'est revenir à la conception du régime des castes, des sociétés des abeilles ou des fourmis, où certains individus ou groupe d'individus présentent une spécialisation organique en vue d'une seule fonction sociale.

En ce qui concerne les sociétés humaines, une pareille conception n'est nullement conforme aux faits, car nous y voyons continuellement des individus remarquables émerger de familles qui jamais jusqu'alors, aussi haut qu'on remonte dans leur passé, n'avaient donné naissance à aucun autre individu supérieur. Il est évident qu'une théorie de l'hérédité basée sur des indices extérieurs est incapable d'expliquer les faits de ce genre et préfère les laisser de côté. Or, une loi scientifique en général, et une loi de l'hérédité en particulier, qui est impuissante à expliquer tous les faits sans exception se rapportant à son domaine, est une loi sans valeur aucune. Mais ne serions-nous pas en droit d'attendre de la biologie ce que la méthode statistique ne peut nous donner ? C'est ici que les médecins interviennent dans le débat.

Oui, disent MM. les docteurs H. Maudsley et Ch. A. Mercier (de Londres), l'hérédité est une loi du monde organique. Mais tout ce que nous savons encore de cette loi est tellement complexe et obscur qu'il est impossible d'en tirer la moindre conséquence pratique. Mieux que les autres, les médecins savent avec quelle fréquence les types extrêmes se rencontrent dans la même famille : de trois enfants, par exemple, nés des mêmes parents, ayant reçu la même éducation et vécu dans les mêmes conditions, l'un présentera une structure physique et intellectuelle supérieure, un autre dépassera à peine la moyenne, tandis que le troisième peut être tout à fait au-dessous de la normale. C'est encore en se basant sur des observations cliniques que M. le docteur Francis Warner (de Londres) rappelle les dangers qui résultent souvent des mariages entre des individus supérieurs : les enfants issus de ces unions, et qui, d'après la théorie de M. Galton, devraient posséder une partie tout au moins des qualités du père et de la mère sont, au contraire, dans beaucoup de cas, des dégénérés, des êtres inférieurs à la moyenne.

Comment concilier ces faits pourtant incontestables avec la théorie de la transmission directe de certaines qualités?

Pour M. le docteur Robert Hutchison (de Londres), l'hérédité ne nous fournit que « la matière brute de la race », et cette matière, qui « après tout n'est déjà pas si mauvaise », sera ce qu'en feront les conditions au milieu desquelles elle sera appelée à évoluer, à se développer et dont la principale est constituée par la nutrition. C'est la reconnaissance, pour le développement physique et intellectuel, à côté du rôle de l'hérédité, de l'importance des facteurs extérieurs, du milieu, que la théorie de M. Galton néglige complètement.

M. le docteur W. Leslie Mackenzie (d'Edimbourg) va plus loin encore : pour lui la science de l'eugénie de M. Galton se confond avec la science de l'hygiène, qui consiste dans « l'application systématique des idées scientifiques à la suppression des maladies, et par conséquent à la création directe ou indirecte, aussi bien dans l'organisme social que dans ses unités organiques, de variations favorables ». « Le postulat fondamental de l'hygiène, dit-il encore, est que l'organisme humain est capable de manifestations supérieures à celles que nous connaissons et que ses virtualités peuvent être dégagées à la suite d'une amélioration systématique du milieu. » Les effets de l'hérédité et ceux du milieu sont tellement enchevêtrés, tellement masqués les uns par les autres, qu'il est impossible de se prononcer, dans chaque cas donné, sur le point de savoir où s'arrêtent les uns et où commencent les autres. Tous les médecins connaissent le rôle qui revient au milieu dans la propagation de certaines maladies infectieuses, la tuberculose par exemple, et savent jusqu'à quel point le milieu est susceptible de neutraliser, d'atténuer la prédisposition tuberculeuse héréditaire.

Savons-nous seulement quelles sont les propriétés susceptibles d'être transmises héréditairement? Possédons-nous un critérium qui nous permette d'opérer la démarcation entre les propriétés innées et les propriétés acquises? demande M. le docteur G. Archdall Reid (de Southsea). On pourrait croire que, lorsqu'une propriété quelconque s'est manifestée un certain nombre de fois dans une famille donnée, nous sommes à même de fixer cette propriété une fois pour toutes dans la famille en question, de la rendre pour ainsi dire innée. C'est ce que suppose d'ailleurs la théorie de M. Galton. Eh bien, si, abandonnant les limites étroites de la famille, nous étudions les effets produits par certaines maladies endémiques sur des races entières, nous ne tarderons pas à nous apercevoir que les faits sont loin de confirmer la théorie en question. On sait, par exemple, que certaines populations africaines sont depuis des milliers d'années littéralement décimées par la malaria et on sait aussi les ravages que le poison malarique produit dans l'organisme. Avons-nous le droit d'affirmer que la transmission héréditaire des effets de ces ravages ait déterminé une dégénérescence de la race? En aucune façon. Chaque individu fait la maladie pour son propre compte ; ceux qui ne peuvent lui résister périssent ; les autres, ceux qui survivent, ont acquis un certain degré d'immunité contre cette maladie et peuvent prospérer dans des régions dont le climat est mortel aux Européens. Mais la race dans son ensemble n'a pas dégénéré, n'a acquis du fait de l'endémicité de

la malaria aucune qualité nouvelle qu'on soit en droit de considérer comme une propriété organique. Et ce qui est vrai de la malaria des pays chauds ne l'est pas moins de la tuberculose des pays froids et tempérés qui, elle aussi, est une maladie *individuelle*, tenant avant tout aux conditions du milieu extérieur. Comme la malaria, la tuberculose détermine bien une diminution numérique de la population, et cette diminution, nous devons l'enrayer par tous les moyens que la science met à notre disposition, mais elle ne change en rien la constitution organique de la race.

Le maintien du niveau qualitatif de la race est impossible sans une reproduction active et intense des classes dites supérieures de la société. Or, ne voyons-nous pas que ce sont précisément ces classes qui sont généralement le moins fécondes? Si l'on se rappelle, d'autre part, que beaucoup de races sauvages, primitives, ont disparu dès qu'elles se sont trouvées en contact avec une civilisation supérieure, on semble autorisé à conclure que la civilisation développe chez ceux qu'elle attire à elle une nouvelle qualité qui devient pour ainsi dire héréditaire et qui se manifeste par une stérilité plus ou moins prononcée. Et dès lors la tâche de l'eugénie consisterait à rechercher les rapports qui existent entre la vie civilisée et la stérilité et les moyens de faire participer à cette vie le plus grand nombre possible d'individus, sans diminuer leur puissance de reproduction, de même que nous assurons la reproduction de certaines espèces animales domestiquées. Telle est l'opinion de M. Galton. Mais pour M. Reid les rapports entre la vie civilisée et la stérilité n'ont rien de mystérieux : toutes les fois que des races sauvages, primitives, ont disparu au contact de la civilisation européenne, la civilisation n'en a été que la cause indirecte, éloignée, tandis que la cause réelle, immédiate, résidait dans les maladies importées par les Européens et contre lesquelles les indigènes ne possédaient aucune immunité, ainsi que dans le nouveau genre de vie qu'ils leur imposaient : séjour dans les églises et dans les écoles, port de vêtements auxquels ils n'étaient pas habitués, sans parler de l'usage forcé de l'opium et de l'eau-de-vie.

La stérilité relative des classes supérieures des sociétés civilisées n'est pas plus mystérieuse : c'est une stérilité *voulue* qui s'explique suffisamment par certaines conditions sociales et économiques ou, pour employer une expression de M. Mackenzie, c'est une « stérilité économique, non biologique », les classes supérieures ne formant pas des cadres fixes, invariables, mais se complétant continuellement par des emprunts faits aux classes inférieures.

Voilà quelques-unes des principales difficultés qui s'opposent à la sélection artificielle, *eugénique* des races humaines. Nous savons, encore une fois, que l'hérédité est un fait, une loi générale du monde organique et par conséquent de l'espèce humaine. Mais nous ignorons tout, ou presque tout, des conditions dans lesquelles l'action de cette loi se manifeste. Vouloir, dans l'état actuel de nos connaissances, appliquer cette loi aux sociétés humaines, c'est tenter une expérience qui, dans le cas le plus favorable, est condamnée à rester stérile.

Mais ce n'est pas tout. En parlant de la sélection eugénique des races humaines, nous admettons implicitement que l'individu humain est, comme l'individu animal, une simple machine organique subissant passivement l'action des seules lois biologiques, et nous voulons transporter ces lois telles quelles dans le domaine social. Nous retombons ainsi dans ce qu'on peut appeler le matérialisme social d'A. Comte. Mais l'homme, considéré seulement comme un individu organique, n'est pas tout l'homme. Nous devons tenir compte de son état mental, de ses intérêts, habitudes, passions, de sa faculté de réflexion et de sa volonté, et nous demander dès lors quelle action le côté psychique de l'homme exerce sur son côté organique, quelle déviation il imprime aux lois biologiques, quel changement de direction il est susceptible de faire subir aux lois de l'hérédité. Nous savons l'action inhibitrice que la réflexion et la volonté sont capables d'exercer sur nos instincts les plus profonds, les plus organiques en apparence : la stérilité *voulue* des classes dites supérieures en est un exemple frappant. Mais supposons que nos connaissances concernant l'hérédité deviennent un jour suffisantes pour nous permettre d'en faire l'application aux sociétés. Nos chances de succès en seront-elles augmentées? C'est plus que douteux, car il faut encore que les hommes *veuillent* se soumettre à ces lois, qu'ils trouvent cette soumission conforme à leurs intérêts, qu'il puisse en résulter une satisfaction plus complète de leurs passions, que ces lois soient enfin en harmonie avec leur état mental et leurs idées morales. Tant que ce résultat ne sera pas obtenu, toutes les tentatives resteront infructueuses, et nous ne saurions mieux faire que de nous en remettre à la nature, dont la sagacité eugénique ne nous a pas trop mal servis jusqu'ici, en bornant notre action à modifier le milieu, à transformer, conformément aux données de la science, les conditions extérieures de la vie.

MÉDECINE PRATIQUE

Le pityriasis versicolor du thorax, signe indirect de la tuberculose pulmonaire au début.

Je prends, au hasard, un exemple et un terme de comparaison :

Cette notion de *pathologie* que le furoncle et l'anthrax sont de fréquentes complications du diabète sucré, ou, inversement, que ce diabète est au premier rang des causes du furoncle et de l'anthrax, a, pour corollaire *clinique*, le précepte de pratiquer l'analyse des urines, en vue d'une glycosurie possible, chez tout malade porteur de furoncles ou d'anthrax.

J'admets, sans discussion, que tous les livres de *pathologie interne* placent le pityriasis versicolor au nombre des complications cutanées de la tuberculose pulmonaire, ou, encore, que tous les traités de *dermatologie* signalent la tuberculose pulmonaire parmi les causes du pityriasis versicolor :

Je n'ai jamais entendu formuler, et n'ai trouvé écrit nulle part, le conseil corrélatif d'examiner, à la recherche de la tuberculose pulmonaire, tout individu dont le thorax porte des plaques de pityriasis versicolor.

C'est tant pis qu'il en soit ainsi et que, faute de sanction clinique, une importante notion de pathologie reste virtuelle, car il est exact qu'ordinairement, pityriasis versicolor thoracique et tuberculose pulmonaire coexistent.

Je l'ai vu et fait voir, bien souvent, dans nos hôpitaux maritimes.

Et, quand je dis *tuberculose pulmonaire*, je ne veux pas parler de tuberculose avancée avec ramollissement ou cavernes, de *phtisie* à crachats bacillifères.

J'entends une tuberculose *au début*, dont les troubles fonctionnels sont si peu accusés qu'on pourrait la méconnaître et dont, pourtant, les signes physiques paraîtront suffisants aux médecins qui croient encore qu'on peut diagnostiquer la tuberculose, même commençante, par les seuls moyens de la clinique, sans le secours des procédés tirés du laboratoire.

C'est, à vrai dire, cette coïncidence d'une tuberculose *jeune* qui donne au pityriasis versicolor du thorax son intérêt diagnostique, eu égard à cette affection dont il devient un signe indirect, alors qu'il ne fournirait matière qu'à une constatation des plus banales s'il était toujours superposé à l'appareil symptomatique grossier d'une phtisie aux dernières périodes.

Il n'y a donc pas lieu d'être surpris si, dans les circonstances cliniques considérées, les résultats de l'examen bactériologique des crachats sont ordinairement négatifs et si les signes fournis par l'examen de l'appareil respiratoire sont exclusivement ceux qui témoignent d'une simple densité anormale d'un sommet ou des deux sommets pulmonaires.

Il s'agit en l'espèce de sujets qui ont maigri, présentent les attributs d'une constitution débile, s'enrhument facilement, sont promptement essoufflés, toussottent et crachent peu. Ils n'ont même pas eu d'hémoptysies.

On constate chez eux : à la *percussion*, de la submatité dans la fosse sus-épineuse ou dans la région sous-claviculaire; à la *palpation*, de l'exagération des vibrations vocales, dans le tiers supérieur de l'hémi-thorax en arrière; à l'*auscultation*, de la rudesse respiratoire aux deux temps, en haut, en arrière et en avant; une inspiration *humée* et *saccadée* sous la clavicule; de l'expiration prolongée, parfois légèrement soufflante, dans la région sous-claviculaire et, surtout, dans la fosse sus-épineuse; enfin, à ce dernier niveau, de la *pectoriloquie aphone*, phénomène qui n'est point spécial à la pleurésie séro-fibrineuse, comme le croyait M. le professeur Baccelli, et n'appartient même pas en propre à la pleurésie, mais signifie simplement tissu pulmonaire plus dense et meilleur conducteur du son, s'observe, à ce titre, dans la pneumonie, quand on veut bien l'y rechercher et, pour la même raison, doit compter parmi les meilleurs signes de la tuberculose *au début*.

Cette pectoriloquie aphone, en tant que contribution au diagnostic *précoce* de la tuberculose pulmonaire, est, pour le dire en passant, une donnée clinique ancienne déjà; des thèses de doctorat l'ont étudiée; mon maître de l'école de médecine navale de Toulon, le médecin en chef F. Thomas, montrait, dès 1882, par son enseignement et sa pratique, qu'elle lui était familière; je ne la néglige jamais et j'ai pu constater que les médecins de la marine s'en préoccupent dans les hôpitaux de Rochefort.

Pourquoi la plupart des traités didactiques n'en parlent-ils pas et pourquoi les écrits les plus récents sur le *diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire* n'en font-ils aucune mention?

En dernière analyse, je crois qu'il faut considérer comme suspect de tuberculose pulmonaire tout individu porteur de pityriasis versicolor thoracique.

Sans prétendre que celui-ci soit invariablement causé par celle-là, cette conclusion est justifiée par la fréquente association des deux conditions morbides.

La vérification clinique du fait est si facile, que j'ai pensé qu'il pourrait suffire de l'énoncer, sans avoir à reproduire ici les observations, d'ailleurs toutes de même type, que j'ai recueillies dans les services dont j'ai eu la charge, aux hôpitaux maritimes de Cherbourg et de Toulon.

Certaines maladies sont d'un diagnostic aisé. Il arrive, pourtant, qu'on les méconnaisse parce qu'on ne songe pas à entreprendre les opérations cliniques à l'aide desquelles on pourrait les découvrir.

Au cas de *pityriasis versicolor du thorax*, on doit toujours penser à la possibilité d'une *tuberculose pulmonaire* et procéder en conséquence.

L.-E. BERTRAND,
Médecin de la marine, correspondant de l'Académie de médecine.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Un cas d'embolie de l'artère mésentérique supérieure, par MM. F. LECLERC et CH. BEUTTER.

La littérature médicale ne renferme guère qu'une soixantaine de cas d'embolie des artères mésentériques. C'est donc là un accident peu commun; de plus, le diagnostic en est assez

délicat pendant la vie; il fut cependant porté dans le fait suivant, et l'autopsie en démontra l'exactitude.

Il s'agit d'un malade de quarante-deux ans, qui, à l'âge de vingt ans, présenta du rhumatisme articulaire aigu. Dans la suite, il souffrit de palpitations cardiaques, avec un peu de dyspnée d'effort et parfois aussi un léger œdème des malléoles le soir. Cet œdème augmenta de plus en plus et remontait jusqu'aux genoux quand le patient se décida à entrer à l'hôpital. A ce moment, la percussion et l'auscultation des poumons révélèrent qu'il existait de l'œdème des deux bases avec épanchement bilatéral prédominant à gauche. Du côté de l'appareil circulatoire, on nota les symptômes suivants : augmentation de la matité cardiaque, arythmie, tachycardie, pouls petit, arythmique, incomptable, pouls veineux des jugulaires.

Le foie était gros et douloureux, les urines rares et foncées et la température atteignait 38°5.

Après avoir présenté une amélioration assez notable, consécutive à l'absorption de 0 gr. 001 milligramme de digitaline pendant trois jours, le malade se plaignit, le sixième jour après son entrée, vers les trois heures du soir, de vives douleurs abdominales à début assez brusque, prédominant dans la région péri-ombilicale. La nuit suivante il eut un vomissement alimentaire et vers le matin il rendit par la bouche une petite quantité de sang noir. A dix heures du matin le facies était grippé, les extrémités froides et cyanosées, le pouls imperceptible, l'abdomen un peu ballonné, dur et douloureux. On émit alors l'hypothèse d'une embolie de l'artère mésentérique. La mort survint une heure plus tard, vingt heures après le début des douleurs abdominales.

L'autopsie montra que les lésions les plus importantes siégeaient du côté des anses intestinales qui avaient une couleur hortensia sur tout le territoire de l'artère mésentérique supérieure. Le côlon ascendant et la partie terminale de l'iléon, sur une longueur de 1 m. 50, particulièrement atteints, présentaient une teinte livide et cyanotique. L'artère mésentérique supérieure fut disséquée jusqu'à son origine dans l'aorte, puis ouverte; on put ainsi constater la présence d'un caillot moitié gris, moitié rouge, légèrement adhérent, commençant à 3 centimètres environ de l'origine de l'artère et se continuant jusqu'aux branches terminales. L'intestin et l'estomac étaient remplis d'une bouillie noirâtre hématique. Du côté du cœur, il existait un épaississement de la valvule mitrale et un léger rétrécissement de l'orifice mitral.

Le diagnostic de l'embolie de l'artère mésentérique serait, d'après MM. Leclerc et Beutter, possible dans bien des cas, en se basant sur l'étiologie et les symptômes cliniques. Quant au pronostic, il est presque toujours fatal; on a cité cependant quelques cas de guérison.

L'intervention théorique consisterait, d'après les auteurs, dans la résection de la portion d'intestin grêle qui est le siège de l'infarctus, mais il faudrait pour cela que cette portion d'intestin ne fût pas trop longue; or, elle mesure souvent plus d'un mètre. De plus, il s'agit presque toujours d'un cardiaque et même d'un asystolique, c'est-à-dire d'un sujet qui n'offre plus une résistance suffisante. (*Lyon méd.*, 15 janvier 1905.) — J. G.

Les tumeurs malignes de l'intestin chez les enfants, par M. L. Reboul.

Les tumeurs malignes de l'intestin chez les enfants sont relativement rares. M. Reboul n'en a trouvé dans la littérature médicale que 23 cas, auxquels il ajoute une observation inédite.

Dans ce dernier fait, il s'agit d'un petit garçon de huit ans, chez lequel l'affection se caractérisa tout d'abord par des douleurs abdominales, une augmentation de volume de l'abdomen et un amaigrissement très rapide. A son entrée à l'hôpital, deux mois après le début de la maladie, on constata les symptômes suivants : affaiblissement très marqué, décoloration des muqueuses, diminution notable du volume des masses musculaires, température de 40°, pouls à 96, abdomen ballonné, surtout à droite, très dur à la palpation, matité absolue dans tout l'hypocondre droit, se confondant avec la matité hépatique. Les jours suivants, l'élévation de la température persista avec des alternatives de constipation et de diarrhée; on porta le diagnostic de tuberculose probable du cæcum. Trois jours après l'entrée du petit malade, une laparotomie fut pratiquée et permit de constater l'existence d'une tumeur d'apparence sarcomateuse, qui occupait le côlon ascendant; malheureusement elle était adhérente et il y avait de l'infiltration à distance. La paroi fut donc refermée et l'on mit un drain.

L'état du petit malade resta quelque temps stationnaire, puis, progressivement, l'amaigrissement s'accentua, le ventre augmenta de volume, les ganglions devinrent perceptibles dans les aines, il survint un peu d'albuminurie et l'examen du sang révéla une légère leucocytose. La recherche du bacille de Koch dans les selles fut négative. Finalement une diarrhée profuse s'établit; l'enfant, devenu d'une maigreur squelettique, se plaignait de vives douleurs dans le ventre. Il succomba trois mois environ après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie on trouva une tumeur volumineuse occupant tout le côté droit du ventre; l'examen microscopique révéla qu'il s'agissait d'un sarcome.

Le diagnostic, en pareille occurrence, pourra être fait parfois d'après les symptômes cliniques, mais il n'en est pas moins fort délicat et, dans certains cas, la laparotomie exploratrice permettra seule de l'établir avec certitude. Il est à noter que les phénomènes d'occlusion intestinale, très fréquents dans le cancer de l'intestin chez l'adulte, sont au contraire fort rares chez l'enfant. La durée de la maladie est toujours assez brève : dans les deux tiers des cas, elle n'excéda pas trois mois et le maximum a été de dix. Il va sans dire que le pronostic est fort grave, et que le traitement ne relève que de l'intervention chirurgicale : celle-ci, qui doit être aussi précoce que possible, consistera en une large résection de toute la portion d'intestin envahie par le néoplasme, avec le mésentère correspondant; elle n'a été tentée que 2 fois sur les 24 cas rassemblés par M. Reboul : les opérés, revus l'un après quatre mois, l'autre après six, étaient en bonne santé et exempts de toute récidive; mais c'est là un délai bien court pour se faire une opinion sur les résultats éloignés. (*Thèse de Paris*, 1904.) — J. G.

Papillome de la conjonctive bulbaire ayant envahi la cornée, par M. G. E. Cosmettatos.

Vu le nombre encore restreint des cas de papillome de la conjonctive ayant acquis des rapports avec la cornée, nous résumons l'observation de ce genre que vient de publier M. Cosmettatos.

Il s'agit d'une femme, sans antécédents héréditaires, qui, à l'âge de vingt ans, avait reçu une blessure à la conjonctive de l'œil droit du côté externe du limbe scléro-cornéen; il s'ensuivit une hémorrhagie conjonctivale, mais la vue resta normale. Seize ans après, l'œil droit devint rouge et une petite tumeur se développa à l'endroit de la blessure. Cette tumeur, qui fut extirpée à cette époque, mais incomplètement, au dire de la malade, récidiva deux ans plus tard et envahit tout à fait la cornée en présentant les caractères d'une tumeur maligne, ce qui nécessita l'énucléation de l'œil.

Macroscopiquement, on put constater que la tumeur occupait la totalité de la cornée et une petite portion de la conjonctive bulbaire; elle était irrégulièrement mamelonnée et sa périphérie présentait en plusieurs points des végétations en forme de choux-fleurs. Il existait, en outre, à sa surface une ulcération centrale d'environ 2 millimètres de largeur.

D'après les résultats de l'examen histologique, l'auteur est d'avis qu'il s'agissait d'un papillome ayant proliféré outre mesure et ayant commencé à subir la transformation épithéliomateuse.

En ce qui concerne l'envahissement de l'œil par une tumeur épibulbaire, il est reconnu aujourd'hui qu'il se fait généralement par infiltration des cellules épithéliales d'abord au niveau du limbe scléro-cornéen, puis dans le canal de Schlemm et finalement à la choroïde. Dans le cas relaté par M. Cosmettatos, cependant, les masses épithéliales avaient détruit les lames cornéennes, et même au centre de la cornée la destruction arrivait presque jusqu'à la membrane de Descemet. (*Ann. d'oculist.*, janvier 1905.) — J. G.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Un cas de rougeole à évolution anormale, par M. Hrach.

L'observation publiée par l'auteur a trait à un soldat envoyé à l'hôpital « en observation pour fièvre typhoïde » et qui, depuis huit jours, présentait une fièvre élevée avec céphalalgies violentes. A l'examen, on constata l'existence d'une matité à la base gauche du thorax; à l'auscultation, on percevait des râles tant au niveau de cette base que du côté opposé; à gauche, on remarquait, en outre, des frottements très nets. Il existait une expectoration muco-purulente, peu abondante. Les bruits du cœur étaient bien frappés; le pouls, moyennement fort, battait 120 fois à la minute. Le thermomètre marquait 39°8. La langue était sèche et chargée, l'appétit diminué. On ne notait pas d'hypertrophie de la rate. Le malade était constipé, et dans le côlon ascendant la palpation décelait la présence de scybales. On porta le diagnostic de pleuropneumonie gauche avec bronchite du lobe inférieur droit, et on institua un traitement approprié.

Les jours suivants, la température continua à osciller autour de 40°, les maux de tête persistèrent, s'accompagnant même de délire; en même temps, on constata du gargouillement au niveau de la région iléocæcale, et, la constipation faisant place à de la diarrhée, on pouvait d'autant plus facilement croire à l'existence d'une fièvre typhoïde que la diazoréaction donna un résultat positif. Or, six jours après l'admission du patient à l'hôpital, on vit apparaître, sur l'abdomen et le thorax, ainsi que sur les quatre extrémités, un exanthème maculeux dont les taches laissaient entre elles des intervalles de peau saine. En se basant sur les caractères de cette éruption et sur toute l'évolution de la maladie, M. Hrach diagnostiqua une rougeole précédée d'une pneumonie morbilleuse, la période d'énanthème ayant duré quatorze jours avant l'apparition de l'éruption cutanée. L'auteur estime, en effet, que, dès le début de la pneumonie, il s'agissait déjà d'une infection morbilleuse, la fièvre élevée et le délire ne pouvant guère être mis sur le compte d'une pleuropneumonie limitée à une partie du lobe inférieur du poumon gauche.

Quoi qu'il en soit, la marche ultérieure de l'affection ne tarda pas à confirmer le diagnostic de rougeole, l'hyperthermie et les autres troubles morbides s'étant rapidement dissipés après la disparition de l'exanthème. De plus, l'infirmier qui avait soigné le malade présenta, au bout de treize jours, une rougeole avec éruption typique et pneumonie consécutive.

A propos du diagnostic différentiel, M. Hrach fait remarquer que la diazoréaction est loin d'avoir une valeur décisive, puisqu'elle peut donner un résultat positif dans un cas de rougeole, tout comme dans la dothiénentérie, et que, parfois, elle peut être décelée même chez des sujets tout à fait bien portants, surtout après consommation de fruits.

Quelque anormal que paraisse le fait dont on vient de lire la relation, il convient, toutefois, de ne pas oublier que les manifestations intestinales sont loin d'être exceptionnelles au cours de la rougeole, l'énanthème pouvant aussi intéresser l'intestin. C'est ainsi que, dans une épidémie, Thomas a trouvé à l'autopsie de tous les sujets ayant succombé une tuméfaction des plaques de Peyer, rappelant les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, mais sans qu'il y eût ulcération intestinale. (*Wien. med. Wochensch.*, 4 février 1905.) — L. CH.

De l'activité intra-utérine du thorax et du diaphragme : respiration intra-utérine, par M. F. Ahlfeld.

Chez la femme enceinte, le fœtus manifeste son existence par un certain nombre de mouvements. Les uns, tels que les mouvements des petits membres, tombent aisément sous les sens et sont d'une interprétation facile; d'autres ne sont que peu ou pas accessibles à la vue ou au palper et nécessitent le plus souvent l'intervention de procédés spéciaux d'observation. Ce sont ces derniers que M. Ahlfeld étudie dans le présent travail; il les attribue à une sorte d'exercice préparatoire à la respiration, que ferait le fœtus.

Dans certains cas favorables, les mouvements en question peuvent être perçus à l'œil nu; le plus souvent, pour les mettre en évidence, il faut recourir aux appareils pneumographiques appliqués sur le ventre de la mère : on obtient alors, dans les moments où la respiration maternelle est calme, un tracé formé de 38 à 76 oscillations par minute; dans chacune de ces oscillations, la descente est moins rapide que l'ascension; entre les deux existe parfois un petit plateau.

Voici les raisons qui portent M. Ahlfeld à considérer ces oscillations comme dues à des mouvements du thorax du fœtus : tout d'abord, ils se produisent au voisinage de l'ombilic maternel, c'est-à-dire dans une région correspondant le plus souvent à la base de la poitrine de l'enfant; vers les extrémités de l'ovoïde utérin, au contraire, on ne les perçoit plus ou presque plus. En outre, le rapport existant entre la durée de l'inspiration et celle de l'expiration chez le nouveau-né est analogue à celui que l'on constate entre la durée des portions ascendante et descendante des oscillations en question (36.7 : 63.3 dans le premier cas, 34.2 : 65.2 dans le second). Enfin, quand la situation du fœtus permet de placer deux tambours récepteurs, l'un sur son plan antérieur, l'autre sur son plan postérieur, on voit que les deux tracés ainsi obtenus offrent des oscillations synchrones, mais les ascensions de l'un correspondent aux descentes de l'autre, et inversement; or, d'après M. Ahlfeld, ce double tracé indique que le fœtus se redresse et s'infléchit alternativement — à un léger degré, cela va sans dire —, phénomène que l'on remarque également chez le nouveau-né respirant librement, par exemple dans un bain. D'autre part, on ne peut pas attribuer les tracés ainsi recueillis à la respiration de la mère, ni aux pulsations de son aorte, ni aux battements du cœur fœtal, en raison du rythme différent de chacun de ces mouvements.

Chez la femme enceinte, on sent de temps à autre des chocs plus ou moins violents dans la zone où les mouvements respiratoires du fœtus sont perçus. Quoique leur rareté ne permette guère de les surprendre et de les fixer par un tracé pneumographique, M. Ahlfeld pense qu'il faut mettre ces chocs sur le compte d'inspirations plus profondes ou singultueuses.

Un fait anatomique récemment observé par l'auteur lui paraît confirmer les inductions précédentes : chez un enfant mort au quatrième jour, il existait une imperforation de l'œsophage, mais la trachée communiquait un peu plus bas avec ce conduit; or, à l'autopsie, on trouva des poils dans l'intestin, ce qui permet de supposer que l'enfant avait exécuté des mouvements inspiratoires pendant la vie intra-utérine. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, février 1905.) — R. DE B.

L'hypernéphrome du rein, par M. P. Kuzmik.

Il s'agit de ces néoplasmes rares, dont l'identification histologique a été l'objet de maintes discussions, et qui se développent aux dépens de ces débris embryonnaires de tissu surrénal, signalés par M. Grawitz sous la capsule propre et dans la couche corticale du rein. Sous leur forme rudimentaire, exclusivement anatomique, pourrait-on dire, ces îlots surrénaux aberrants figurent de petites tumeurs, confondues pendant longtemps avec des pelotons graisseux sous-capsulaires, et qui siègent de préférence au niveau du pôle rénal supérieur; à ce stade, ils sont loin d'être rares : M. Grawitz dit qu'il n'y a pas de semaine où il ne rencontre, au cours de ses autopsies, au moins un cas d'hypernéphrome.

Ces noyaux « latents » peuvent croître et grossir, à un certain âge, et se transformer en de volumineuses tumeurs, dans lesquelles on retrouve, avec plus ou moins de netteté, la structure initiale. M. Kuzmik relate 3 nouveaux exemples de ces hypernéphromes géants, qu'il convient de noter, car dans les 3 cas l'examen histologique a confirmé la nature du néoplasme. Ces faits ont, d'ailleurs, une histoire clinique intéressante, bien qu'assez dissemblable.

Un homme de cinquante-sept ans, sans antécédents spéciaux, est pris brusquement d'une hématurie abondante et prolongée; on sent, à gauche, sous les fausses côtes, une tumeur tendue et bosselée. Les accidents cessent. Plusieurs mois après, survient, toujours sans cause et sans douleur, une hématurie nouvelle. Cette fois, on opère : par l'incision lombaire, on découvre une tumeur plus grosse qu'un poing d'adulte, qui englobe la majeure partie du rein; on pratique la néphrectomie, sans difficulté. La guérison opératoire est complète en quatre semaines : au bout de cinq ans, l'opéré restait en bonne santé générale, et indemne de récidive.

On peut donc, dans ce premier cas, tenir pour acquise la guérison définitive. Il en fut autrement dans les 2 autres. Chez une femme de cinquante-quatre ans, l'hématurie survient avec la même brusquerie que dans l'observation précédente; neuf mois après, on constate une grosse tumeur indolente dans la région du rein droit; en trois mois, elle s'accroît considérablement et s'étend des fausses côtes à l'os iliaque et des lombes à la ligne médiane; elle est bosselée, peu mobile. On pratique pourtant, sans difficulté notable, la néphrectomie lombaire, et la malade guérit en quarante jours. Un an plus tard se montraient des accidents d'insuffisance de l'autre rein, et l'urémie chronique devenait mortelle en quatre mois.

Chez le troisième opéré, un homme de cinquante-six ans, la tumeur, apparue, à gauche, trois ans auparavant, continuait à grossir : depuis deux mois, elle provoquait des douleurs en ceinture intolérables. Elle avait le volume d'une tête d'enfant. On intervint encore par la région lombaire, mais la libération du néoplasme, qui remontait haut sous le diaphragme, fut très malaisée et n'alla pas sans une déchirure de la masse ramollie. Au bout de quinze jours, le malade mourait avec des accidents d'entérite fébrile, du délire, de l'œdème des jambes, etc. Ici, l'on découvrit, à l'autopsie, des métastases multiples, dans trois côtes, dans le corps de la quatrième vertèbre lombaire, dans la zone sous-pleurale des deux poumons, et, chose plus rare, puisqu'il n'en existait jusqu'à présent que 2 exemples, dans l'autre rein; de plus, la veine cave inférieure était envahie par le néoplasme et thrombosée.

Dans ce cas, l'hypernéphrome avait donc tous les caractères d'une malignité avancée; dans les 2 autres, sans entrer dans les détails anatomo-pathologiques, notons que la tumeur était nettement encapsulée, nettement distincte, à ses limites, de la substance rénale, refoulée et « pénétrée » plus ou moins profondément, que sa coloration était très panachée, par le fait des îlots hémorrhagiques et de la dégénérescence graisseuse; qu'elle présentait, enfin, avec plus ou moins de régularité, un stroma de fines trabécules vasculaires séparant des rangées de volumineuses cellules polygonales, souvent graisseuses.

L'étude de ces faits et de leur évolution diverse fournit à l'auteur l'occasion d'insister sur l'histoire clinique de ces curieux néoplasmes : sur l'hématurie indolente, qui en est le plus souvent le premier indice, et qui peut, d'ailleurs, précéder de fort longtemps — six, huit, dix, onze ans et demi — l'apparition des signes physiques; sur le peu de douleurs et de troubles qu'ils provoquent d'ordinaire, en dehors des compressions qui peuvent résulter de leur grand développement; sur l'irrégularité de leur marche, les longues trêves et les à-coup dont ils sont coutumiers : dans un cas de M. Hansemann, la tumeur n'avait-elle pas été constatée depuis quinze ans, lorsqu'elle s'accrut brusquement et créa en peu de temps des accidents mortels? Ces brusques transformations cliniques correspondent sans doute à une rupture de la capsule limitante, qui ouvre la voie à la diffusion néoplasique. Quant à l'opération, elle s'impose, quel que soit le volume de l'hypernéphrome : l'existence démontrée de métastases serait seule une contre-indication formelle. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 1.) — L.

Formation de cellules déciduales au niveau de l'appendice dans un cas de grossesse tubaire (péri-appendicite déciduale), par M. A. Hirschberg.

On sait que, sous l'influence de la grossesse, les cellules conjonctives des organes génitaux ou de leur voisinage présentent en plusieurs points — trompes, surface des ovaires, péritoine vésical ou rectal, etc. — des modifications analogues à celles que subissent les cellules conjonctives de la muqueuse utérine au moment où celle-ci se transforme en caduque. Pareilles modifications peuvent aussi se rencontrer dans l'appendice, à en juger par le fait relaté dans le présent travail.

Une primipare de trente-huit ans venait d'être laparotomisée pour une grossesse tubaire droite. Entre la trompe intéressée et les organes voisins, notamment l'appendice, existaient quelques adhérences. Au cours de l'opération, on jugea prudent d'enlever l'appendice qui semblait un peu gros et enflammé. Sa longueur était de 6 centimètres, sa largeur de 6 millimètres; il paraissait congestionné, mais, quand on l'eut en mains, on reconnut qu'il ne présentait aucune altération bien évidente, si l'on en excepte les vestiges de son ancienne adhérence et quelques petites hémorrhagies dues sans doute au trauma opératoire.

A l'examen microscopique, on ne constata non plus rien de bien spécial du côté de la muqueuse ou de la sous-muqueuse. Mais, au niveau de la séreuse, on remarqua tout d'abord que les cellules endothéliales du revêtement péritonéal étaient généralement tuméfiées au lieu d'être aplaties. Au-dessous d'elles, dans la sous-séreuse, on trouvait par places, en assez grand nombre, de petits foyers cellulaires formés par des cellules fusiformes, polygonales ou au contraire arrondies, dont le protoplasma semblait absolument homogène et dont les dimensions étaient relativement énormes : de 18 à 30 μ. Elles possédaient également un gros noyau, rond ou ovale, pâle et souvent granuleux, de 12 à 14 μ de diamètre. Les différents caractères de ces cellules et leur groupement en petits foyers les rapprochaient donc à s'y méprendre des cellules déciduales de la caduque utérine.

Toutefois, cette transformation de la sous-séreuse appendiculaire en cas de grossesse n'est pas constante, car, dans un fait analogue au précédent, et où l'on pratiqua également une appendicectomie, les modifications plus haut signalées du côté de l'appendice faisaient défaut. Il est cependant à présumer que, pour qu'elles se produisent, point n'est besoin d'adhérences entre l'appendice et le sac fœtal, car on a surpris de ces foyers déciduaux jusque sur des franges libres de l'épiploon. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 3.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le calomel contre le rhumatisme articulaire aigu.

Etant donnée la fréquence des manifestations digestives au cours du rhumatisme articulaire aigu — et l'on sait que pour nombre d'auteurs c'est dans le tube digestif qu'il faut chercher l'origine de cette infection —, M. le docteur Manceaux (médecin militaire français) a l'habitude de prescrire du calomel aux rhumatisants, concurremment aux préparations salicylées, en vue d'assurer l'antisepsie intestinale.

Dans ce but, notre confrère fait prendre, sitôt le diagnostic posé, 0 gr. 50 ou 0 gr. 60 centigrammes de calomel, en même temps que l'on applique du salicylate de méthyle sur les jointures intéressées; le lendemain, le patient reçoit 3 ou 4 grammes de salicylate de soude; le troisième jour, on donne encore 0 gr. 30 ou 0 gr. 40 centigr. de protochlorure de mercure; une dernière dose de 0 gr. 20 centigr. de calomel est parfois nécessaire deux jours plus tard; après quoi l'on continue la médication salicylée jusqu'à complète guérison.

Sous l'influence de ce traitement, la température commence d'ordinaire à baisser vers le cinquième ou le sixième jour, et, parallèlement, les phénomènes douloureux diminuent d'intensité. Au total, chez les sujets traités de la sorte, la durée moyenne de la maladie n'excède pas dix-huit jours, alors qu'avec les méthodes habituelles elle s'élevait à un mois.

Sur les 18 cas où M. Manceaux a administré le calomel selon les principes qui viennent d'être exposés, 17 ont promptement abouti à la guérison; un seul malade, qui supportait mal le médicament et qui avait déjà subi l'année précédente une atteinte sévère de rhumatisme, ne s'est rétabli qu'au bout de soixante-dix-huit jours.

Traitement de la tuberculose laryngée par les cautérisations à l'acide trichloracétique.

Depuis que M. von Stein, puis MM. Jurasz et Ehrmann, ont préconisé les cautérisations à l'acide trichloracétique en pratique rhino-laryngologique, ce procédé a reçu de nombreuses applications. C'est ainsi, par exemple, que des résultats favorables ont été obtenus dans l'ozène par M. von Stein lui-même, dans la tuberculose pharyngée par M. J. Veis (Voir *Semaine Médicale*, 1890, Annexes, p. LXXIV, 1894, p. 79, et 1902, p. 304.)

A son tour, M. le docteur V. N. Okounev, médecin consultant à l'Institut clinique de la grande-duchesse Hélène Pavlovna, à Saint-Pétersbourg, fait connaître que les cautérisations à l'acide trichloracétique lui ont fourni une série de succès remarquables dans un certain nombre de cas de tuberculose laryngée, dont quelques-uns étaient jusqu'alors demeurés rebelles à tout autre mode de traitement, notamment aux cautérisations à l'acide lactique et au phénol sulforiciné. Voici comment procède M. Okounev :

Après avoir badigeonné le larynx avec une solution de cocaïne à 10 %, notre confrère imbibe de deux ou trois gouttes d'une solution très concentrée d'acide trichloracétique (et pour cela il emploie tout simplement le liquide qui s'accumule au fond des flacons où sont conservés les cristaux de cette substance) un tampon d'ouate hydrophile très serré, ayant un diamètre de 2 ou 3 millimètres au plus; à l'aide de ce tampon, il touche largement les parties malades, sans craindre d'empiéter sur les tissus sains.

En dépit de l'anesthésie préalable, la cautérisation — que l'on répète deux ou trois fois par semaine — détermine généralement, lors des premières séances, un spasme laryngé intense, qui diminue d'ailleurs dans les séances ultérieures.

Ajoutons que, d'après M. Okounev, il n'est pas rare de voir l'aphonie s'accentuer au cours du traitement, mais cette aggravation n'est que momentanée : la voix s'éclaircit le plus souvent d'une façon très nette après la fin des cautérisations.

Les injections prothétiques de vaseline contre les cicatrices des pustules varioliques.

Il y a deux ans, nous avons signalé les essais tentés par M. Gersuny pour remédier, par sa « prothèse molle », aux difformités dues à l'existence des cicatrices que laissent les pustules varioliques (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 8).

Tout récemment, un autre médecin viennois, M. le docteur R. Stegmann, a eu recours avec succès à cette méthode chez un homme qui, outre une maigreur extrême de la face, présentait de nombreuses cicatrices de variole au front, aux tempes, aux joues et surtout au niveau du menton, lequel en était entièrement criblé.

Notre confrère commença par injecter 2 c.c. de vaseline pure dans chacune des fosses canines, en ayant soin de pousser la masse très profondément, presque jusque sur l'os; une injection analogue, mais de 1 c.c. seulement, fut ensuite pratiquée dans la région du menton. Pour compléter l'effet produit par ces premières injections, M. Stegmann en fit d'autres, plus superficielles, avec la masse molle de M. Gersuny, dont 20 c.c. furent injectés au total. Au bout de sept séances — celles-ci étant répétées tous les deux jours —, la face avait repris un aspect normal; la physionomie paraissait rajeunie, et les cicatrices de variole ne se traduisaient plus que par une légère pigmentation.

En ce qui concerne la technique, un point doit être spécialement noté : pour les injections au niveau des ailes du nez, les plus grandes précautions sont nécessaires afin d'éviter de faire pénétrer la masse dans l'épaisseur même du derme, ce qui déterminerait infailliblement des nécroses cutanées multiples, comparables à celles des radiodermites et très longues à guérir.

La radiothérapie du trachome.

Nous avons naguère signalé que la radiothérapie, utilisée tout d'abord contre le trachome par M. S. Mayou et par M. F. L. D. Rust, a également fourni d'excellents résultats contre cette affection entre les mains de MM. S. Stephenson et D. Walsh (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 426 et 1903, p. 36).

De leur côté, MM. les docteurs W. S. Newcomet et J. T. Krall (de Philadelphie) ont obtenu par l'emploi des rayons X une guérison pour ainsi dire complète chez une jeune fille de dix-huit ans présentant une ophtalmie granuleuse très grave. Après avoir épuisé en vain la liste des procédés habituels, on essaya finalement la radiothérapie pour l'un des yeux. Au bout de six semaines de ce traitement, la réaction inflammatoire devint toutefois si intense qu'on crut devoir interrompre les séances. Mais, quand les phénomènes aigus eurent cessé, on constata que la cornée, devenue parfaitement transparente, n'offrait plus que quelques vascularisations reconnaissables à l'éclairage oblique.

Chez un homme qui présentait des lésions granuleuses surtout marquées au niveau de la conjonctive, la radiothérapie, employée par un autre médecin de Philadelphie, M. le docteur J. F. Schamberg, a également procuré une amélioration très notable.

L'apomorphine contre la chorée.

Un confrère américain, M. le docteur M. G. Tull (de Philadelphie) a récemment obtenu un excellent résultat thérapeutique, au moyen de l'apomorphine, chez une jeune fille atteinte d'une forme très grave de chorée de Sydenham. Cette affection avait résisté à tous les traitements habituellement mis en œuvre en pareille occurrence, et notre confrère n'était pas sans inquiétude au sujet de l'évolution du mal, lorsqu'il eut l'idée d'administrer 0 gr. 0015 décimilligr. d'apomorphine en injection sous-cutanée. En moins de trois minutes, tout spasme cessa, les muscles se décontractèrent, et la malade s'endormit. On continua encore pendant quelque temps à faire prendre *per os* 0 gr. 003 milligr. d'apomorphine toutes les trois heures. L'amélioration se confirma, et à aucun moment on ne vit reparaître d'accidents graves, comme ceux qui avaient été observés antérieurement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 avril 1905.

La paralysie générale d'origine syphilitique.

M. Joffroy. — Je reconnais très volontiers, avec M. Fournier, que beaucoup de paralytiques généraux sont syphilitiques et, par conséquent, qu'il existe des relations étroites entre la paralysie générale et la syphilis, mais je suis complètement en désaccord avec mon collègue lorsqu'il affirme, en s'appuyant sur la fréquence de ces antécédents syphilitiques chez les paralytiques généraux, que la méningo-encéphalite chronique diffuse est une manifestation de la syphilis.

La syphilis n'est, à mon avis, qu'une cause adjuvante et non nécessaire de la paralysie générale, de même que l'alcoolisme n'est qu'une des causes favorisantes et non nécessaires de la tuberculose. C'est cette opinion que j'ai résumée en disant que la syphilis constituait un bon engrais pour la paralysie générale.

Pour démontrer non plus l'origine, mais la nature syphilitique de la paralysie générale, M. Fournier s'est appuyé sur l'existence d'une paralysie générale juvénile qui, selon lui, serait toujours issue de l'hérédité syphilitique. Sur ce point encore, je suis obligé de me séparer de lui. Je n'ai observé personnellement que 4 sujets atteints de paralysie générale juvénile; or, dans aucun de ces 4 cas je n'ai pu établir avec certitude l'existence de la syphilis chez les ascendants.

Du reste, il ne suffit pas, à mes yeux, qu'un paralytique général juvénile soit issu de parents syphilitiques pour qu'on soit en droit d'affirmer qu'il est lui-même syphilitique. En fait d'hérédité, il faut tout consigner et, à côté de l'infection syphilitique, il faut tenir compte des autres infections ou intoxications, qui sont également susceptibles d'avoir leur retentissement sur la descendance. On sait, d'autre part, que le syphilitique peut, à la faveur d'un traitement mercuriel prolongé, contracter en quelque sorte une assurance contre l'hérédo-syphilis de ses enfants; or, comme aucune cure analogue n'existe pour l'alcoolique, le saturnin, l'hydrargyrique, etc., il en résulte que l'hérédité est, en quelque sorte, plus fatale pour la descendance de ces différents intoxiqués que pour celle des syphilitiques.

Un autre argument qui peut être invoqué contre la nature syphilitique de la paralysie générale, c'est le nombre de cas, aujourd'hui assez nombreux, dans lesquels on a constaté l'apparition d'un chancre induré chez des sujets déjà paralytiques généraux.

Il est vrai que l'on rencontre plus ou moins souvent des lésions syphilitiques sur les cerveaux des paralytiques généraux, mais je ne puis suivre les auteurs qui s'appuient sur cette constatation pour admettre la nature syphilitique de la paralysie générale, et il me semble beaucoup plus logique de ne voir dans cette association de la méningo-encéphalite diffuse et de la gomme artérielle ou méningée qu'une coïncidence, la paralysie générale ne mettant pas à l'abri de la syphilis cérébrale.

En ce qui concerne la question du traitement prophylactique de la paralysie générale, M. Fournier nous a fourni des chiffres d'où il semble résulter que sur 100 paralysies générales observées chez des syphilitiques, il y en a eu 95 qui se sont produites à la suite de syphilis insuffisamment traitées, contre 5 à la suite de traitements sérieux.

Pour autoriser pareille conclusion, il nous faudrait connaître le nombre total des syphilitiques parmi lesquels se sont produits les 79 cas de paralysie générale observés par M. Fournier; il faudrait ensuite répartir tous ces syphilitiques en quatre catégories, suivant qu'ils ont suivi un traitement de moins d'un an, de un à deux ans, de deux à trois ans ou de trois à quatre ans et, enfin, il faudrait dans chacune de ces catégories établir le rapport entre le nombre des paralytiques généraux et celui des syphilitiques. Faute de ces renseignements, la statistique de M. Fournier ne permet aucune conclusion.

En réalité, et cela même de l'aveu des auteurs qui sont partisans de la nature syphilitique du tabes et de la paralysie générale, ce n'est pas dans la façon dont le traitement mercuriel est conduit qu'il faut chercher la cause de ces deux affections.

Je maintiens donc ma précédente conclusion, à savoir que la mercurialisation est radicalement impuissante aussi bien à prévenir qu'à guérir la paralysie générale.

M. Hallopeau. — Nous sommes tous, sauf M. Lancereaux, implicitement d'accord sur ce

point essentiel, à savoir que la péri-encéphalite de la paralysie générale a pour cause prochaine le développement intracrânien d'une épine syphilitique. La grande fréquence de la syphilis chez les paralytiques généraux ne permet pas une autre conclusion.

La présence de gommes intracrâniennes chez des sujets atteints de méningo-encéphalite diffuse est également très démonstrative. Si ces lésions, manifestement spécifiques, n'ont pas été plus souvent signalées, c'est qu'elles peuvent avoir disparu au moment où l'on pratique l'autopsie et, aussi, parce qu'elles peuvent être masquées par les lésions de la péri-encéphalite secondaire.

Cette théorie deutéropathique laisse une porte ouverte à la médication préventive, pourvu que celle-ci soit mise en œuvre en temps utile.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 avril 1905.

La dyscrasie acide expérimentale.

M. Charrin. — En physiologie comme en pathologie, l'acide lactique joue un rôle considérable. Or, de jour en jour, ce rôle se développe, car de récentes coutumes thérapeutiques, plus encore alimentaires, telles que l'usage croissant du képhir, du lait caillé, du ferment bulgare, du yoghairt, des pâtes alimentaires, etc., font que le tube digestif en renferme et plus souvent et davantage.

Injecté sous la peau, cet acide est assez toxique; même à très minimes doses (0 gr. 0005 décimilligrammes ‰ par quarante-huit heures), il change le terrain, fait fléchir le rapport de l'azote uréique à l'azote total, diminue la diurèse, l'intensité de l'agglutination et de l'état bactéricide. Aussi, dans ces conditions, l'infection aiguë évolue-t-elle plus aisément. On est en présence de la dyscrasie acide, qui ne relève pas de tous les acides, par exemple de l'acide phosphorique, plutôt utile.

Introduit par la voie habituelle, par la bouche, cet acide lactique est heureusement fort peu nuisible. Une série de facteurs concourent à atténuer sa toxicité; parmi eux figurent le mucus, les difficultés de l'absorption, peut-être l'action de la muqueuse de l'intestin ou celle du foie, à coup sûr des matières minérales qui, contenues dans le tube digestif, neutralisent cet acide et forment des sels, des lactates insolubles ou médiocrement offensifs; à cette atténuation contribuent ces facteurs, à tort qualifiés de défense, et qui sont de simples phénomènes physico-chimiques, en général purement passifs. Toutefois, même à ce degré, son action demeure suffisante pour engendrer de bons effets, régulariser des digestions, restreindre des fermentations putrides, etc., d'autant que ces aliments (lait, pâtes) laissent peu de détritus pour nourrir les germes intestinaux. Encore convient-il de ne pas dépasser certaines proportions (0 gr. 50 centigr. ‰) et de ne pas en user trop longtemps. Si, en effet, on méconnait ces précautions, on observe des lésions, spécialement dans le rein et le foie. Avec M. Le Play nous avons vu des cellules hépatiques réduites à leur paroi, aspect révélant l'existence si débattue d'une membrane propre ou tout au moins d'une couche périphérique protoplasmique très épaissie, nettement différenciée. La destruction des noyaux fréquemment doubles permet de comprendre pourquoi l'analyse chimique (Desgrez) indique une prédominance dans la destruction des albumines phosphorées, si abondantes dans ces noyaux. En outre, l'alcalinité des plasmas fléchit sensiblement et les urines contiennent beaucoup de matières minérales.

A son tour l'infection chronique est facilitée; avec MM. Dehérain et Di Chiara j'ai vu une tuberculose atténuée, laissant survivre durant des semaines, deux mois et plus, des cobayes témoins, amener en quatorze et seize jours la mort d'animaux soumis à cette influence des acides et parfois aussi à un régime sucré.

A cet égard, il est juste de remarquer que par elle-même et, tout au moins en partie, grâce à cet acide lactique qu'à l'exemple de bien d'autres bactéries, souvent associées à son œuvre, le bacille de Koch engendre, la tuberculose en évoluant, en dehors de diverses altérations viscérales, fait naître et ce défaut d'alcalinité et cette déminéralisation, autrement dit deux modifications éminemment aptes à favoriser son développement. Dès lors, on conçoit pourquoi une atteinte du mal prédispose aux poussées ultérieures: on est en présence d'une sorte d'*anaphylaxie*.

Quoi qu'il en soit, nos recherches établissent à quel point les effets de l'acide lactique sont liés au choix de la porte d'entrée, combien ces effets sont variés, les uns utiles, les autres nuisibles. Surtout en raison des toutes récentes coutumes, ces recherches enseignent la prudence et, comme en tout, la juste mesure.

Sur la réduction de l'oxyhémoglobine.

MM. R. Lépine et **Boulud.** — M. Jaboulay ayant signalé la longue durée de la réduction de l'oxyhémoglobine dans un cas mortel de shock chirurgical (après une anesthésie prolongée), nous avons eu l'idée de rechercher méthodiquement si l'oxyhémoglobine de différents sangs anormaux est réduite dans le même temps, par un agent réducteur toujours le même (le sulfate ferreux), et en quantité exactement proportionnelle à celle de l'hémoglobine.

Après de nombreux tâtonnements pour fixer la méthode, nous pouvons établir les faits suivants:

1° Le temps de réduction de l'oxyhémoglobine, dans les conditions où nous nous sommes placés, est de vingt minutes environ, avec une légère différence en moins pour le sang veineux. Notre méthode peut être employée chez l'homme; car il est très facile avec une aiguille stérilisée de recueillir à l'abri de l'air un demi-centimètre cube de sang dans une veine du pli du bras;

2° Dans l'anémie le temps de réduction (avec une quantité de réactif rigoureusement proportionnelle à la faible quantité d'hémoglobine du sang) est très augmenté. Nous l'avons vu dépasser une heure;

3° L'inhalation prolongée de chloroforme ou d'éther augmente aussi beaucoup le temps de réduction;

4° L'infection microbienne du sang avec divers microbes, notamment avec un staphylocoque très virulent, a paru sans influence sensible.

Comme nous dosons l'hémoglobine par colorimétrie et que dans divers états pathologiques il n'y a pas corrélation entre la couleur du sang et sa teneur en fer (Ch. Bohr, Bard, Rosin et Jellinek, etc.), on aurait pu objecter que notre dosage d'hémoglobine est erroné, et qu'en conséquence la discordance que nous signalons entre la quantité d'hémoglobine et le temps de réduction n'est pas réelle. Mais l'*énorme* écart que nous avons trouvé entre le chiffre normal et celui de l'anémie fait tomber cette objection.

Fonction biligénique de la rate.

MM. Charrin et **Moussu.** — Dans l'obscure question des relations fonctionnelles de la rate et du foie, des expériences longtemps poursuivies nous permettent d'apporter enfin des faits précis.

Au niveau de la vésicule biliaire d'un chien, on établit une fistule; on recueille la bile, dont on fixe la composition. Puis, immédiatement ou bien une ou deux semaines après, on enlève la rate. Assez promptement, surtout au bout de sept à dix jours, nous avons vu, avec M. Pugliese, la bile perdre une bonne partie de ses matières colorantes (un tiers, une moitié, parfois davantage); mais elle perd également des principes minéraux (0.6 au lieu de 1.2 %) et des substances organiques (3 au lieu de 15 %); seule l'eau augmente et de 84 passe à 95 %.

Assurément, en dehors de la splénectomie, en particulier dans le cas de fistule, peut-être par suite d'une influence réflexe sur le foie ou de la stase biliaire, la composition de cette sécrétion varie beaucoup; nos chiffres sont des moyennes de 20 analyses et d'expériences ayant porté sur 18 animaux (chiens, porcs, lapins). Toutefois, jamais nous n'avons observé des diminutions aussi considérables que celles des sujets privés de rate.

On ne saurait, en tout cas, invoquer une complète inhibition hépatique causée par le choc opératoire. Quand, en effet, dans le péritoine ou sous la peau, on introduit un suffisant volume de sang, on constate un relèvement de la coloration, indice de l'élaboration des pigments hématiques par l'activité de la cellule du foie. Ces faits expliquent, d'ailleurs, pourquoi les premiers jours cette décoloration va s'accentuant; l'opération provoque toujours des hémorrhagies qui, à l'exemple de ces injections, fournissent une certaine quantité de ces pigments.

Ces résultats semblent mettre sur la voie du mécanisme du phénomène observé et permettre une hypothèse. On est, en effet, conduit à penser qu'en détruisant de vieux globules, l'hémolyse, qu'avec d'autres nous avons reconnue au sein de la pulpe splénique, met en liberté des produits pigmentaires (hémoglobine), minéraux (soude, potasse, fer, etc.), organiques (composants protéiques, éléments sulfurés); la veine splénique, au lieu de se jeter dans le tronc cave, plus rapproché et plus vaste, se rend au réseau portal et transporte à la glande biliaire ces différents produits destinés à être élaborés.

Ajoutons que si l'on conserve assez longtemps des animaux splénectomisés, les modifications enregistrées s'atténuent; à l'aide sans doute des organes hématopoiétiques, des suppléances se développent bien vite. La ligature du pédicule paraît moins active.

L'importance de la bile confère à cette donnée sa propre importance. Quoi qu'il en soit, ces recherches éclairent la physiologie de la rate et, par des faits précis, substitués aux hésitations anatomo-cliniques, démontrent l'influence de cet organe sur le foie. Le parenchyme splénique possède donc une fonction biligénique qui n'est pas sans rapport avec la fonction martiale de ce même parenchyme, mise en évidence par nos anciennes expériences.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 avril 1905.

Luxation du deuxième cunéiforme.

M. Kirmisson. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été communiquée par M. Toussaint (médecin militaire), relativement à un cas de luxation du deuxième cunéiforme sur la face dorsale du pied, à la suite d'une chute de cheval. Le gonflement du pied était tel que l'on ne put tout d'abord faire un diagnostic précis; c'est seulement neuf jours après l'accident qu'une radiographie montra qu'il s'agissait d'une luxation dorsale du deuxième cunéiforme; notre confrère endormit le blessé et put alors, sans grandes difficultés, réduire la luxation par une pression directe.

Le résultat définitif a été satisfaisant au point de vue fonctionnel, car le blessé marche très bien; une nouvelle radiographie a cependant prouvé que la réduction n'a pas été tout à fait complète et qu'il subsiste encore une légère saillie du deuxième cunéiforme sur la face dorsale du pied.

M. Berger. — Il est impossible de préciser les lésions d'après l'examen de la radiographie faite avant la réduction: il y avait évidemment luxation du deuxième cunéiforme, mais le premier cunéiforme était aussi déplacé, et l'on constatait d'autre part une saillie anormale dont l'interprétation n'est guère facile.

M. Delorme. — Je pense que, à mesure que les examens radiographiques se multiplieront, les luxations isolées du premier ou du deuxième cunéiforme seront considérées comme de plus en plus rares; dans le cas particulier, je crois, avec M. Berger, qu'il y avait à la fois une luxation du premier et du deuxième cunéiforme.

M. Rieffel. — A l'occasion d'une luxation du premier cunéiforme, que j'ai observée en 1899 dans le service de Tillaux, j'ai reproduit expérimentalement cette luxation, et j'ai pu constater qu'elle s'accompagnait toujours d'un déplacement du deuxième cunéiforme; je partage donc les doutes de MM. Berger et Delorme au sujet de l'existence de la luxation isolée du deuxième cunéiforme.

Hernie du diverticule de Meckel.

M. Broca. — Je dois vous rendre compte d'une observation de hernie du diverticule de

Meckel, étranglée ou enflammée, qui nous a été envoyée par M. Brin (d'Angers). Il s'agit d'un vieillard qui, sans avoir jamais eu auparavant de tumeur herniaire, avait cependant souffert quelquefois dans l'aine droite, et qui présenta brusquement à ce niveau une petite tumeur irréductible, extrêmement douloureuse. Notre confrère intervint sans retard et trouva dans un petit sac herniaire le diverticule de Meckel, qu'il réséqua au ras de l'intestin grêle, pour faire ensuite une entérorrhaphie latérale. Le malade a guéri, après avoir eu une phlébite du côté gauche.

Il n'est pas tout à fait prouvé qu'il y ait eu dans ce cas un véritable étranglement, et non une simple inflammation du diverticule de Meckel, suivant un mécanisme analogue à celui de l'appendicite herniaire.

M. Berger. — Dans tous les cas de hernie « étranglée » du diverticule de Meckel que j'ai eu l'occasion d'observer, l'étranglement était incomplet.

Albuminurie prémonitoire de la tuberculose rénale.

M. Bazy. — Depuis que mon attention a été attirée sur l'importance de l'albuminurie au point de vue du diagnostic précoce de la tuberculose rénale, j'ai pu en observer 5 exemples très nets. Dans un de ces cas, notamment, il s'agissait d'un jeune homme atteint de tuberculose épididymaire, et chez lequel l'albuminurie a précédé l'apparition de tout autre signe de tuberculose rénale.

Il est possible que, dans certains de ces faits, l'albuminurie ait été due à la présence de pus dans l'urine, mais on ne saurait admettre pareille interprétation lorsque les analyses démontrent l'absence de tout leucocyte dans l'urine. Aussi, à mon avis, l'existence de cette albuminurie prémonitoire n'est-elle pas douteuse.

J'ajouterai que je l'ai vue coexister dès son apparition avec une fréquence anormale des mictions, constituant ainsi une véritable *albuminurie pollakiurique*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 31 mars et 7 avril 1905.

Scarlatine et manifestations méningées.

M. Dufour relate, en son nom et au nom de M. Giroux, plusieurs faits qui prouvent que la scarlatine, même légère, peut intéresser les méninges :

Une première scarlatineuse est atteinte d'herpès naso-labial avec céphalée intense et raideur de la nuque ; le pouls ne bat que 51 fois par minute ; au neuvième jour de la maladie on fait une ponction lombaire qui diminue la céphalée et permet de constater une lymphocytose très abondante.

Une autre malade présente du côté droit, au septième jour, le « signe du sympathique » (rétrécissement de la fente palpébrale avec enfoncement du globe oculaire et myosis), sans inégalité pupillaire. Le pli naso-labial est moins accentué à droite qu'à gauche ; la joue droite est plus rouge et plus chaude que la gauche. Le onzième jour de la maladie on pratique la ponction lombaire, et on constate dans le liquide céphalo-rachidien de l'albumine, des lymphocytes et une grande quantité de polynucléaires.

Une troisième patiente est prise, au vingt-cinquième jour d'une scarlatine, de fièvre très élevée avec céphalée et signe du sympathique du côté gauche. Le liquide céphalo-rachidien est en hypertension et contient de très nombreux lymphocytes. La température continue à descendre après la ponction lombaire.

Ces 3 malades ont guéri.

M. Dopter dit qu'il a pratiqué 14 fois la ponction lombaire chez des scarlatineux, et que dans la moitié des cas il a constaté une lymphocytose discrète ou moyenne du liquide céphalo-rachidien ; cette lymphocytose est toujours moins considérable que dans les oreillons.

Dans 2 cas de rougeole et dans un cas d'érysipèle de la face avec symptômes méningés, l'orateur a également constaté une lymphocytose assez abondante.

Lichen au niveau des zones d'irradiation douloureuse dans un cas d'insuffisance aortique avec crises angineuses.

M. Gasne montre, en son nom et au nom de M. Chiray, un malade atteint d'insuffisance aortique avec crises angineuses et irradiations douloureuses le long du bras gauche. Il existe, en outre, chez cet homme, une éruption de lichen nettement localisée au territoire de l'accessoire du brachial cutané interne gauche et, sur le thorax, à un des premiers espaces intercostaux. Ces zones sont objectivement hyperesthésiques au toucher, à la douleur et à la température. Il est vraisemblable qu'il s'agit là d'un trouble trophique réflexe non encore signalé dans les crises angineuses.

Anémie pernicieuse et opothérapie médullaire.

M. Ménétrier communique, en son nom et aux noms de MM. Aubertin et Bloch, l'observation d'une femme atteinte d'anémie pernicieuse avec réaction myéloïde marquée, chez laquelle, sous l'influence de la seule opothérapie médullaire, le nombre des globules rouges monta, en cinq semaines, de 680,000 à 3 millions par millimètre cube, en même temps que disparaissaient tous les symptômes attribuables à l'anémie.

L'action favorable de l'opothérapie serait due, d'après l'orateur, à l'intensité remarquable de la réaction myéloïde (5 % de myélocytes, 5 globules nucléés pour 100 leucocytes). Complètement impuissante, suivant tous les auteurs, dans la forme aplastique, l'opothérapie médullaire est indiquée toutes les fois qu'il y a une réaction myéloïde, si faible soit-elle ; mais elle ne semble donner de résultats que quand cette réaction myéloïde est assez marquée.

Modifications de la pression artérielle en rapport avec la menstruation.

M. Siredey dit avoir fait avec Mlle Francillon des recherches qui démontrent qu'au moment de l'apparition des règles on constate, d'une façon constante, une élévation de la pression artérielle pouvant atteindre 2 et 3 centimètres. Cette élévation est suivie, après la cessation des menstrues, d'un abaissement correspondant.

Au moment de la ménopause, survient également une élévation de la pression artérielle qui joue vraisemblablement un rôle important dans l'apparition des accidents bien connus (vertiges, éblouissements, céphalées, etc.), si fréquents à cette époque de la vie.

Endocardite végétante et térébrante métapneumonique.

M. Galliard relate l'observation d'un homme qui présenta, au dix-huitième jour d'une pneumonie du sommet, dont la défervescence s'était effectuée régulièrement, tous les signes d'une endocardite caractérisée d'abord par un souffle diastolique à la base du cœur, puis par un souffle systolique à la pointe qui bientôt s'étendit également à la base. Le malade ayant succombé dix jours après le début de ces accidents cardiaques, on trouva à l'autopsie trois énormes végétations situées l'une au niveau de l'orifice aortique et les deux autres dans les oreillettes. Il existait, en outre, deux petites perforations nécrosiques de la cloison interventriculaire, et c'est probablement ce processus de nécrose qui avait été le point de départ des végétations trouvées dans les cavités cardiaques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 1er et 8 avril 1905.

Kystes hydatiques du foie et cholémie familiale.

MM. Gilbert et Lereboullet. — Nous avons pu recueillir un certain nombre de faits démontrant que les kystes hydatiques du foie se développent le plus souvent chez des sujets antérieurement atteints de cholémie familiale, comme le prouvent leurs antécédents personnels et familiaux. Il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence, et ces faits peuvent être rapprochés de ceux où a été notée l'association du kyste hydatique avec une cirrhose alcoolique, avec un cancer du foie, avec la lithiase biliaire, affections se développant également sur le terrain de la cholémie familiale. Cette notion étiologique montre bien que si, dans certaines circonstances — alors que la contamination par les œufs d'échinocoque est massive et incessante, comme en Islande (1) —, le kyste hydatique du foie survient en dehors de toute prédisposition personnelle, d'ordinaire il faut un terrain spécial pour que la contamination soit efficace.

Ce terrain hydatique est comparable au terrain tuberculeux, comme lui nécessaire dans la majorité des cas, comme lui inutile lorsqu'il y a inoculation tuberculeuse à doses massives et continuelles, lors de tuberculose conjugale, par exemple.

Absorption, élimination et mode d'action des sels de quinine.

M. Fr. Arnaud (de Marseille). — J'ai pu constater que l'absorption de la quinine, révélée par le moment d'apparition des effets physiologiques et par le tracé de l'élimination urinaire, est plus lente chez le fébricitant que chez le sujet apyrétique. Ce retard peut atteindre deux ou trois heures et même plus : en général, le taux maximum d'élimination, au lieu de coïncider avec la sixième heure, se produit à la dixième ou à la onzième. Le maximum d'effet thérapeutique sur la courbe fébrile est d'ailleurs parallèle à la courbe d'élimination.

D'autre part, l'élimination est plus rapide et plus active chez les sujets en traitement, fébricitants ou apyrétiques, qui prennent de la quinine depuis plusieurs jours ; ce fait est dû à la rétention partielle du médicament dans les tissus, d'où élimination moins abondante après la première dose qu'après les suivantes où l'organisme, déjà saturé de quinine, rejette par les émonctoires la plus grande partie du médicament absorbé.

Ces données me permettent d'attribuer l'action de la quinine non à la portion retenue dans les tissus, assimilée, comme on l'admet d'ordinaire, mais bien à celle qui circule librement dans le sang ; d'où la conclusion thérapeutique d'administrer des doses massives de ce médicament, l'action thérapeutique étant proportionnelle à la quantité ingérée, puisque la dose circulante, non assimilée, est seule active au point de vue fébrifuge.

De la faim.

M. Lévi. — L'activité diastasique dont dépend la nutrition intérieure subit la régulation du système nerveux, subordonné lui-même aux actes diastasiques. C'est le mécanisme nerveux régulateur des actions diastasiques, dont les centres subalternes siègent dans les ganglions du grand sympathique ; il existe, en outre, dans le bulbe, un grand centre diastasique.

Lorsque les cellules et leur optimum de disponibilité diastasique actionnent ce centre et parviennent jusqu'au cerveau, la sensation de faim prend naissance. La faim est donc la sensation consciente d'un appel adressé, suivant un mode paroxystique, au centre général de régulation de l'activité diastasique. Le siège du centre bulbaire peut être précisé d'après ses connexions physiologiques. Quant au centre cérébral, il serait au niveau du lobe de l'hippocampe.

L'estomac, le goût contribuent à spécifier la faim. Le cerveau discipline la sensation, la perfectionne ou la pervertit.

Parmi les viciations, il faut envisager la

---

(1) Signalons à ce propos que, d'après M. S. Bjarnhjedinsson (*Ugeskrift for Læger*, 16 mars 1905), l'échinococcose en Islande serait particulièrement fréquente chez les lépreux : sur 52 autopsies pratiquées à la léproserie de Reykjavick, l'auteur a trouvé 18 fois des kystes hydatiques ; c'est là une proportion de près de 35 %, alors que l'on admet actuellement que, pour l'ensemble de la population, cette proportion ne dépasse pas 1 sur 60, et que les anciens observateurs eux-mêmes acceptaient le chiffre de 25 %.

Pour M. Bjarnhjedinsson, ce résultat tiendrait simplement à ce que la lèpre sévit surtout dans la classe la plus misérable, la moins intelligente et la moins propre de la population, celle par conséquent qui s'expose le plus à l'infestation d'origine canine. — N. D. L. R.

faim bulbaire (aphagie, polyphagie, paraphagie) et la faim cérébrale (anorexie, oligorexie, hyperorexie).

Du rôle de la castration dans la production de l'athérome expérimental.

MM. Lortat-Jacob et **Sabaréanu.** — Ayant pu constater que la suppression du corps thyroïde entravait la formation de l'athérome expérimental par injection intraveineuse d'adrénaline, nous nous sommes demandés si les autres glandes à sécrétion interne intervenaient aussi dans la production de cette lésion.

Pour élucider ce point, nous avons expérimenté comparativement avec la même adrénaline chez des animaux normaux et chez des animaux châtrés. Chez ces derniers, nous avons constaté la production plus rapide et plus intense de l'athérome aortique expérimental, et par des doses d'adrénaline inférieures.

Ces faits nous autorisent à penser que la sécrétion testiculaire intervient en partie, quand l'organisme est aux prises avec l'intoxication par l'adrénaline, et que la suppression de cette sécrétion testiculaire rend l'animal plus sensible aux déterminations de l'athérome.

Un nouveau sclérostomien parasite de l'homme.

MM. A. Railliet et **A. Henry** décrivent un *Triodontophorus* d'espèce nouvelle, à laquelle ils attribuent le nom de *Tr. deminutus*, d'après deux individus, un mâle et une femelle, conservés dans les collections du Muséum d'histoire naturelle de Paris où ils ont été envoyés en 1865 par Monestier avec la mention : « Ver intestinal recueilli à l'autopsie d'un noir africain de Mayotte ». Le genre *Triodontophorus*, voisin des strongles, ne comprenait jusqu'ici que deux espèces, toutes deux parasites dans le gros intestin des équidés.

Microfilaires du sang coïncidant avec une filaire de l'œil.

M. C. Gauthier (de Marseille) communique l'observation d'un jeune créole ayant habité la côte occidentale d'Afrique, qui eut à diverses reprises, au niveau de la conjonctive bulbaire de l'œil gauche, des accidents imputables à la présence d'une filaire adulte. Un premier examen hématologique, fait le matin, peu de jours après la dernière de ces manifestations oculaires, eut un résultat négatif, mais, un mois plus tard, on put constater dans le sang la présence de microfilaires analogues à la forme décrite par Sir Patrick Manson sous le nom de *Filaria diurna*, que M. Brumpt considère comme la forme adulte de *F. loa*.

MM. J. Rehns et **P. Salmon** font une communication sur le traitement du psoriasis par le radium.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 29 mars 1905.

Intoxication par les sulfures alcalins.

M. Stadelmann relate l'observation d'une jeune fille qui, lorsqu'elle fut transportée dans son service, était plongée dans un état de confusion absolue avec vive agitation et crises convulsives; elle présentait en même temps les signes d'une néphrite hémorrhagique aiguë, sans fièvre. Une amélioration se produisit le lendemain; il y eut émission de selles colorées en noir verdâtre et la conscience revint; l'examen du sang n'avait rien révélé de particulier. La guérison s'effectua sans incident, mais, au bout de trois semaines, les urines étaient encore albumineuses.

La cause de ces accidents demeurait obscure, quand on apprit que cette jeune fille avait ingéré — volontairement ou par erreur — une poudre épilatoire composée de polysulfure de calcium et de chaux vive; au contact du suc gastrique cette poudre devait donc dégager de l'hydrogène sulfuré. Ce gaz agit particulièrement sur le système nerveux central; son action sur le sang est beaucoup moins importante; de fait, quand la mort survient, c'est par paralysie des centres nerveux. Il va sans dire que, au cas d'intoxication par ingestion d'un sulfure alcalin, il faut aussi tenir compte des effets caustiques de la base du sel absorbé.

M. Fürbringer dit avoir observé 2 cas d'empoisonnement par l'hydrogène sulfuré. Dans le premier fait, il s'agissait d'un jeune homme qui, croyant prendre une capsule d'huile de ricin, avait avalé une « boule puante » au sulfhydrate d'ammoniaque; tout se borna à une sensation de brûlure légère, avec vomissements et diarrhée.

Dans le second, l'orateur eut à faire un rapport sur la mort d'un ouvrier mineur, atteint de néphrite chronique, et qui avait succombé après inhalation de grandes quantités d'hydrogène sulfuré; des deux experts précédemment nommés, l'un avait conclu à une intoxication sulfhydrique, l'autre à des accidents urémiques; c'est au premier de ces diagnostics que M. Fürbringer se rattacha, en raison de l'intensité des phénomènes nerveux qu'avait présentés cet homme.

Traitement du décollement de la rétine par le bandeau compressif.

M. Wessely présente une femme qui était atteinte d'un décollement myopique de la rétine, et chez laquelle il a traité cet accident par l'application d'un bandeau compressif. Quand on retira celui-ci au bout de trois jours, l'œil était injecté, la cornée un peu trouble, mais le décollement avait disparu. Il se reproduisit toutefois au bout de trois jours; on replaça le bandeau, qui cette fois-ci fut maintenu douze jours; il fallut encore une troisième et une quatrième application compressive pour obtenir une guérison définitive, qui persiste actuellement depuis six mois.

L'orateur fait observer que ce succès par la compression plaide en faveur de la théorie qui attribue le décollement de la rétine à la formation d'un exsudat sous-rétinien, contrairement à l'hypothèse qui considère cet accident comme dû à la rétraction du corps vitré.

M. Friedmann montre un homme de quarante-neuf ans, qui porte au niveau de la luette une tumeur rougeâtre du volume d'une cerise, dont l'examen biopsique a démontré la nature épithéliomateuse. On ne connaissait jusqu'ici que 4 faits de cancer primitif de la luette.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 3 avril 1905.

Sigmoïdite hémorrhagique chronique avec abcès périsigmoïdien.

M. Strauss communique l'observation d'un homme de trente et un ans, sans antécédents dysentériques, qui souffrait depuis onze ans environ de pertes de sang par le rectum et avait en outre depuis quelques années des selles glaireuses et du ténesme. Son état s'étant aggravé, il se décida à entrer à la Charité, où l'on constata, en plus de l'altération de l'état général (pâleur, maigreur, faiblesse du pouls), l'existence d'une tumeur dure, large de deux travers de doigt, longue de 10 centimètres, siégeant au-dessus de la symphyse pubienne. Le cathétérisme vésical n'amenait aucune modification de cette tuméfaction. Dans le cul-de-sac de Douglas on percevait par le toucher rectal un exsudat résistant. Les selles étaient muqueuses et purulentes; la leucocytose atteignait le taux de 32,000. Le malade n'ayant pas tardé à succomber à des accidents de péritonite, l'autopsie confirma le diagnostic de périsigmoïdite avec sigmoïdite hémorrhagique chronique, porté pendant la vie.

L'intérêt principal de ce fait réside dans la localisation des lésions, d'ailleurs très profondes, à l'anse sigmoïde, sans participation du côlon descendant; quant au rectum, il était intéressé aussi, mais à un bien moindre degré.

L'origine de cette affection ne put être reconnue.

L'expulsion des calculs biliaires volumineux.

M. Albu montre un calcul biliaire gros comme un œuf de poule et pesant 49 grammes, qui a été extrait par M. Gerstl (de Carlsbad) du rectum d'un homme ayant souffert huit ans auparavant de coliques biliaires; il y a un peu plus d'un an, ce malade avait eu des symptômes d'irritation péritonéale; à quelques mois de là, M. Gerstl perçut dans la fosse iliaque droite une tumeur qui vraisemblablement n'était autre que le calcul en voie de migration.

Il est remarquable qu'une concrétion aussi volumineuse ait pu passer par perforation des voies biliaires dans l'intestin sans déterminer de plus graves accidents.

M. Becher fait observer que la migration des calculs dans l'intestin ne s'accomplit pas toujours aussi simplement. L'orateur a vu dans un cas cette migration produire un iléus, mortel malgré l'opération; quatre semaines auparavant, le malade s'était plaint seulement de catarrhe intestinal et de sensibilité dans la moitié droite de l'abdomen.

Causes, prévention et traitement de la crise pérityphlitique.

M. Benda déclare partager l'opinion soutenue dernièrement par M. Karewski, qui considère la crise appendiculaire comme traduisant la propagation d'un processus entéritique aux tuniques de l'appendice (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 104-105); mais il tient à ajouter que jamais une affection superficielle, qu'il s'agisse de lésions lymphatiques ou folliculaires ou pseudo-membraneuses, ne saurait aboutir aux altérations profondes qui constituent les formes graves d'appendicite. Pour les cas de ce genre, il faut invoquer un mécanisme particulier, analogue à celui de l'iléus, à savoir : stase fécale, dilatation et hémorrhagies de la paroi, suppuration. Comme agent étiologique, l'orateur fait jouer le principal rôle aux calculs stercoraux enclavés, ou à la torsion récidivante de la partie terminale de l'appendice; quelquefois — notamment pour les formes chroniques ulcéreuses — on peut incriminer aussi la sténose de la partie proximale du diverticule, avec troubles de sécrétion dans la petite poche ainsi isolée.

M. Bloch cite un cas qui vient à l'appui de l'opinion de M. Karewski : il s'agit d'un garçon de seize ans qui avait souffert six semaines auparavant de catarrhe intestinal fébrile et qui mourut très rapidement, par perforation appendiculaire, au milieu d'un tableau morbide caractérisé surtout par une diarrhée profuse.

M. Becher s'élève contre les tendances interventionnistes à outrance de certains chirurgiens; en quarante ans de pratique, l'orateur dit n'avoir pas perdu un seul malade d'appendicite. Les cas mortels sont ceux où il y a des corps étrangers de l'intestin; c'est ainsi que chez une femme morte de péritonite par perforation, celle-ci était due à la présence d'un grain de plomb, avalé soit avec du gibier, soit avec les boissons (on sait que le plomb de chasse est utilisé pour nettoyer les bouteilles).

M. Ruhemann pense que l'appendicite est dans ces dernières années devenue beaucoup plus grave en même temps que plus fréquente; de là les divergences des auteurs sur la malignité de cette affection; mais, pour l'orateur, il ne faudrait pas en conclure à la nécessité de l'opération immédiate, dans tous les cas.

M. A. Fränkel croit aussi que l'opération systématique n'est pas justifiée; il s'en faut d'ailleurs qu'elle soit acceptée par tous les chirurgiens.

Pour ce qui est du traitement médical, l'orateur repousse absolument l'usage des purgatifs, encore employés par quelques auteurs; il prescrit les préparations opiacées, qui lui ont donné d'excellents résultats.

M. Albu pense que le désaccord entre la plupart des médecins et certains chirurgiens au sujet du traitement opératoire de l'appendicite, tient surtout à ce que les cas observés par les uns et les autres ne sont pas comparables.

Au point de vue de la thérapeutique, l'orateur se déclare opposé aux purgatifs, tout comme M. Fränkel; par contre il ne saurait approuver l'usage des préparations opiacées, celles-ci masquant les symptômes et rendant ainsi le diagnostic plus difficile, sans compter qu'elles

entrainent une paralysie de l'intestin qui peut n'être pas sans inconvénient. Pour sa part, M. Albu ordonne seulement de la morphine contre la douleur; les malades sont, bien entendu, maintenus au lit et soumis au régime liquide.

M. Strauss déclare qu'à la clinique de M. Senator l'opium est également proscrit dans le traitement de l'appendicite, au profit de la morphine qui a tout autant d'avantages sans avoir les mêmes inconvénients.

M. Fränkel fait observer que c'est une règle générale, en thérapeutique, d'immobiliser tout organe malade : c'est précisément ce que fait l'opium chez les sujets atteints d'appendicite. Au contraire, la morphine lui paraît dangereuse, en raison de l'euphorie qu'elle procure aux patients et qui les incite à commettre des imprudences.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 8 avril 1905.

Néphrectomie et diagnostic fonctionnel des reins.

Dans la séance d'hier de la Société des médecins de Vienne, **M. O. Zuckerkandl** a présenté les reins enlevés par néphrectomie chez les 2 malades dont M. Lichtenstern a relaté l'observation dans la dernière séance. Sur l'une de ces pièces on voit une tumeur rénale du volume d'un œuf, sur la seconde un abcès tuberculeux; or, l'examen fonctionnel et l'analyse de l'urine n'avaient rien décelé d'anormal. Le premier de ces patients a guéri; l'autre a succombé, parce que son second rein était également atteint de tuberculose, ce que l'on a constaté à l'autopsie seulement, l'examen fonctionnel ayant donné des résultats négatifs.

Pour poser l'indication de la néphrectomie, l'examen fonctionnel ne doit donc être considéré que comme un procédé auxiliaire des méthodes d'investigation clinique; à lui seul, il ne possède pas d'importance décisive.

M. Kapsammer fait remarquer que l'épreuve de la phloridzine doit être faite très exactement pour fournir des résultats précis. C'est ainsi que la solution de phloridzine ne doit pas avoir été soumise à une ébullition prolongée.

M. Schüller déclare que, d'après de récentes expériences, la glycosurie peut débuter plus de quinze minutes après l'injection de phloridzine, sans que le rein soit malade.

M. Paltauf attire l'attention sur ce fait que, au cas d'affection rénale, l'urine peut être normale, si des conditions anatomiques particulières empêchent l'urine provenant de la partie malade du rein d'arriver dans l'uretère.

M. Zemann insiste également sur l'importance des conditions anatomiques pour le diagnostic de fonctionnement rénal, et sur leur influence au point de vue de la sécrétion urinaire. C'est ce qui explique qu'une même urine puisse fournir des résultats différents quand on l'examine à de courts intervalles.

M. Albrecht est aussi d'avis que le diagnostic fonctionnel ne doit être accepté que sous réserve des conditions anatomiques propres à chaque malade.

Traitement opératoire de la coxalgie.

M. Reiner préconise un nouveau procédé de traitement opératoire de la coxalgie : par deux incisions, l'une antérieure, l'autre postérieure, on met à nu la région articulaire, on ouvre la capsule à ses insertions et on enlève toutes les parties molles ou osseuses qui sont altérées. Lorsque le moignon conservé du col du fémur est trop court, on fait une résection oblique du col et de la cavité glénoïde, pour obtenir une ankylose.

Ce procédé a l'avantage de fournir un accès large de l'articulation et de permettre l'extirpation de tout ce qui est malade. Un enfant présenté par l'orateur prouve les bons résultats que donne cette opération.

M. von Mosetig-Moorhof considère la méthode de M. Reiner comme réalisant un progrès dans le traitement actif de la coxalgie.

Pour ce qui est de sa propre pratique, l'orateur, dans les cas graves, fait une incision à lambeau, suivie de la résection temporaire du grand trochanter.

M. Reiner emploie aussi dans les cas graves l'incision à lambeau, mais il ne résèque pas le trochanter, pour ne pas raccourcir l'extrémité. La résection doit être pratiquée seulement lorsque la violence des douleurs indique que le pus n'a pas encore perforé la capsule.

Insuffisance tricuspidienne d'origine syphilitique.

Dans la séance du 6 avril de la Société de médecine interne de Vienne, **M. K. Reitter** a montré un homme atteint d'insuffisance tricuspidienne probablement d'origine syphilitique. On constate chez lui une augmentation du volume du cœur, un souffle systolique à timbre musical, un pouls veineux et hépatique, enfin des œdèmes et de l'albuminurie, signes d'une myocardite qui se manifeste parfois aussi par des accès de tachycardie.

Les premiers symptômes cardiaques ont fait leur apparition chez ce malade il y a deux ans. La digitale et le strophantus sont restés sans aucun effet sur eux, tandis que l'iodure de potassium et les frictions mercurielles ont produit une amélioration subjective notable. Il s'agit sans doute d'une gomme du ventricule droit, diagnostic qui est d'autant plus probable que cet homme offre actuellement des gommes cutanées au niveau des bras.

Modifications précoces des leucocytes dans les maladies infectieuses.

M. Türk a montré des préparations microscopiques de sang provenant d'un cas de cholélithiase et de 2 cas d'appendicite. Dans 2 de ces faits, il y avait péritonite par perforation de la vésicule biliaire ou de l'appendice. Or, avant que la péritonite fût devenue manifeste, les leucocytes ont subi des modifications appréciables : leur nombre a augmenté; de 22 à 41 % des globules à noyaux polymorphes étaient très volumineux, avaient un noyau grossier et lobé, pauvre en chromatine, et renfermaient des granulations difficilement colorables. Le seul de ces malades chez lequel le nombre des leucocytes ne fût pas augmenté a guéri; les deux autres sont morts. Dans un cas de septicémie diplococcique, on trouvait dans le sang 40 % de ces leucocytes lobés.

L'orateur se rallie à l'opinion de M. Arneth, qui attribue à ces cellules une importance pronostique dans les maladies infectieuses.

Dr Schnirer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX

ANNÉE 1905

Dans ce bulletin, nous indiquons tous les titres des ouvrages et des mémoires médicaux publiés en 1905 ou portant le millésime de ladite année, dont la connaissance nous est parvenue dans l'intervalle de chacun des numéros de la *Semaine Médicale*.

Les ouvrages sans indication de lieu ont été publiés à Paris.

THÈSES DE PARIS

Abrand (H.). Ration alimentaire du nourrisson au sein.

Beauquey (L.). De la vaccination chez les nouveau-nés.

Binet (M.). Les alcalins; leur rôle sur les fonctions de l'estomac; leur emploi dans la thérapeutique gastrique.

Bloch (P.). Sur une épidémie de fièvre typhoïde au pavillon de la scarlatine de l'hôpital Trousseau; contribution à l'étude de la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde.

Boiet (E.). La capacité pulmonaire et les mesures spirométriques chez les tuberculeux.

Bonniot de Ruisselet (P.). Des dangers de la révulsion par le vésicatoire cantharidien.

Bordeau (M.). De la hernie complète des organes génitaux profonds de la femme, en dehors de la grossesse.

Chaufton (M.). La tuberculose annexielle.

Chesneau (P.). De l'état du col de l'utérus dans l'infection puerpérale.

Coignard (E.). Les conceptions pathogéniques de la neurasthénie.

Collard (A.). Etude sur les syphilides zoniformes.

Courcelle (A.). Traitement des névralgies et des névrites par les injections hypodermiques gazeuses.

Desjardins (A.). Etude sur les pancréatites.

Dirigoin (L.). Revue critique des différentes théories sur la vie et la mort.

Dubreuil-Chambardel (L.). L'artère poplitée et ses branches terminales; variations anatomiques et morphogénie.

Ducœurjoly (L.). Alcoolisme chronique avec démence et paralysie générale.

Duplay (J.). Contribution à l'étude du chorio-épithéliome primitif du vagin.

Faucheux (A.-R.). Le rôle de la rétention chlorurée dans la pathogénie et l'évolution des phlébites.

Gandon (H.). Essai sur la pathogénie du pouls lent permanent (maladie de Stokes-Adams).

Gautherin (A.). La caféine et la théocine; leur action élective sur le système musculaire, leurs inconvénients, leurs dangers.

Grenet (H.). Pathogénie du purpura.

Guillois (Ch.). Des affections de l'estomac consécutives aux traumatismes par contusion.

Henrion (A.). Considérations sur l'emphysème sous-cutané dans la tuberculose pulmonaire.

Hornus (J.). Contribution à l'étude de la nature et du traitement du cancer.

Humery (G.-P.). Un dernier mot sur la thériaque.

Hutan (E.). Arthrites aiguës des nouveau-nés.

Jomier (J.). Contribution à l'étude du foie digestif.

Lacombe (L. de). Contribution à l'étude des contusions du foie.

Lapeyre (P.). Des bulles osseuses de la tête du cornet moyen et des infections de ces bulles.

Lequerré (G.). La défense sanitaire maritime d'un port contre la peste.

Michon (A.). L'hygiène de Paris et les lois de 1902-1903.

Morin (A.). De la cure radicale de l'empyème chronique non tuberculeux par la thoracectomie combinée à la décortication du poumon.

Mourniac (F.). Du traitement des paralysies diphtériques tardives par les injections de sérum antidiphtérique.

Nourry (P.). Des complications cardiaques de l'érysipèle et de l'érysipèle chez les cardiaques.

Parant (E.). Etude physiologique et clinique de la valériane.

PHYSIOLOGIE

Bumm (E.). Zur Frage der Eiimplantation auf dem inneren Muttermunde. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 janv.) — Sur la greffe ovulaire au niveau de l'orifice interne du col utérin.

Burian (R.). Die Bildung der Harnsäure im Organismus des Menschen. (*Med. Klinik*, 15 janv.) — La formation de l'acide urique dans l'économie humaine.

Cyon (E. de). Les nerfs du cœur (anatomie et physiologie), avec une préface sur les rapports de la médecine avec la physiologie et la bactériologie. In-8°, XXXIII-257 p. avec fig.

Harman (N. B.). Ambidexterity. (*Brit. Med. Journ.*, 7 janv.)

Jackson (E.). Development of the faculty of binocular fusion. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 janv.)

Jolles (A.). Ueber Katalysatoren vom physiologisch-chemischen Standpunkte. (*Oesterreich. Chemiker-Ztg.*, 1er fév.)

Munk (I.) et **Schultz** (P.). Lehrbuch der Physiologie des Menschen und der Säugetiere. 7e éd. In-8°, 700 p. avec fig. Berlin. — Traité de physiologie de l'homme et des mammifères.

Oefele (von). Wie viel entleert der Mensch durchschnittlich im Kot? (*Deutsche Med.-Ztg.*, 9 janv.) — Combien l'homme élimine-t-il en moyenne par les matières fécales?

Tigerstedt (R.). Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 3e éd. T. Ier. In-8°, 493 p. avec fig. Leipzig. — Traité de physiologie humaine.

Waller (A. D.). Die Kennzeichen des Lebens vom Standpunkte elektrischer Untersuchung. (Trad. de l'anglais par E., P. et R. du Bois-Reymond.) In-8°, 228 p. avec fig. Berlin. — Signes de la vie et examen électrique.

Weber (E.). Ursachen und Folgen der Rechtshändigkeit. In-8°, 116 p. Halle. — Causes et conséquences de la « droiterie ».

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Abba (F.) et **Bormans** (A.). Sur le diagnostic histologique de la rage. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

Allen (A. R.). Combined pseudosystemic disease, with special reference to annular degeneration. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, janv.)

Askanazy (M.). Die Dermoidcysten des Eierstocks; ihre Geschichte, ihr Bau und ihre Entstehung, sowie ihre Beziehung zu verwandten pathologischen Bildungen. In-4°, 116 p. avec fig. Stuttgart. — Les kystes dermoïdes de l'ovaire; leur histoire, leur structure et leur pathogénie, ainsi que leurs rapports avec des produits pathologiques similaires.

Camp (C. D.). Muscular atrophy, degeneration of the trigeminus nerve and of the lateral columns, and anæmic changes in the spinal cord occurring in tabes dorsalis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, janv.)

Castaigne (J.) et **Rathery** (F.). Altérations rénales d'origine congénitale. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

Dinkler (M.). Ein Beitrag zur Lehre von den feineren Gehirnveränderungen nach Schädeltraumen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 2.) — Des altérations histologiques du cerveau, consécutives aux traumatismes crâniens.

Dudgeon (L. S.). A contribution to the pathology of the thymus gland. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, janv.)

Evans (N.) et **Colver** (B.). A study of brain tumors. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.) — 4 cas de tumeurs du cerveau.

Laignel-Lavastine. Le plexus solaire dans les péritonites; étude anatomo-clinique et expérimentale. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Achard (Ch.), **Gaillard** (L.) et **Paisseau** (G.). Sur les effets des injections massives de solutions diversement concentrées. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

Ajello (G.), **De Meis** (V.) et **Parascandolo** (C.). Ueber den Wert der Kryoskopie zur Erkennung der Leberinsuffizienz. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 et 26 nov., 3, 10, 17 et 24 déc. 1904; 1er, 7, 14, 21 et 28 janv. et 4 fév.) — La valeur diagnostique de la cryoscopie dans l'insuffisance rénale.

Awerbach (D. K.). Ueber den Einfluss einiger Alkalien auf den Verlauf gewisser experimentell erzeugter Infectionskrankheiten. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 14 janv.)

Bartenstein (L.). Beiträge zur Frage des künstlichen Morbus Barlow bei Tieren. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 1.)

Baumgarten (P. von) et **Hegler** (C.). Ueber Immunisierung gegen Tuberkulose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 janv.)

Bernard (L.) et **Salomon** (M.). Tuberculose expérimentale du cœur et de l'aorte; contribution à l'étude de l'endocardite tuberculeuse. (*Rev. de méd.*, janv.)

Bickel (A.). Experimentelle Untersuchungen über den Magensaft. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 janv.) — Recherches expérimentales sur le suc gastrique.

Brat (H.). Ueber die Einwirkung von Eiweisskörpern, Peptonen und Peptiden auf die Blutgerinnung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 janv.) — Action des albuminoïdes, des peptones et des peptides sur la coagulation du sang.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bär (J.). Ueber die Einwirkung der Glykuronsäureausscheidung auf die Acidose. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 1-2.) — Influence de l'élimination d'acide glycuronique sur l'acidose.

Breitmann (M.). Le néogalénisme (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 8, 15 et 22 janv.)

Chastenet de Géry et **Froin** (G.). Physiologie pathologique de l'hématome pleural. (*Rev. de chir.*, janv.)

Christian (H. A.). Some newer aspects of the pathology of fat and fatty degeneration. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, janv.) — Pathologie de la dégénérescence graisseuse.

De Giovanni. Fegato e costituzioni. (*Policlinico*, 22 janv.) — Foie et diathèses.

Fedorov (P.). Les modifications de la composition morphologique du sang humain dans la narcose chloroformique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 22 janv.)

Flexner (S.) et **Noguchi** (H.). On the plurality of cytolysins in snake venom. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, janv.) — La multiplicité des cytolysines dans le venin de serpent.

Fränkel (A.). Zur Frage der Konstitution der Krebskranken. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 janv.) — Sur la constitution des cancéreux.

Freund (W.). Zur Wirkung der Fettdarreichung auf den Säuglingsstoffwechsel. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 1.) — Administration de graisse et métabolisme chez le nourrisson.

Gilbert (A.) et **Jomier** (J.). Contribution à l'étude de la fonction adipopexique du foie. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

Hamburger (F.). Assimilation und Vererbung; eine energetische Vererbungstheorie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 janv.) — Assimilation et hérédité.

MÉDECINE

Arnsperger (L.). Endemisches Auftreten von myeloider Leukämie. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 janv.)

Ashhurst (W. W.). Some practical observations on suppurative hepatitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Barr (J.). On arterio-sclerosis. (*Brit. Med. Journ.*, 14 janv.)

Bergolli (F.). Considerazioni sopra un caso di enfisema interstiziale mediastinico e subpleurico. (*Gazz. degli Osped.*, 15 janv.)

Billaud. A propos d'un cas compliqué d'entérocolite muco-membraneuse. (*Gaz. méd. de Nantes*, 28 janv.)

Binetti (G.). Contributo allo studio dell'ascoltazione della bocca in rapporto alla respirazione cardiopolmonare. (*Gazz. degli Osped.*, 29 janv.)

Bloch (C. E.). Bidrag til det kroniske mavesaars patogenese. (*Hospitalstidende*, 4 et 11 janv.) — Pathogénie de l'ulcère chronique de l'estomac.

Bouveret (L.). Cholécystocèle et hépatoptose. (*Lyon méd.*, 22 janv.)

Breton (M.). Aortite et néphrite chronique post-grippale. (*Echo méd. du Nord*, 29 janv.)

Cerné (A.). Kystes hydatiques multiples du foie; kyste du cœur; mort subite. (*Normandie méd.*, 1er janv.)

Cook (H. W.). Chronic arterial hypertension. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 janv.)

Croner (W.). Die Prognose und durchschnittliche Lebensdauer der Diabetiker aus den unteren Ständen. (*Med. Klinik*, 29 janv.) — Durée moyenne de la vie des diabétiques appartenant aux classes sociales inférieures.

Curschmann (H.). Ueber Rachitis tarda. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 3.)

Ducros (E.). Cytodiagnostik eines Falles von Lymphdrüsenkrebs. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 1-2.) — Le cytodiagnostic dans un cas de cancer ganglionnaire.

Dufour. Un cas de péritonite pneumococcique chez un adulte. (*Normandie méd.*, 15 janv.)

Düring (A. von). Ursache und Heilung der Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus). 5e éd. In-8°, 110 p. Hanovre. — Etiologie et traitement du diabète sucré.

Einhorn (M.). The art of eating properly (euphagia) and the harm of eating too rapidly and too slowly (tachyphagia and bradyphagia). (*Med. Record*, 7 janv.)

Engel (C. S.). Guida all'esame clinico del sangue. (Trad. de l'allemand par C. Calza.) In-8°, 150 p. Turin.

Espine (A. d'). Nouvel essai de cardiographie clinique. (*Rev. de méd.*, janv.)

Eulenburg (A.), **Kolle** (W.) et **Weintraud** (W.). Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden und ihrer Anwendung auf die specielle ärztliche Diagnostik. T. II, 2e partie. In-8°, p. 481 à 1000, avec fig. Vienne. — Traité des procédés d'exploration clinique et de diagnostic médical.

Falkenstein. Die Gicht an sich und in Beziehung zu den anderen Stoffwechselkrankheiten: der Zuckerkrankheit und Fettsucht. In-8°, 163 p. Berlin. — La goutte, notamment dans ses rapports avec les autres maladies par ralentissement de la nutrition (diabète et obésité).

MALADIES INFECTIEUSES

Ascoli (V.). Successioni morbose della malaria a carico dell'apparecchio urinario e della pelle. (*Policlinico*, partie méd., XII, 1.)

Balduzzi (A.). Considerazioni su alcune infezioni da piogeni. (*Gazz. degli Osped.*, 29 janv.)

Bindi (F.). Su di un caso di terzana primitiva locale in Casentino. (*Policlinico*, 29 janv.)

Blair (D.). Hæmorrhagic typhoid fever. (*Lancet*, 14 janv.)

Briggs (J. B.). A recent epidemic of typhoid fever. (*Med. Record*, 7 janv.)

Butler (W. J.). Report of a case of postdiphtheritic paralysis. (*Med. News*, 21 janv.)

Carducci (A.). Su alcune fasi di sviluppo dei gameti della terzana primaverile nell'uomo. (*Policlinico*, 8 janv.)

Carpenter (D. N.) et **Sutton** (R. L.). Dengue in the Isthmian Canal Zone. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 janv.)

Dangerfield (H. V.). Le béribéri; définition, étymologie, historique, bactériologie, symptomatologie, pathogénie, pathologie expérimentale, traitement. In-8°, 208-CCXLII p. avec fig. A. Maloine.

De Vries (P.). Beschrijving der roodvonk- en diphtheritis-gevallen in de gemeente Hennaarderadeel (Friesland) van Augustus 1902 tot December 1904. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 janv.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Aronheim. Ein Fall von isolierter traumatischer Lähmung des rechten Nervus abducens. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, janv.) — Paralysie traumatique isolée du nerf moteur oculaire externe.

Bechterev (V.). La phobie du regard d'autrui (en russe). (*Roussk. Vratch*, 22 janv.)

Bourneville et **Maugeret** (Reine). Sclérose atrophique hémisphérique; imbécillité; hémiplégie droite; épilepsie; accès et vertige; démence. (*Arch. de neurol.*, janv.)

Bregman (L.). Sehnenreflexe und Sensibilitätsstörung bei Tabes dorsalis. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er janv.) — Les réflexes tendineux et les troubles de la sensibilité dans le tabes.

Brown (J. G.). Treatment of nervous disease. In-8°, 478 p. Londres.

Buchanan (Mary). Ocular manifestations in amaurotic family idiocy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Catòla (G.). Ueber den Bauchdeckenreflex bei Tabes dorsalis. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er janv.) — Le réflexe abdominal dans le tabes.

Chaïkevitch (M.). Akinesia algera (en russe). (*Roussk. Vratch*, 8 janv.)

Chardon et **Raviart**. Paralysie flasque du bras gauche, due à un ramollissement cérébral survenu chez un épileptique; non-participation de ce bras aux convulsions des attaques; foyer de ramollissement remontant à seize ans, présentant l'aspect de l'infiltration celluleuse; dégénérescence secondaire; examen histologique. (*Echo méd. du Nord*, 8 janv.)

Chase (R. H.). The significance of abulic symptoms in cases of mental disease. (*New York Med. Journ.*, 28 janv.)

Cisler (J.). Poruchy hrtanové pri paralysis agitans. (*Sbornik klinicky*, VI, 2.) — Des troubles laryngés dans la paralysie agitante.

Corning (J. L.). Erotomania; considerations on its manifestations and pathogenesis. (*Amer. Medicine*, 21 janv.)

Coulonjou. Quelques réflexions sur l'étiologie de la paralysie générale dans le département de l'Orne. (*Journ. de neurol.*, 20 janv.)

Curschmann (H.). Ueber Convergenzkrämpfe bei Tabes dorsalis. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er janv.)

Deroubaix. Stupeur mélancolique et stupeur catatonique. (*Journ. de neurol.*, 20 janv.)

Edinger (L.). Die Aufbrauchkrankheiten des Nervensystems. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 nov., 1er et 22 déc. 1904; 5 et 26 janv.) — Les maladies nerveuses par épuisement.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Baum (J.). Beitrag zur Lehre von der Urticaria. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 janv.)

Bunch (J. L.). Striæ patellares. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, janv.)

Buschke (A.). Ueber die Behandlung der malignen Syphilis. (*Med. Klinik*, 22 janv.) — Sur le traitement de la syphilis maligne.

Delbanco (E.). Ueber das gehäufte Auftreten freier Talgdrüsen an den kleinen Labien (état ponctué). (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 janv.) — Sur l'état ponctué des petites lèvres.

Galewsky. Ueber berufliche Formalinonychien und - Dermatitiden. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 janv.) — Onychies et dermatoses professionnelles dues à la formaline.

Guszman (J.) et **Hudovernig** (C.). Ueber die Beziehungen der tertiären Lues zur Tabes dorsalis und Paralysis progressiva. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er janv.)

Merk (L.). Ueber die multiple Neurofibromatose (Fibromata mollusca). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIII, 1.)

Mracek (F.). Atlas-manuel des maladies de la peau; pathologie et thérapeutique. (2e éd. française par L. Hudelo et H.-R. Duval.) In-8°, 580 p. avec planches.

Pollio (G.) et **Fontana** (A.). Alcune ricerche sopra la cosidetta reazione di Justus. (*Gazz. degli Osped.*, 1er janv.)

CHIRURGIE

Ackermann (W.). Trauma and chronic compression of the epigastrium as etiological factors of gastric ulcers. (*Med. News*, 14 janv.)

Adler (L. H.). Internal and external hemorrhoids, with special reference to their treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 janv.)

Amenta (G.). Legatura della carotide esterna. (*Gazz. degli Osped.*, 29 janv.)

Arce (J.). Zur Technik der Gastrostomie und Jejunostomie; ein neues und leichtes Verfahren. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 21 janv.)

Armour (D.). The operation of gastro-duodenostomy; especially in reference to Finney's operation of gastro-pylo-duodenostomy. (*Brit. Med. Journ.*, 21 janv.)

Ashley (D. D.) et **Müller** (F.). The treatment following the bloodless reduction of congenital hip dislocation. (*New York Med. Journ.*, 7 janv.) — Le traitement post-opératoire dans la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche.

Baer (W. S.) et **Kennard** (H. W.). The diagnostic value of tuberculin in orthopedic surgery. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, janv.)

Ball (Sir Charles). On the treatment of inveterate pruritus ani. (*Brit. Med. Journ.*, 21 janv.)

Beach (W. M.). Anal fissure. (*Med. News*, 7 janv.)

Bennett (Sir William H.). On recurrent effusion into the kneejoint after injury, based on a series of 750 cases. (*Lancet*, 7 janv.) — 750 cas d'épanchement intra-articulaire post-traumatique récidivant du genou.

Black (C. E.). Foreign bodies in the esophagus. (*Amer. Medicine*, 28 janv.) — Corps étrangers de l'œsophage.

Bum (A.). Die Behandlung von Gelenkerkrankungen mittelst Stauung. (*Wien. med. Presse*, 15 et 22 janv.) — Le traitement des affections articulaires par la stase [artificielle].

Cahen. Ein Fall von traumatischer Lungenhernie ohne äussere Verletzung. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 janv.) — Hernie traumatique du poumon sans lésion extérieure.

Capuano (M.). Contributo alla cura delle anchilosi angolari del ginocchio mediante l'osteotomia alla Gordon Buck. (*Gazz. degli Osped.*, 22 janv.) — Sur le traitement de l'ankylose angulaire du genou par l'ostéotomie suivant le procédé de Gordon Buck.

Carbone (A.). Un caso di atrofia dei nervi otici, olfattivi ed acustici conseguente a trauma del capo. (*Gazz. degli Osped.*, 8 janv.)

Carstens (J. H.). Spleenless men. (*Med. Record*, 7 janv.) — Sujets splénectomisés.

Cheesman (W. S.). Dislocations of the patella, with rotation on its horizontal axis. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Clogg (H. S.). Perforated duodenal ulcer. (*Brit. Med. Journ.*, 21 janv.)

Collier (Mayo). On dysphagia. (*Brit. Med. Journ.*, 28 janv.)

Congdon (C. E.). Suture and ligature material. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Cordero (A.). Contributo alla cura economica dei sarcomi ed agli innesti tendinei. (*Gazz. degli Osped.*, 1er janv.)

Corner (E. M.) et **Sargent** (P. W. G.). Volvulus of the cæcum, with an account of rare and possibly common cases. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Dobbertin (R.). Zur anatomischen Diagnose der Gehirnschüsse. (*Med. Klinik*, 22 janv.) — Diagnostic anatomique des plaies du cerveau par coup de feu.

Dunning (L. H.). Cystadenoma of the pancreas, removed by abdominal section. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Ehler (F.). Ku kasuistice zlucovych operací. (*Casopis lékaru ceskych*, 28 janv.) — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire.

Ellermann (V.). Nogle tilfælde af bakteriel nekrose hos mennesket. (*Bibliotek for Læger*, janv.)

Fedele (N.). Contributo alla cura delle ernie strozzate colle compresse di etere, applicate localmente. (*Policlinico*, 22 janv.)

Féré (Ch.) et **Perrin** (J.). Note sur les anomalies des doigts et, en particulier, du petit doigt valgus. (*Rev. de chir.*, janv.)

Franz. Klinische und experimentelle Beiträge betreffend das Aneurysma arteriovenosum. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 3.)

Gant (S. G.). Hæmorrhoids. (*New York Med. Journ.*, 7 janv.)

Gaudier. Coxa vara traumatique. (*Echo méd. du Nord*, 8 janv.)

Gessner (H. B.). The Matas operation for aneurism; report of a case of popliteal aneurism so treated. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Ghiulamila (J. D.). Die Verwendung der Osteotomie zur Ausgleichung von koxitischen Ankylosen. (*Med. Klinik*, 8 janv.) — L'ostéotomie comme traitement de l'ankylose par coxalgie.

Glückmann (T.). Contribution à l'étude des plaies pénétrantes de l'abdomen (en russe). (*Prakt. Vratch*, 29 janv.)

Gould (A. H.). Improved technic for Finney's gastroduodenostomy. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 5 janv.)

Goullioud. De la pylorectomie. (*Lyon méd.*, 22 et 29 janv.)

Graff (E. von). Zur Therapie der operativen Verletzungen des Ductus thoracicus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 janv.)

Haggard (W. D.). The surgical cure of intractable dyspepsia, depending upon gastric ulcer and its complications. (*New York Med. Journ.*, 21 janv.)

Haim (E.). Beitrag zur Pneumokokkenepityphlitis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 janv.)

Harvey (T. W.). Infections of the gall-bladder. (*Med. Record*, 14 janv.) — Sur la cholécystite.

Hauger (V.). Appendicite et salpingite. (*Loire méd.*, janv.)

Hinterstoisser (H.). Zur chirurgischen Behandlung des kallösen, penetrierenden Magengeschwürs. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 janv.) — Sur le traitement chirurgical de l'ulcère calleux et perforant de l'estomac.

UROLOGIE

Churchman (J. W.). Paraurethritis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 janv.)

Erdmann (J. F.). Prostatectomy in emergency cases. (*Med. News*, 14 janv.) — La prostatectomie d'urgence.

Faguet (Ch.). Un cas de cystocèle crurale. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 22 janv.)

Friolet (H.). Kasuistischer Beitrag zur Ureterresektion mit konsekutiver Ureterocystanastomose. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 janv.)

Haberern (J. P.). Daten zur Lehre der Harnröhren-Stricturen und der Entzündungen der Prostata. (*Pest. med.-chir. Presse*, 22 janv.) — Le rétrécissement uréthral et la prostatite.

Illyés (G. von). Ueber den therapeutischen Ureterkatheterismus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 1.)

Kaliski (J.) et **Weigert** (R.). Ueber alimentäre Albuminurie. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 1.)

Kraus (F.). Ueber das Vorkommen von reichlichen Zylindern im Harn ohne gleichzeitige Albuminurie. (*Med. Klinik*, 1er janv.) — Présence de nombreux cylindres dans l'urine sans albuminurie concomitante.

Le Für (R.). Des rétrécissements inflammatoires de l'urèthre postérieur. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er janv.)

Leube (W. von). Zur Frage der physiologischen Albuminurie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 janv.)

Mankiewicz (O.). Die Prostatahypertrophie. (*Med. Klinik*, 29 janv.)

OPHTALMOLOGIE

Beard (C. H.). Temporal cleft of the nerve head. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 janv.) — Colobome temporal de la papille optique.

Beiträge zur Augenheilkunde. Festschrift, Julius Hirschberg von Schülern und Freunden aus Anlass seiner 25jährigen Wirksamkeit als Professor an der Universität Berlin überreicht. In-8°, 352 p. avec fig. Leipzig. — Livre jubilaire, dédié au professeur J. Hirschberg.

Buchanan (L.). Injuries to the eye by penetrating foreign bodies and the results after magnet operations. (*Lancet*, 14 janv.) — Extraction par l'électro-aimant des corps étrangers de l'œil.

Burnett (S. M.). The mathematical point of reversal in skiascopy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 janv.)

Cabannes. La cécité hystérique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 1er janv.)

Carbone (A.). Papillite semplice destra in frattura del temporale destro. (*Gazz. degli Osped.*, 29 janv.)

Coronat (G.). Deux cas d'accommodation douloureuse. (*Lyon méd.*, 8 janv.)

Cosmettatos. Papillome de la conjonctive bulbaire ayant envahi la cornée. (*Ann. d'oculist.*, janv.)

Cutler (C. W.). Excision of the superior cervical ganglion of the sympathetic for simple glaucoma. (*Med. News*, 28 janv.)

Dimmer (F.). Zur Aetiologie des Frühjahrskatarrhs der Conjunctiva. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 janv.) — Sur l'étiologie du catarrhe printanier de la conjonctive.

Doane (L. L.). Some observations upon astigmatism. (*Amer. Medicine*, 7 janv.)

Dransart. De la cataracte dans ses rapports avec la cécité dans le nord de la France. (*Nord méd.*, 15 janv.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Baline (I.). Contribution à l'étude de la rupture des parois du vagin lors du coït (en russe). (*Roussk. Vratch*, 15 janv.)

Basham (D. W.). Pregnancy complicating fibroids. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Bovée (J. W.). The treatment of cancer of the cervix uteri in advanced stages. (*Amer. Medicine*, 7 janv.)

Brion (A.). Ueber die Beeinflussung der häufigsten acuten Infectionskrankheiten durch Gravidität, nach dem Material der Strassburger medicinischen Klinik von 1888-1904. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 1-2.)

Browd (E. K.). The use and abuse of curettage of the uterus. (*Med. Record*, 28 janv.)

Cullen (T. S.). Cysts of Bartholin's glands, with brief remarks on the anatomy of the normal gland structure. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 janv.)

Del Fabbro (G.). Gravidanza e nefrectomia. (*Gazz. degli Osped.*, 8 janv.)

Dirmoser (E.). Vergleichende Betrachtungen über die Hyperemesis und Eklampsie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 janv.)

Djiguit (A.). Un cas d'atrésie vaginale avec utérus rudimentaire, hématomètre, molimina menstrualia et menstruation vicariante par la vessie (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 22 et 29 janv.)

Douglas (R.). Is cesarean section ever justifiable in the management of placenta prævia? (*Amer. Medicine*, 21 janv.)

Estor (E.). De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. (*Montpellier méd.*, 18 et 25 déc. 1904; 1er et 8 janv.)

Fellner (O. O.). Ueber das Verhalten der Gefässe bei Eileiterschwangerschaft; Autothrombose. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 3.) — Des modifications des vaisseaux dans la grossesse extra-utérine : l'auto-thrombose.

Fischer (B.). Chorionepitheliom und Luteincysten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 janv.)

Frankl (O.). Ueber Heissluft- und Heisswasserbehandlung von Frauenkrankheiten. (*Wien. med. Wochensch.*, 7 janv.) — La thermothérapie en gynécologie.

Franqué (O. von). Carcinoma uteri und Geburt. (*Prag. med. Wochensch.*, 5 janv.) — Cancer de l'utérus et accouchement.

Harrison (G. T.). Conservative treatment of affections of the uterine annexa; its indications and limitations. (*New York Med. Journ.*, 7 janv.)

Heil (K.). 144 Zangenentbindungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 et 24 janv.) — 144 accouchements à l'aide du forceps.

Hessert (W.). Accidental perforation of the uterus during curettage; a case with bowel injury and resection of four feet of small intestine. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Hirschberg (A.). Deciduale Zellbildungen am Wurmfortsatz bei Tubenschwangerschaft (Periappendicitis decidualis). (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 3.) — Formation de cellules déciduales au niveau de l'appendice dans un cas de grossesse tubaire.

PÉDIATRIE

Acquaderni (A.). Logorrea in un bambino idrocefalico. (*Gazz. degli Osped.*, 8 janv.)

Ascher. Die akuten Respirationskrankheiten, speziell des Säuglingsalters. (*Wien. med. Wochensch.*, 7 et 14 janv.) — Les affections aiguës des voies respiratoires, notamment chez le nourrisson.

Ashby (H.). Some thoughts on convulsions during infancy and childhood. (*Lancet*, 21 janv.)

Baginsky (A.). Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 8e éd. In-8°, XX-1214 p. Leipzig. — Traité de pédiatrie.

Beitzke (H.). Ueber Untersuchungen an Kindern in Rücksicht auf die von Behring'sche Tuberkulose-Infektionstheorie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 janv.) — Recherches sur des enfants au point de vue de la théorie de von Behring relative à l'infection tuberculeuse.

Bossan. Paralysie douloureuse des jeunes enfants. (*Echo méd. du Nord*, 29 janv.)

Brehmer (C.). Ueber Gonococcensepsis der Neugeborenen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 janv.) — Gonococcie généralisée du nouveau-né.

Broca (A.). Leçons cliniques de chirurgie infantile (2e série). In-8°, 590 p. avec fig.

Cerf (L.). Une observation de tétanos du nouveau-né. (*Anjou méd.*, janv.)

Coley (W. B.). The management of hernia in infancy and childhood, with results of operative treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 janv.)

Cornell (W. B.). Infantile paralysis of the abdominal muscles. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, janv.)

Czerny (A.). Die exsudative Diathese. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 1.)

Engstler (G.). Ueber den « Lückenschädel » Neugeborener und seine Beziehung zur Spina bifida. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 4-6.) — Sur le « crâne à lacunes » des nouveau-nés et ses rapports avec le spina-bifida.

Erdmann (J. F.). Intestinal obstruction in children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 janv.)

Friedlander (A.). The diagnosis of enlarged bronchial lymph nodes. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 janv.) — Le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Grancher (J.) et **Comby** (J.). Traité des maladies de l'enfance. 2e éd. T. IV. In-8°, 1082 p. avec fig.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Alt (F.). Das Cholesteatom des Mittelohrs als Ursache intrakranieller Erkrankungen. (*Wien. med. Presse*, 29 janv.) — Le cholestéatome de l'oreille moyenne en tant que cause d'affections intracrâniennes.

Baumgarten (E.). Les hémorrhagies périodiques des voies aériennes supérieures. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Bronner (A.). Diseases of the nose in their relationship to pathological conditions of other organs. (*Brit. Med. Journ.*, 28 janv.) — Les affections du nez dans leurs rapports avec les maladies des autres organes.

Bürkner (K.). Ueber die Behandlung der nervösen Ohrerkrankungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 janv.) — Traitement des affections nerveuses de l'oreille.

Chaput. Traitement des sinusites frontales suppurées. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Chavanne. Le traitement de la surdité (prophylaxie et hygiène). In-16, 96 p.

Chiari (O.). Die Krankheiten der oberen Luftwege. 3. Teil : Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. In-8°, 394 p. avec fig. Vienne. — Les maladies du larynx et de la trachée.

Eschweiler (R.). Diagnose und Therapie der akut entzündlichen Mittelohrerkrankungen. (*Med. Klinik*, 8 janv.) — Diagnostic et traitement des otites moyennes aiguës.

Federici (N.). Corpo estraneo animale nel condotto uditivo esterno. (*Gazz. degli Osped.*, 1er janv.)

Hélot (R.). De l'emploi du penghawar djambi comme hémostatique après le morcellement de la muqueuse du cornet inférieur et l'ablation des éperons de la cloison. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 janv.)

HYGIÈNE

Alquier (J.) et **Drouineau** (A.). Glycogénie et alimentation rationnelle au sucre; étude d'hygiène alimentaire sociale et de rationnement du bétail. 2 vol. In-8°, 727 p. avec fig.

Blin. Le paludisme à Mayotte. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Couteaud (P.) et **Girard** (H.). L'hygiène dans la marine de guerre moderne. In-8°, 525 p. avec fig.

Doty (A. H.). The use of sulphate of copper alone, and in combination with lime, for the destruction of mosquito larvæ, as a deodorant, and as a disinfectant. (*Med. Record*, 21 janv.) — L'emploi du sulfate de cuivre, seul ou associé à la chaux, en vue de la destruction des larves de moustiques, de la désodorisation et de la désinfection.

Gärtner (A.). Leitfaden der Hygiene. 4e éd. In-8°, 570 p. avec fig. Berlin.

Lafond-Grellety. Considérations sur la tuberculose et le régiment. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 8 janv.)

Robertson (W.) et **Porter** (C.). Sanitary law and practice. In-8°, 780 p. Londres. — La législation sanitaire.

Schnorf (C.). Neue physikalisch-chemische Untersuchungen der Milch; Unterscheidung physiologischer und pathologischer Kuh-Milch. In-8°, 207 p. Zurich. — La différenciation du lait provenant de vaches saines d'avec le lait provenant de vaches malades.

Vinogradov (A.). De l'influence des couleurs artificielles de la série aromatique sur la digestion (en russe). (*Roussk. Vratch*, 15 janv.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bartholow (P.). On rubidium salts, with special reference to the use of rubidium iodide in optic atrophy. (*New York Med. Journ.*, 21 janv.)

Blumenthal (F.) et **Bronstein** (O.). De l'organisation rationnelle des essais des sérums thérapeutiques (en russe). (*Prakt. Vratch*, 22 janv.)

Cattle (C. H.). The treatment of hæmoptysis. (*Brit. Med. Journ.*, 14 janv.)

Cerioli (A.). La cura iodica nel tifo. (*Gazz. degli Osped.*, 15 janv.)

Chancel (P.). Etude clinique et expérimentale de l'action du bleu de méthylène comme antituberculeux. (*Nord méd.*, 1er nov. 1904 et 1er janv.)

Cirelli (F.). Sull'uso dei vescicanti. (*Gazz. degli Osped.*, 19 janv.)

Decherf (E.). Traitement des gastro-entérites aiguës et chroniques chez les enfants par le babeurre. (*Arch. de méd. des enfants*, janv.)

Eichhorst (H.). Indikationen und Methodik der Digitalistherapie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 janv.)

Ewart (W.). The principles of treatment of pneumonia. (*Lancet*, 21 janv.)

Gabritschewsky (G.). Zur specifischen Therapie der Febris recurrens. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 1-2.)

Gasparini (A.). Della cura medica dell'onichia laterale. (*Gazz. degli Osped.*, 22 janv.)

VARIA

Fréquence comparée du diabète sucré dans les diverses catégories d'employés de chemin de fer.

Ayant eu l'occasion de se convaincre, par les résultats de sa propre pratique, que le diabète sucré, parmi les employés de chemin de fer, est surtout fréquent chez ceux qui appartiennent aux « services ambulants » (mécaniciens et chauffeurs, conducteurs et wagonniers), M. le docteur Navarre (de Lyon) a procédé à une vaste enquête statistique sur ce sujet, au moyen des documents qui lui ont été communiqués par les médecins de la Compagnie de chemin de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.

Le personnel de cette Compagnie s'est élevé en moyenne, pendant ces dix dernières années, à près de 71,000 agents, à savoir 8,710 « ambulants » (4,590 mécaniciens et chauffeurs, 4,120 conducteurs et wagonniers) contre 62,200 « sédentaires ». Le nombre total des cas de diabète signalés par les médecins de la Compagnie pendant le même laps de temps est de 222, soit environ 3 ‰, dont 58 chez des mécaniciens et chauffeurs, 54 chez des conducteurs et des wagonniers (112 au total pour ces deux catégories), 110 chez les autres agents. Or, si l'on rapporte ces chiffres au nombre des employés de chacun de ces trois groupes, de façon à calculer la morbidité *relative*, et non plus absolue, du diabète dans chacun d'eux, on voit que cette morbidité qui, ainsi que nous l'avons dit plus haut, est de 3 ‰ pour l'ensemble, atteint 12.63 ‰ chez les mécaniciens et chauffeurs et 13.10 ‰ chez les conducteurs et wagonniers, tandis qu'elle descend à 1.76 ‰ chez les employés des autres services.

On arrive à un résultat tout à fait comparable en envisageant les causes de mise à la retraite anticipée pour maladie chronique. Depuis quatre ans, sur 723 employés du seul service de la traction qui ont été ainsi retraités, 14 l'ont été pour diabète : on trouve parmi eux 11 mécaniciens ou chauffeurs contre 3 employés sédentaires.

C'est aux trépidations continues éprouvées par les ambulants que notre confrère attribue cette plus grande fréquence du diabète; et il fait observer que les trépidations sont plus fortement ressenties et plus fatigantes dans les fourgons que sur les machines mêmes, ce qui explique que les mécaniciens ou chauffeurs soient un peu moins frappés que les conducteurs ou wagonniers.

Ainsi que le dit M. Navarre, ces faits sont intéressants à connaître, à notre époque d'automobilisme à outrance.

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

L'infiltration ecchymotique diffuse de la face, à la suite des compressions du tronc.

I

Un homme est renversé sous une voiture; plié en deux, les genoux au menton, il subit une compression très brève, mais très intense, de l'abdomen et de la poitrine; on le dégage, il revient vite à lui, et l'on s'aperçoit qu'il a la face et le cou tuméfiés et « tout bleus ». Plus ou moins foncée, du rougeâtre au noir, piquetée de taches ou de ponctuations plus claires, la teinte ecchymotique diffuse est répandue sur toute la face et la partie supérieure du cou : elle cesse là, brusquement, suivant une ligne circulaire, qui marque l'empreinte du col; les paupières sont gonflées, les globes oculaires proéminents, les conjonctives infiltrées de sang. Cet aspect étrange effraye tout d'abord, mais, à l'examen, l'on ne relève aucune lésion grave, quelques côtes fracturées, des contusions disséminées, pas de fracture du crâne, pas d'accidents cérébraux ni cardio-pulmonaires; les tuméfactions orbitaires s'affaissent sans laisser de traces, la coloration violacée caractéristique pâlit rapidement; en huit à dix jours, elle a disparu, et le blessé guérit sans autre complication.

Telle est, en raccourci, l'évolution clinique ordinaire de ce curieux accident, consécutif à certaines compressions du tronc, et pour lequel on n'a guère trouvé que des appellations «pathogéniques». Stase par compression (*Druckstauung, pressure stasis*) hémorrhagies par stase (*Stauungsblutungen*), telles sont les expressions, un peu déconcertantes et peut-être impropres, qui servent à désigner cette infiltration ecchymotique diffuse de la tête et du cou. L'apparence en est si frappante, dans la forme typique, qu'elle a retenu, dans ces dernières années, l'attention de nombreux chirurgiens, et que les observations et les mémoires se sont multipliés. Toutefois, dès 1873, dans sa thèse, M. Willers (1) en rapportait 2 cas, observés l'un à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Greifswald, par le professeur C. Hüter, l'autre à la policlinique de la même Faculté, deux ans auparavant, par le professeur Vogt : le premier fait était celui d'un garçon de quinze ans qui avait été projeté sous le rouleau d'une machine à battre; on l'en retira avec une plaie pénétrante de la paroi abdominale, donnant issue à une anse grêle de 50 centimètres environ; au bout de quelques heures, après un lavage à l'eau phéniquée faible, l'intestin fut réduit et, sans sutures de la paroi, maintenu par un tampon d'ouate phéniquée. Il n'y eut aucune réaction péritonéale, et le blessé guérit; mais ce qui frappa surtout, dès l'entrée du patient à la clinique, ce fut l'aspect de son visage, à la fois tuméfié et parsemé de pétéchies, de la grosseur d'un grain de millet; la teinte bleuâtre, panachée, recouvrait toute la face, et se terminait nettement, suivant une ligne circulaire, à la hauteur du cartilage thyroïde; les conjonctives oculaires étaient infiltrées de sang. Après vingt-quatre heures, la coloration violacée fit place à une coloration rouge d'hyperémie artérielle, puis les suffusions sanguines pâlirent peu à peu, et, au bout d'un mois, il n'en restait plus que des traces au niveau des conjonctives.

L'autre blessé, un enfant de cinq ans, avait été renversé par un chariot, dont une roue lui était passée en travers sur le ventre. Une demi-heure après, le visage était « tout bleu » et parsemé de petites ecchymoses; la coloration anormale finissait nettement au cou, comme dans le cas précédent; les conjonctives étaient infiltrées de sang. Il n'y avait, d'ailleurs, que des signes de contusion pariétale de l'abdomen; en trois semaines, la guérison était complète, et l'imbibition sanguine de la peau de la face avait aussi disparu.

Ajoutons que, chez les deux blessés, l'hypothèse d'une contusion directe de la face avait pu être complètement écartée; il restait à expliquer cette singulière « dilatation des vaisseaux sanguins de la tête » à la suite de traumatismes graves de l'abdomen, et Hüter proposait une double théorie pathogénique, en invoquant soit le reflux mécanique du sang chassé et refoulé par la compression du tronc, soit la contusion du sympathique abdominal entraînant la vaso-dilatation des vaisseaux de la tête et du cou. Mais les expériences instituées par M. Willers ne permirent jamais de réaliser des extravasations sanguines pareilles à celles qui avaient été observées chez les deux blessés, et l'on dut conclure que la compression pure et simple de l'abdomen, quelles qu'en fussent l'intensité et la brusquerie, que la section des nerfs splanchniques, ne suffisaient pas à produire la « tête bleue » et qu'il fallait autre chose encore qu'une action mécanique passive. Nous aurons à reprendre dans un instant cette intéressante question.

Toujours est-il que ces premières recherches passèrent à peu près inaperçues. Ce fut seulement en 1899 que M. Perthes (1) remit à l'ordre du jour cette curieuse lésion traumatique, en publiant 2 cas nouveaux des mieux caractérisés. Dès lors, les exemples se succèdent: M. H. Braun en relate un premier en 1899, un second en 1900, un troisième, avec autopsie, en 1901, un quatrième en 1904 (2). Une nouvelle observation est publiée par M. Perthes (3) en 1900. M. K. Neck (4) en donne 2 autres faits, en 1901, tous deux un peu spéciaux, et se distinguant du type ordinaire, l'un par l'existence d'hémorrhagies de la rétine et du corps vitré et d'un scotome central, l'autre, par l'extension considérable de l'infiltration ecchymotique diffusée à toute la moitié droite du thorax et à une partie de la moitié gauche. D'autres observations sont recueillies par MM. Völcker, Wagenmann, Gückel, A. Pichler, Morian, Burrell et Crandon, etc. En 1904, M. Wienecke (5) en rassemble, avec un fait inédit, 21 cas; cette année même, M. Richard Milner (6) porte ce nombre à 26, sans y comprendre 5 faits « atypiques », observés à la Charité dans le courant d'une année, et sur lesquels nous reviendrons. Tout récemment, enfin, M. R. L. Joynt (7) (de Dublin), apportait, sous le nom de « *pressure stasis* », un nouvel élément à cette statistique : il s'agissait d'un homme de vingt-trois ans, qui, occupé à réparer un monte-charge, avait été violemment plié en deux et comprimé entre le contre-poids « descendant » et une barre de fer; chez lui, comme la planche annexée au travail de M. Joynt en fait foi, la coloration violacée était aussi limitée strictement à la face et à la partie supérieure du cou, où elle cessait brusquement et en ligne circulaire; au bout de dix jours, elle avait disparu, et seules persistaient les ecchymoses conjonctivales; il n'y eut pas d'autres lésions qu'une fracture bilatérale de la malléole interne, et le blessé guérit sans incident notable.

II

Telle est, en général, l'évolution signalée par les divers observateurs, et les faits que nous venons de rappeler, et qui tous, d'ailleurs, se rapportent à la forme typique de l'infiltration ecchymotique cervico-faciale, reconnaissent des conditions pathogéniques et des caractères cliniques tout semblables.

Il s'agit toujours d'une compression brusque, considérable, et momentanée du thorax ou de l'abdomen, ou des deux ensemble, cette dernière éventualité se réalisant, par exemple, lorsque le tronc est violemment infléchi en avant et plié en deux. Très souvent, le blessé a été renversé par une voiture, un tramway électrique, et « pris dessous »; ailleurs, il est projeté à terre par un éboulement, par la chute d'un bloc volumineux, qui « l'aplatit » et l'écrase, ou encore une voiture lui passe sur le ventre ou la poitrine, il est saisi et « roulé » par une machine, etc. La durée de la compression est d'ordinaire fort courte, et, d'ailleurs, malaisément appréciable; elle n'est que de quelques secondes, d'une ou deux minutes; pourtant, dans 2 cas de M. Braun, elle se serait prolongée un quart d'heure et une demi-heure. Bien entendu, elle serait mortelle au delà d'une certaine limite, mais cette limite varie au gré de facteurs multiples, parmi lesquels il faut tenir compte de l'intensité de la pression et du degré de résistance, active et passive, du thorax et de l'abdomen.

Toujours est-il que l'infiltration ecchymotique de la face se produit au cours même du traumatisme et de la compression intense exercée sur le tronc : une ouvrière de fabrique, observée par M. Perthes, est saisie par une machine à filer, et, au moment où elle est ainsi « tassée » et comprimée, une compagne d'atelier, qui assiste à l'accident, remarque que « son visage devient tout bleu et que les yeux lui sortent de la tête ».

Dès le premier examen des blessés, on est frappé de cette « face noire » et tuméfiée; la coloration, souvent uniforme et très foncée, noirâtre, violacée, est parfois irrégulière et panachée; sur le fond commun, se détachent toujours des ponctuations plus rouges, ou de petits îlots sanguins, des pétéchies plus ou moins larges : la zone tuméfiée et ecchymotique finit, en général, nettement, circulairement, au niveau « du col », et, de fait, la résistance opposée par le col fermé de la chemise paraît bien être l'agent réel de cette limitation régulière, la distension excentrique des tissus, gorgés de sang, cédant à cet obstacle mécanique. Ce qui le prouve encore, c'est que, chez les blessés dont la chemise était ouverte, l'infiltration ecchymotique descend beaucoup plus bas sur le cou et se termine « en pèlerine » à la partie supérieure de la poitrine. Dans certains cas, où manquent ces contre-pressions, elle peut s'étendre, d'ailleurs, à un segment plus ou moins bas du thorax, même à l'abdomen et aux membres supérieurs.

Les paupières sont, d'ordinaire, tuméfiées, parfois au point de ne pouvoir se soulever; les conjonctives sont le siège de suffusions sanguines qui s'accroissent encore pendant les premiers jours; les globes oculaires sont saillants. Mais il est à noter que, si les hémorrhagies intra-orbitaires paraissent communes, elles siègent presque toujours dans le tissu cellulo-

(1) G. Willers. Ueber die Dilatation der Blutgefässe des Kopfes bei schweren Verletzungen des Unterleibes. (*Thèse de Greifswald*, 1873.)

(1) G. Perthes. Ueber ausgedehnte Blutextravasate am Kopf infolge von Compression des Thorax. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1899, L, 5-6, p. 436, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 334.)

(2) H. Braun. Ueber ausgedehnte Blutextravasate am Kopf, Hals, Nacken und linken Arm, infolge von Kompression des Unterleibes. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1899, LI, 5-6, p. 599, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 383.) — Stauungsblutungen nach Rumpfcompression. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1900, LVI, 1-2, p. 184.) — Stauungsblutungen nach Rumpfcompression. (*Medicinische Gesellschaft in Göttingen*, séance du 6 déc. 1900, *in Deutsche med. Wochensch.*, 10 janv 1901, Vereins-Beilage, p. 15.) — Weitere Beiträge zur Kenntnis der Stauungsblutungen nach Rumpfcompression. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1904, LXXIV, 5-6, p. 411.)

(3) G. Perthes. Ueber Druckstauung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1900, LV, 3-4, p. 384, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 412-413.)

(4) K. Neck. Ueber Stauungsblutungen nach Rumpfcompression. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1901, LVII, 1-2, p. 163.)

(5) H. Wienecke. Ueber Stauungsblutungen nach Rumpfcompression. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1904, LXXV, 1, p. 37.)

(6) R. Milner. Die sogenannten Stauungsblutungen infolge Ueberdrucks im Rumpf und dessen verschiedene Ursachen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1905, LXXVI, 2-3, p. 85.)

(7) R. L. Joynt. Notes on a case of pressure stasis. (*Lancet*, 1er avril 1905, p. 856.)

graisseux de l'orbite, très rarement dans les milieux oculaires; quatre fois seulement on a constaté de petites hémorrhagies rétiniennes, qui, dans un seul cas, donnèrent lieu à un scotome central; si l'on relève de temps en temps quelques troubles de la vue, ils ne sont ni graves ni durables, et ce n'est pas là une des particularités les moins intéressantes de ces énormes regorgements sanguins, qui devraient, semble-t-il, faire éclater tous les fins vaisseaux de l'œil, de l'oreille et des muqueuses. Pour l'oreille, on signale bien quelques désordres, passagers aussi et superficiels, de l'ouïe, mais aucun indice d'hémorrhagie grave; les blessés saignent parfois du nez, toutefois on ne signale pas d'épistaxis importante, bien que l'infiltration ecchymotique s'étende à la muqueuse nasale, à celle des sinus, comme à celle du pharynx, du larynx et de la trachée.

Ce qui est plus singulier encore, à première vue, c'est l'absence constante d'hémorrhagies cérébrales ou méningées, démontrée non seulement par l'observation clinique, mais par deux autopsies, l'une de M. Braun, l'autre de M. von Recklinghausen (1).

On comprend, dès lors, que, réduite à elle-même, l' « hémorrhagie par stase » de la face et du cou n'ait aucune suite sérieuse, et tous les auteurs insistent sur cette bénignité finale : la coloration noirâtre s'atténue et disparaît en huit à dix jours, le gonflement persiste un peu plus, et les ecchymoses conjonctivales demandent plusieurs semaines pour s'effacer. Or, il arrive, assez souvent, que l'accident en question soit réduit à lui-même, autrement dit qu'il ne s'accompagne d'aucun autre traumatisme grave. Lorsque la mort s'ensuit, elle est attribuable, non au reflux céphalique du sang et à ses conséquences, mais aux lésions multiples concomitantes, thoraciques ou abdominales : ainsi en était-il dans les 2 cas mortels de M. Braun et de M. von Recklinghausen; un troisième blessé, observé par M. Völcker (2), mourut, au dixième jour, de pneumonie traumatique; il avait de multiples fractures des côtes et du sternum.

On ne saurait donc compter sur une bénignité constante, et, s'il est possible d'admettre, avec M. Milner, que l'existence d'une infiltration ecchymotique cervico-faciale typique, foncée, à limite cervicale nette, témoigne d'un effort durable et efficace, d'une défense maintenue jusqu'au bout, et, de ce fait, rend improbable l'hypothèse de lésions viscérales importantes, il n'y a là aucune règle certaine, et l'on ne doit pas oublier que, en dehors même de tout écrasement, de toute rupture, l'asphyxie, plus ou moins prolongée suivant la durée de la compression, réclame sa part dans le pronostic.

III

A côté de ces formes graves, il faut faire une place aux formes atypiques, partielles, incomplètes, où l'on ne retrouve plus que quelques-uns des traits indiqués tout à l'heure. La coloration noirâtre n'est plus diffuse et totale : elle se présente sous l'aspect de marbrures disséminées, au pourtour des orbites, aux tempes, sur telle ou telle zone de la face ou du cou; ou encore tout se réduit à des suffusions toujours plus ou moins étendues des paupières et des conjonctives. M. Milner a insisté avec beaucoup de raison sur ces types atténués, qui n'en relèvent pas moins du même mécanisme; il a rappelé que leur fréquence est, en somme, beaucoup plus grande qu'on ne le croirait; souvent on accorde trop peu d'attention à ces ecchymoses de la face et des conjonctives, pour lesquelles on admet, sans preuve et sans autre recherche, l'étiologie du traumatisme direct; ou bien, à l'inverse, sur le vu des ecchymoses oculaires, pharyngées, cervicales postérieures, on conclut faussement à la probabilité d'une fracture du crâne. Un blessé de mon service avait été pris sous l'éboulement d'un pan de mur en construction, qui lui était tombé sur le dos et l'avait affaissé, aplati, sur lui-même; le visage était parsemé de taches ecchymotiques, les paupières gonflées et les conjonctives étaient le siège, de chaque côté, de suffusions sanguines étendues, d'un véritable chémosis sanglant, qui s'accrut encore dans les premiers jours; de plus, le blessé avait perdu du sang par le nez, et pourtant, les circonstances de l'accident éloignaient toute possibilité d'un traumatisme direct de la face, qui ne présentait, d'ailleurs, ni éraflures ni traces de contusion au niveau des parties saillantes. Notre homme fut plongé, durant trente-six heures, dans un état d'obnubilation qui semblait rendre plus probable encore l'hypothèse d'une fracture de la base; mais tous les accidents disparurent très vite, et, au bout d'une dizaine de jours, il ne restait plus qu'une légère ecchymose conjonctivale.

On ne saurait donc nier que, sous toutes ses formes, cette asphyxie traumatique cervico-faciale vaille d'être signalée et connue. L'observation, du reste, n'en date pas d'hier, ni des nombreux travaux de ces dernières années, et, si les chirurgiens l'étudient aujourd'hui avec quelque suprise, elle a été relevée et décrite depuis longtemps par les médecins-légistes. Au cours de l'échauffourée survenue au Champ-de-Mars le 14 juin 1837, 23 personnes furent étouffées dans la foule : Ollivier (d'Angers) (1), chargé de l'examen et de l'autopsie des cadavres, en fit l'objet d'une note lue à l'Académie de médecine de Paris le 20 juin 1837; or, chez tous les sujets sans exception, et bien qu'il n'y eût aucun commencement de décomposition putride, « la peau de la face, du cou, et chez quelques-uns de la partie supérieure de la poitrine avait une teinte violacée uniforme, au milieu de laquelle apparaissaient une multitude de petites ecchymoses ponctuées, de couleur noirâtre, dont les plus larges avaient une ligne et demie de diamètre, tandis que le plus grand nombre formait un pointillé très fin. La conjonctive oculaire et palpébrale offrait une injection tout à fait semblable ». Sur 7 des cadavres, il y avait un certain nombre de côtes fracturées, de 2 à 13; sur aucun, « il n'y avait de fracture des os du crâne, de la face, du rachis où des membres; chez aucun, il n'existait de luxation ». L'auteur concluait que les 23 individus avaient succombé à l'asphyxie par suffocation, et que « chez tous, l'asphyxie avait été la conséquence de la pression violente et continue exercée sur la poitrine ».

En 1855, Tardieu (2), étudiant la mort par suffocation, relatait un accident survenu en mai 1848 dans un atelier de femmes : « Une terreur panique, produite par la chute d'un pan de mur, précipitait ces malheureuses vers une étroite issue où elles s'entassaient et s'écrasaient aveuglément. » Elles furent soignées dans le service de Hardy; aucune ne succomba, mais, chez toutes, il existait, soit des infiltrations sanguines de la conjonctive et des paupières, soit des ecchymoses ponctuées à la face, au cou et sur la poitrine. En 1866, Tardieu (3) encore publiait une étude médico-légale détaillée de « l'accident survenu au pont de la Concorde, à Paris, le 15 août 1866 »; 40 personnes environ avaient été prises dans un remous de la foule et « plus ou moins » étouffées; 9 avaient succombé. Ici encore, on avait noté, à des degrés divers, la coloration ecchymotique de la face. « La teinte générale du visage et des parties supérieures du tronc, écrit Tardieu, peut varier depuis une rougeur légère jusqu'au violet le plus foncé, jusqu'au noir même. Les points ecchymotiques tantôt semblent symétriquement semés, tantôt pressés, et se confondant presque, ils forment comme un sablé très fin. » Et l'auteur ajoute : « Les ecchymoses ponctuées de la face, du cou et de la poitrine sont liées à l'effort considérable par lequel se manifeste la résistance à la suffocation ».

IV

Ceci nous amène à l'analyse du mécanisme de ces infiltrations ecchymotiques cervico-faciales, consécutives aux compressions du tronc. On ne saurait, ici, s'en tenir exclusivement à l'action toute physique et passive de la compression du thorax ou de l'abdomen, ou, à la fois, des deux cavités : sans doute, une compression violente et brusque, qui affaisse au maximum la paroi abdominale, qui serre en étau et réduit à ses plus minimes proportions la cage thoracique, détermine, du même coup, le reflux du sang veineux dans le système cave supérieur; le sang regorge, de la veine cave inférieure, dans l'oreillette droite, de l'oreillette et de la veine cave supérieure, dans les veines anonymes : or, devant ce flot rétrograde, une seule voie s'ouvre, celle des jugulaires, dont l'accès n'est défendu que par des valvules rares et insuffisantes, alors que les troncs veineux des membres, pourvus de solides barrages valvulaires, ne se laissent pénétrer qu'avec beaucoup de peine et toujours de façon incomplète. On s'explique, de la sorte, que les suffusions sanguines se cantonnent à la face et à un segment plus ou moins étendu du cou.

Toutefois, le regorgement passif du sang veineux, sous la compression des gros troncs abdomino-thoraciques, ne suffit pas à élucider tout le problème; un reflux assez intense pour produire de pareilles infiltrations ecchymotiques supposerait un affaissement total des gros troncs; et une compression de la poitrine ou du ventre susceptible de se traduire par de semblables effets n'irait pas sans les plus graves lésions viscérales, sans des fractures multiples des côtes, du sternum et du rachis. Or, précisément, ces accidents multiples et considérables ne s'observent pas dans les faits de *Stauungsblutungen* bien caractérisés; et, d'autre part, lorsque surviennent ces écrasements et ces fractures multiples à la suite des compressions du tronc, on ne relève pas, d'ordinaire, l'infiltration ecchymotique spéciale de la face.

Le mécanisme n'est donc pas entièrement passif : il y a autre chose, un autre agent, et cet agent, c'est l'effort. Tardieu, nous venons de le voir, l'incriminait déjà; M. Milner a eu le mérite d'en bien dégager le mode d'action. Au moment du traumatisme, de la constriction suffocante, les blessés ne perdent pas tout de suite connaissance; ils se défendent, parfois même ils ont le temps de voir le danger et de se mettre en garde : cette défense, cette mise en garde, c'est l'effort thoraco-abdominal, avec grande inspiration suivie de l'occlusion de la glotte et de la contraction énergique des muscles de la paroi abdominale. Dans ces conditions, la pression intra-abdominale et intra-thoracique monte à un degré qu'il est malaisé d'apprécier, mais qui peut être considérable, et cette pression — qui chasse au dehors le sang artériel, le contenu du ventricule gauche et de l'aorte — fait refluer le sang veineux, lequel

(1) Von Recklinghausen. Druckstauung und Fettembolie. (*Unterelsässischer Aerzteverein*, séance du 23 juin 1900, *in Münch. med. Wochensch.*, 10 juillet 1900, p. 984.)

(2) F. Völcker. Vorläufiger Bericht über die Verletzungen bei der Heidelberger Eisenbahn-Katastrophe vom 7. October 1900. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 et 13 déc. 1900, p. 807.)

(1) Ollivier. Relation médicale des événements survenus au Champ-de-Mars le 14 juin 1837. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, séance du 20 juin 1837, et *Ann. d'hyg. publ.*, 1837, XVIII, p. 485.)

(2) A. Tardieu. Mémoire sur la mort par suffocation. (*Ann. d'hyg. publ.*, 1855, 2e série, IV, p. 371.)

(3) A. Tardieu. Relation médico-légale de l'accident survenu au pont de la Concorde, à Paris, le 15 août 1866, pour servir à l'histoire de la mort par suffocation. (*Ann. d'hyg. publ.*, 1866, 2e série, XXVI, p. 338.)

trouve béantes, devant lui, comme nous le disions plus haut, les veines jugulaires.

Il résulte, de là, une poussée sanguine et une distension vasculaire, d'autant plus intenses que l'effort de défense est lui-même plus puissant et plus prolongé. Un ouvrier de dix-neuf ans, dont l'histoire est rapportée par M. Wagenmann (1), est surpris dans un puits de mine par une benne descendante; il cherche à l'arrêter, en se raidissant contre elle, dans un effort tel « qu'il ne peut plus crier ». On arrête la benne, sur le signal d'un autre ouvrier. Les jambes du blessé paraissent avoir été serrées contre son abdomen, mais sa poitrine n'a subi aucune compression passive. Or, voici ce que l'on constate : la dilatation veineuse et les ecchymoses s'étendent à la tête, au cou et à la poitrine, jusqu'à l'ombilic, pendant que le dos, sur lequel portait le fardeau, reste intact. Sur l'épaule droite, on note une bande de peau saine correspondant à la bretelle. Au visage, les hémorrhagies et la tuméfaction sont relativement médiocres, mais on les retrouve au palais, à la langue, aux lèvres, et l'on relève aussi une petite hémorrhagie rétinienne. Le rôle de l'effort est, ici, des plus nets; quant à la diffusion des lésions circulatoires jusqu'à l'ombilic, elle démontre que le thorax et la partie supérieure de l'abdomen n'ont pas été soumis à une compression extérieure.

Un autre exemple nous est fourni par un des blessés de M. Braun : il s'agit d'un homme de vingt-sept ans, qui resta plié en deux, sous un amoncellement de betteraves, pendant un quart d'heure; il ne perd pas connaissance; il n'y a pas de fractures de côtes, la colonne lombaire et le sternum sont très sensibles. On constate une tuméfaction cyanotique de la face, se terminant nettement au cou, à la hauteur de l'os hyoïde; des ecchymoses conjonctivales, des hémorrhagies par le nez, le conduit auditif externe et les lèvres, d'autres plaques ecchymotiques sur l'abdomen, le sein gauche, la région sus-claviculaire, les bras et les avant-bras; l'examen ophtalmoscopique est négatif.

Du reste, ces distensions ou ces ruptures vasculaires, à distance, ne se produisent pas exclusivement à la suite des compressions du tronc : on les a signalées après certains accouchements, après des convulsions, des vomissements, des crises d'épilepsie, dans la coqueluche. Elles se sont montrées parfois, après l'attaque épileptique, aussi diffuses, aussi nettes que dans les faits traumatiques plus haut mentionnés : un jeune homme de vingt-cinq ans, dont parle M. Pichler (2), s'éveille le matin couché au bas de son lit; la face est d'un rouge sombre, parsemée d'innombrables hémorrhagies punctiformes, qui vont jusqu'à la dimension d'un grain de chènevis; on les retrouve sur le palais, le pharynx, le larynx, la cloison des fosses nasales et, en petite quantité, sur le manche du marteau, à gauche; au cou, la limite de la coloration est nette, et correspond au col de la chemise de nuit; il n'y a pas d'hémorrhagie intra-oculaire, pas de trouble visuel, pas d'albuminurie.

Le fait suivant, rapporté M. Hoppe (3), est plus curieux encore : un homme de trente-cinq ans se croit empoisonné par des champignons et cherche à se faire vomir. Après de nombreuses tentatives infructueuses et de violents efforts qui ont lieu le corps très fortement incliné en avant, il ressent dans les yeux une sensation de tension pénible, comme si les globes étaient refoulés en avant, et saigne un peu du nez. Une heure et demie plus tard, il s'aperçoit, avec épouvante, qu'il a le visage tuméfié, bleuâtre, et les paupières infiltrées de sang; M. Hoppe constata l'aspect typique des *Stauungsblutungen;* il remarqua même, par l'examen à la loupe, que les petites hémorrhagies cutanées du visage « paraissaient localisées de préférence autour du canal excréteur des glandes ».

Rappelons encore que pareilles suffusions hémorrhagiques peuvent se produire chez les pendus, au moins dans la pendaison « atypique », pour adopter l'expression de M. Milner, où la striction incomplète et irrégulière de la corde entraîne une mort moins rapide, précédée d'efforts de défense et de convulsions.

(1) A. Wagenmann. Multiple Blutungen der äusseren Haut und Bindehaut, combiniert mit einer Netzhautblutung, nach schwerer Verletzung, Compression des Körpers durch einen Fahrstuhl. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, 1900, LI, 3, p. 550.)

(2) K. Pichler. Bemerkungen über « Stauungsblutungen », insbesondere infolge eines epileptischen Anfalles. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 24 janvier 1903, p. 105.)

(3) Hoppe. Ueber multiple Gesichts- und Bindehautblutungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 juillet 1901, p. 505.)

V

Il reste un point à élucider : on parle, dans les observations, d'ecchymoses, de pétéchies, de points hémorrhagiques, de stase, mais, en réalité, quel est le substratum anatomique de la teinte plus ou moins violacée de la peau; quelles sont, au juste, les lésions vasculaires : distension ou ruptures?

Dans un cas de M. Braun, plus haut signalé, l'autopsie donna les résultats suivants : la peau de la face et du cou est d'un rouge violacé; il n'y a pas d'hémorrhagies dans le crâne ni le rachis, mais des épanchements sanguins abondants dans les deux orbites, épanchements qui, toutefois, ne siègent pas sous la gaine des nerfs optiques; on relève une infiltration sanguine étendue des muscles temporaux, de la langue, du plancher de la bouche, des glandes sous-maxillaires; des ecchymoses sur les muqueuses du nez, du sinus maxillaire, du sinus sphénoïdal, de la bouche, de l'épiglotte, du larynx, de la trachée, jusqu'à sa bifurcation. Au microscope, on note, dans la peau de la face, une distension considérable des petites veines, et aussi, en partie, des capillaires; en outre, des hémorrhagies, particulièrement dans le derme, disposées surtout le long des veines et des capillaires.

Plus récemment, MM. Beach et Cobb (1) ont pu analyser ces lésions vasculaires sur deux petits segments de la peau du cou, prélevés au second jour, alors que la coloration noire était à son maximum d'intensité; le blessé avait été pris et violemment comprimé dans un monte-charge; la teinte bleu noirâtre, des plus caractéristiques, occupait toute la tête et s'étendait, en avant, sur le cou, jusqu'au bord supérieur des clavicules; elle n'en disparut pas moins en trois semaines environ, et la guérison fut complète. Or, la biopsie permit de constater une surdistension considérable des veines et des capillaires de la peau, sans ruptures, sans extravasations sanguines.

Il paraît donc bien établi que cette dilatation forcée des petits vaisseaux de la peau est constante en pareil cas, et qu'elle est le facteur principal de la teinte noirâtre diffuse; toutefois, on ne saurait guère soutenir qu'elle ne puisse s'associer, dans certaines conditions, à des éclatements vasculaires et à de petits hématomes cutanés ou sous-cutanés, analogues, d'ailleurs, aux infiltrations sanguines que l'on a constatées dans les conjonctives, dans l'orbite, dans l'épaisseur des muscles du plancher de la bouche. Et ces lésions témoignent bien de la poussée violente du sang et de la réplétion *a tergo* du système veineux jusque dans ses plus fines terminaisons.

VI

On voit que l'asphyxie cutanée cervico-faciale, consécutive aux compressions du tronc, a suscité un vif intérêt, et que l'étude en a été poussée très loin. En pratique, quelles conclusions devons-nous retenir, qui soient applicables à la clinique courante?

(1) H. H. A. Beach et F. Cobb. Traumatic asphyxia. (*Ann. of Surgery*, avril 1904, p. 481, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 224.)

Tout d'abord, il importe d'avoir présent à l'esprit ce type si étrange d'infiltration violacée de la face et la brusque démarcation circulaire qui, en général, la limite au-devant du cou; l'aspect est si frappant que dans les formes bien accusées, tout au moins, il ne saurait passer inaperçu, mais, par le fait même de cette singularité d'apparence et de cette bordure cervicale si tranchée, on pourrait songer, parfois, à un tout autre mode d'asphyxie, ou encore, à la vue de cette face noire et de ces yeux sanglants, émettre d'emblée un pronostic très fâcheux. Or, les observations jusqu'ici recueillies nous ont enseigné que, en termes généraux, plus l'infiltration ecchymotique diffuse est franche et caractérisée, moins l'avenir est inquiétant, et cela, par cette raison, que les lésions viscérales et osseuses sont, d'ordinaire, assez restreintes, dans ces conditions, où l'abondance de la suffusion hémorrhagique de la tête et du cou témoigne d'un effort de défense prolongé et efficace. Toutefois, comme nous le faisions remarquer plus haut, on agira sagement en ne faisant pas trop de fond sur cette bénignité habituelle, le pronostic ne relevant pas exclusivement des lésions traumatiques concomitantes, mais aussi des lésions asphyxiques. Aussi MM. Beach et Cobb recommandent-ils, avec beaucoup de raison, de ne pas oublier qu'on se trouve en présence d'une asphyxie traumatique, et de recourir d'emblée à la respiration artificielle et aux inhalations d'oxygène.

Enfin, les formes partielles et incomplètes, pour être moins suggestives, n'en valent pas moins d'être étudiées, recherchées et interprétées; on est toujours enclin à reconnaître à ces marbrures, à ces ecchymoses, à ces infiltrations sanguines de la face, du cou, des paupières et des conjonctives, de la poitrine et des membres supérieurs, une origine traumatique directe : il sera souvent de haute importance, en médecine légale, de savoir les rapporter à leur véritable cause; de plus, il n'est pas très rare que ces ecchymoses conjonctivales — qui s'étendent ou se foncent dans les premiers jours —, associées à des hémorrhagies nasales, à des plaques noirâtres du pharynx et de la nuque, quelquefois à des hémorrhagies par l'oreille, fassent admettre tout d'abord une lésion de la base du crâne, et, cette fois encore, il sera important de connaître la fréquence relative de ces hémorrhagies à distance, dans les traumatismes du tronc, et leur pathogénie réelle.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

VINGT-DEUXIÈME CONGRÈS ALLEMAND

DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Wiesbaden du 12 au 15 avril 1905.

De l'hérédité.

M. E. Ziegler (d'Iéna), *rapporteur*. — Les grands progrès que la doctrine biologique de l'hérédité a réalisés dans ces dernières années sont dus en partie à ce que, sous l'influence des théories de Weismann, on a mieux précisé et limité la définition de l'hérédité. D'autre part, nos connaissances sur la maturation de l'ovule et des spermatozoïdes se sont complétées, ce qui nous a permis d'évaluer plus exactement l'importance biologique du fait de la fécondation.

Il convient avant tout d'éliminer du problème que nous nous proposons d'étudier deux processus que l'on confond souvent avec l'hérédité vraie, et qui en sont tout à fait distincts. Ce sont : 1° le passage direct, des parents aux cellules germinatives ou bien à l'embryon, d'agents pathogènes tels que les microbes; 2° les altéra-

tions que les cellules germinatives subissent du fait de poisons ou de produits d'échanges nutritifs anormaux, quand il existe dans l'organisme des parents une tare susceptible de donner naissance à des substances de ce genre.

Ajoutons que l'hérédité des organismes primitifs (protistes) est un processus différent de l'hérédité des organismes animaux ou végétaux plus élevés : chez les protistes, la multiplication se fait avant tout par simple division des cellules, tandis que chez les métazoaires la formation des nouveaux individus incombe à des cellules spéciales, à savoir les cellules mâles et les cellules femelles. Seuls ces derniers éléments sont les « porteurs de l'hérédité ». Les propriétés capitales de ces cellules se ressemblent éminemment dans le règne végétal et le règne animal. Ce que je dirai dans la suite a donc la même valeur pour les deux règnes et peut être directement appliqué à l'homme.

Comme tous les noyaux, ceux de ces cellules contiennent des chromosomes. Dans la caryocinèse, nous voyons apparaître des grains faciles à colorer : ces chromosomes ont une forme précise et sont en nombre déterminé; ils ont une importance primordiale pour l'hérédité.

La cellule femelle contient le même nombre de chromosomes que la cellule mâle. Ceci explique que la mère ait la même influence sur l'hérédité que le père. La cellule d'où dérive l'organisme en formation, c'est-à-dire l'ovule fécondé, a reçu la moitié de ses chromosomes du père, et l'autre moitié de la mère. Cette propriété se transmet sur chaque nouvelle cellule formée par la division cellulaire, de sorte qu'en fin de compte tout ce que nous dirons de l'ovule fécondé pourra être adopté sans modification pour l'ensemble des cellules de l'organisme.

Le mélange des chromosomes paternels et maternels a donc une influence sur tout l'organisme en formation. De là vient le mélange des qualités propres tant à la mère qu'au père. L'effet de ce mélange (*Amphimixis*) peut être le mieux observé quand on croise deux animaux appartenant à des espèces différentes ou à des variétés différentes de la même espèce. Les descendants offrent ainsi, la plupart du temps, un mélange des propriétés des parents, mais parfois on observe une réversion vers un aïeul (soit le grand-père, soit la grand'mère), ou même vers une forme ancestrale éloignée (atavisme). La loi de Mendel se rapporte à une réversion particulière; on lui a donné une grande importance dans ces derniers temps.

Pour arriver à une explication des phénomènes héréditaires, il faut, en premier lieu, étudier tout ce qui concerne les chromosomes et surtout les processus par lesquels la cellule femelle et la cellule mâle arrivent à la maturité. D'une part, nous voyons comment la cellule femelle forme, une fois mûre, les globules polaires; de l'ovule sortent par le fait quatre cellules : trois toutes petites et une grande. De même, nous voyons sortir du spermatoblaste quatre cellules mâles.

Les chromosomes se comportent identiquement dans les deux sexes : ils constituent des groupes de quatre (tétrades), deux de ces quatre grains provenant du père, deux de la mère.

L'ovule arrivé à la maturité reçoit un de ces grains; de même le spermatozoïde en reçoit un; c'est-à-dire que chacun reçoit un quart de chaque tétrade (processus de réduction).

Les cellules germinatives (ovules ou spermatozoïdes) d'un individu peuvent donc différer notablement entre elles, soit qu'elles contiennent plus de chromosomes paternels, soit que les chromosomes maternels prédominent. Mais dans tous les cas le nombre total des chromosomes est le même.

Les différences que nous trouvons chez les enfants des mêmes parents s'expliquent par le fait que les combinaisons les plus variées se produisent chaque fois qu'un nouvel individu est engendré. Si dans l'une des cellules germinatives les chromosomes paternels ou maternels ont fortement prévalu, on comprendra qu'il puisse y avoir retour au type du grand-père ou de la grand'mère.

La constitution d'un homme, et la prédisposition à telle ou telle maladie, qui en dépend, est héritée des ancêtres. Là encore nous rencontrons le mélange des prédispositions paternelles et maternelles, et souvent même la réversion vers un aïeul. Toutes les formes du corps et les modalités de l'esprit dépendent de l'hérédité, qui a la puissance d'une loi naturelle.

M. F. Martius (de Rostock), *co-rapporteur*. — Il existe chez certains médecins une tendance à diminuer l'importance de l'hérédité; pour le praticien, disent-ils, le mot d'hérédité devrait être supprimé : les maladies acquises peuvent seules être traitées; ce que nous tenons de nos pères n'est pas modifiable.

En opposition à cette dépréciation, voire même à cette négation de l'hérédité, d'autres accordent une importance exagérée à ce phénomène biologique.

Les opinions sont donc actuellement différentes, au point qu'on peut se demander si jamais il sera possible de s'entendre.

La littérature sur la tuberculose nous en fournit les exemples les plus frappants. M. R. Koch reconnaissait, en 1884, l'existence d'une prédisposition à la tuberculose. Au Congrès de Londres, dix-sept ans plus tard, il disait qu'on ne pouvait pas nier complètement la tuberculose héréditaire, mais qu'elle n'avait aucune importance pratique, et il ne croyait pas qu'il fût nécessaire de prendre des mesures contre elle.

En se plaçant au point de vue biologique, il me paraît impossible de ne pas reconnaître une influence héréditaire, si l'on admet la prédisposition. D'après des publications ultérieures de M. Koch, il est évident que cet auteur n'a visé que la tuberculose germinative, c'est-à-dire l'infection placentaire, et non l'hérédité au sens biologique du mot. On ne peut donc pas se servir de ses conclusions pour combattre la réalité de l'hérédité tuberculeuse. Cette question ne pourra être résolue que quand on aura cessé de confondre la tuberculose congénitale et la prédisposition héréditaire à la tuberculose.

Pour le moment, nous sommes obligés de compter avec la confusion qui existe dans cette matière. M. von Behring n'admet pas l'hérédité tuberculeuse, mais il parle d'une hérédité congénitale, prégénitale et post-génitale. Dans cette dernière, les ascendants infectent par exemple le lait avec le bacille de Koch. L'hérédité prégénitale est encore plus discutable : personne n'admet que les bacilles de la tuberculose d'un phtisique proviennent de son aïeul. M. R. Schlüter a rassemblé tout ce qui a trait à la transmission héréditaire de la tuberculose : il a pu découvrir 12 cas humains de tuberculose héréditaire certaine, et 70 cas de tuberculose congénitale chez l'animal. En réalité, le placenta forme presque l'unique voie par laquelle une transmission prégénitale puisse se produire. L'infection primitive de l'ovule et la transmission germinative du bacille par le père constituent de grandes raretés.

Je conclus donc que l'infection tuberculeuse fœtale existe, mais qu'elle est trop rare pour tenir une place prépondérante dans l'étiologie de la tuberculose, et surtout pour nécessiter des mesures de prophylaxie antituberculeuse. Dans le fait, M. Koch et M. von Behring sont d'accord sur ce point. Toutefois, les conclusions que l'on a l'habitude de tirer de cette donnée indéniable, à savoir que l'hérédité n'a rien à faire avec l'étiologie de la tuberculose, sont excessives : il ne faut pas confondre l'infection intra-utérine et germinative avec ce que la biologie scientifique nomme hérédité.

La biologie, en effet, admet comme héréditaires les qualités, ou leur base matérielle, contenues dans le plasma germinatif des parents. La totalité de l'héritage d'un nouvel individu se trouve matériellement et virtuellement dans les deux cellules germinatives qui se fondent après la copulation. Cette dernière une fois consommée, le fait de l'hérédité est complet. Tout ce qui survient ensuite relève des causes extérieures, la vie embryonnaire ne différant pas dans ses réactions normales ou pathologiques de la vie extra-utérine.

Il convient donc de bien séparer ce que nous appelons congénital et ce que nous nommons héréditaire. Aussi ne faudrait-il plus parler de syphilis héréditaire, mais plutôt de syphilis congénitale.

La somme de toutes les facultés intellectuelles et corporelles, de toutes les particularités morbides et normales que nous possédons en naissant, nous vient également des deux parents.

Mais, l'acte de la conjugaison du spermatozoïde et de l'ovule terminé, l'hérédité est fixée. Le rôle du père est dès lors terminé. Quant à l'influence ultérieure de la mère, elle peut ralentir ou accélérer le développement, elle ne peut plus introduire dans l'hérédité ce que je nommerai une *déterminante* dans le sens de Weismann.

Si nous nous en tenons à cette définition de l'hérédité biologique, nous sommes forcés de conclure *qu'il n'y a pas de maladies héréditaires*. Si par exemple on m'objecte l'hémophilie, je répondrai que l'hémophilie est héréditaire, mais que ce n'est pas une maladie. La maladie n'est pas une entité, ni même une propriété, c'est un processus produit par une cause externe à l'organisme.

Donc, ce ne sont pas les maladies qui sont héréditaires, mais plutôt les prédispositions aux maladies. Des causes externes ne pourront créer des processus morbides que dans les cas où elles rencontreront une prédisposition spécifique correspondante. Cela est prouvé par les travaux sur l'immunité. Cette dernière, ainsi que la prédisposition, peut être étudiée avec les méthodes scientifiques les plus exactes.

Au total, la doctrine de la prédisposition doit perdre son auréole mystique; il est tout aussi injustifié de nier son importance pour la genèse de la tuberculose qu'il est inexact de s'imaginer qu'il existe quelque chose appartenant en particulier à une partie de l'humanité — aux prédisposés —, et manquant complètement à l'autre, aux non-prédisposés. La prédisposition tuberculeuse n'est pas une propriété que l'on possède ou bien entièrement ou pas du tout. Dans chaque cas, au contraire, elle résulte d'une foule de facteurs anatomiques et physiologiques, qui varient autant sous le rapport de la quantité que sous celui de la qualité et qui peuvent se combiner à l'infini. A cet égard, nous avons tous un certain degré de prédisposition.

Voyons jusqu'à quel point les facteurs constitutionnels intervenant dans la pathogénie des maladies en général peuvent être acceptés comme héréditaires, et par suite comme de nouveau transmissibles.

Il est indubitable que les prédispositions morbides peuvent être individuellement acquises. Il reste à savoir si ces prédispositions acquises peuvent être transmises par l'hérédité. Là-dessus les opinions diffèrent.

Nous avons vu que la biologie ne peut admettre la transmission des maladies elles-mêmes. La tare héréditaire n'est pour nous que le risque de transmission d'une prédisposition des ascendants à une certaine maladie. Si cette maladie s'est développée chez les ascendants sur une base constitutionnelle héréditaire, il est clair que, selon la loi de la continuité du plasma germinatif, la prédisposition pour la même maladie pourra se transmettre à de nouveaux descendants.

Le fait de l'hérédité d'une prédisposition acquise est le point capital de toute la question de la prédisposition héréditaire. Pour résoudre cette question au point de vue médical, on doit laisser de côté la phylogénie et l'ontogénie. Je suis arrivé à la certitude absolue que l'hérédité des propriétés morbides acquises n'existe pas.

Il faut préciser et revoir les faits. Personne n'admet plus l'hérédité des mutilations et des blessures extérieures. Les expériences sur l'épilepsie des cobayes, de Brown-Séquard, Westphal, Obersteiner ne sont pas non plus valables.

Il semble au premier abord que les recherches sur la transmission aux descendants d'une immunité individuelle acquise (expériences de M. P. Ehrlich avec la ricine et l'abrine; immunité diphtéritique héréditaire de M. Wernicke; transmission héréditaire de MM. Charrin et Gley; hérédité de la réaction des précipitines de M. Merkel) sont en contradiction avec cette manière de voir. Mais, au fond, elles viennent à l'appui de ma théorie, car dans tous les cas positifs les antitoxines de la mère ont passé au fœtus par les voies de la circulation placentaire : il ne s'agit donc pas d'une hérédité réelle.

Etudions maintenant l'action directe des nocivités exogènes sur le plasma germinatif, ainsi que sur le « soma » des biologistes. L'alcool est une de ces nocivités. Ses effets délétères sur les descendants des buveurs sont hors de doute, mais ils ne peuvent servir d'appui au

lamarckisme : on n'a jamais vu un buveur cirrhotique engendrer un enfant qui fût atteint de cirrhose sans être lui-même alcoolique. Cela n'empêche que l'hygiène sociale doit s'occuper activement de l'effet nocif de l'alcool sur les cellules germinatives.

De même, le diabète et l'arthritisme sont des maladies constitutionnelles dans lesquelles ce n'est pas la maladie elle-même, mais bien plutôt la prédisposition à la maladie, qui est transmise.

Il est certain que l'homme, au cours des périodes historiques, n'a guère changé ni sous le rapport physique ni sous le rapport intellectuel. Aussi la crainte de la dégénérescence me paraît-elle exagérée. Nous possédons tous, à côté d'autres déterminantes, un certain nombre de déterminantes morbides, que nous tenons de la masse de nos ancêtres. La question de l'hérédité pathologique consiste à trouver dans un cas donné quelle est la combinaison de ces déterminantes.

A côté de la continuité des plasmas germinatifs qui garantit la continuité de la race, il y a la variabilité infinie du plasma germinatif qui donne à chacun de nous ses particularités individuelles.

L'étude de la généalogie démontre nettement ce fait. Comme dans la constitution des signes familiaux, l'hérédité latente joue aussi un rôle important dans la pathologie. Il est tout naturel que les combinaisons les plus variées des éléments héréditaires puissent se produire et qu'au fond toute la question de l'hérédité se résume dans un calcul de probabilité.

Dans la même famille, nous trouvons d'un côté des génies, de l'autre des imbéciles. L'hérédité tuberculeuse suit les mêmes règles. Heureusement, la bonne moyenne forme la grosse masse de l'humanité, les extrêmes étant l'exception.

C'est une erreur de vouloir améliorer la race en exagérant certaines qualités ou particularités : les expériences des éleveurs démontrent clairement que l'on produit ainsi des dégénérés. Quant à une accumulation de mauvais attributs héréditaires dans certaines familles, ne nous en préoccupons pas non plus. La nature y pourvoit : les dégénérés succombent; l'arbre vital ne s'en développe pas moins bien.

Ces données sont importantes pour la question du mariage. Il ne faut pas s'arrêter à des particularités de détail, mais rechercher une bonne constitution générale, tout en évitant les familles dont la généalogie possède une déterminante morbide spéciale se répétant par trop souvent. Toutefois il n'est guère possible de tirer des conclusions pratiques à ce sujet.

Il existe des maladies pour lesquelles on ne peut trouver une cause exogène et que par suite on est tenté de considérer comme héréditaires, c'est-à-dire comme résultant de la faiblesse spécifique congénitale d'un organe. L'albuminurie physiologique de M. von Leube en est l'exemple typique. Cette faiblesse individuelle d'un organe n'est au fond autre chose que le *locus minoris resistentiæ* des anciens. Le rein du brightique possède une déterminante spécifique individuelle, qui fait que des nocivités, sans action sur un organe robuste, le rendent malade. Le système nerveux fournit du même fait les exemples les plus précis; nous y trouvons le plus souvent des dégénérescences systématiques et non en foyer, ce qui suppose une déterminante individuelle : un syphilitique deviendra tabétique si cette déterminante existe, et ne le deviendra pas si elle manque. La dystrophie musculaire progressive ne peut de même être comprise qu'en admettant une déterminante musculaire différente du type général.

L'achylie gastrique constitutionnelle qui, du reste, est plus fréquente qu'on ne le croit habituellement, n'est pas une maladie, mais bien plutôt une divergence individuelle du type. Le diabète, la goutte, l'arthritisme, qu'on a nommés maladies cellulaires héréditaires de la nutrition, ne peuvent être comprises qu'en admettant une déterminante. Pour la chlorose, certaines affections bronchiques, il nous faut invoquer la notion d'hérédité. Bref, la clinique nous force de compter avec un facteur constitutionnel individuel héréditaire.

Les déterminantes morbides dont nous avons parlé jusqu'à présent ne différaient pas dans leur type des déterminantes de l'homme normal. Mais il en existe aussi de complètement hétérologues, que nous trouvons dans l'hémophilie, le daltonisme, le diabète insipide familial, peut-être la maladie de Thomsen. Ces déterminantes ont une tendance bien plus prononcée à devenir héréditaires.

En terminant, je tiens encore à signaler que différentes prédispositions morbides peuvent se combiner, soit pour additionner leurs effets, soit pour se compenser. C'est pour ce motif que la prédisposition tuberculeuse nécessite non pas une déterminante, mais plutôt l'association de plusieurs déterminantes.

L'hygiène sociale a sa raison d'être en ce sens qu'elle combat l'état maladif produit par des facteurs exogènes (alcool, syphilis); mais elle ne peut toucher à la constitution individuelle résultant de la combinaison des éléments héréditaires. Au reste, la nature travaille mieux que nous à la conservation de la race; aussi ne devons-nous pas nous effrayer des maladies héréditaires que nous observons comme médecins, car les débiles sont voués à la mort. La biologie nous permet de voir l'énorme flot de vie saine et forte qui traverse l'humanité; elle nous rend optimistes et non pessimistes.

M. Hamburger (de Vienne). — Pour ma part, je me rallie à la théorie énergétique de l'hérédité. Toutes les cellules d'un organisme possèdent une structure biochimique commune de leurs substances albuminoïdes : l'unité des races et des individus paraît bien le prouver. L'hérédité est dès lors moins une transmission matérielle que la transmission d'une énergie permettant d'assimiler d'une manière toujours identique les substances albuminoïdes ingérées.

Cette théorie énergétique facilite la compréhension de la prédisposition héréditaire. Chez les prédisposés à la tuberculose, par exemple, il existerait dans la structure des molécules albuminoïdes une énergie qui porterait les cellules à réagir par des phénomènes morbides à la présence de bacilles de Koch; les cellules posséderaient une impressionnabilité exagérée à l'égard de la tuberculose.

On peut démontrer du reste que l'introduction de microbes dans le sang chez les animaux ne produit pas toujours l'immunité, mais bien souvent une sensibilité exagérée à l'égard de ces microbes, sensibilité qui naturellement est toujours spécifique.

La théorie énergétique facilite aussi la compréhension de l'hérédité alcoolique.

M. Albrecht (de Francfort-sur-le-Mein). — L'expression de « déterminantes » choisie par M. Martius constitue, à mon avis, une circonlocution pour désigner quelque chose qui nous est inconnu. De plus, je crois qu'il faut se garder d'échafauder de trop belles hypothèses sur les chromosomes.

Au reste, dans beaucoup de questions touchant l'hérédité, on a été trop loin : par exemple, quand on a voulu incriminer l'intoxication du germe par l'alcool pour la diminution des facultés de lactation chez les femmes. Pour tous ces faits, il y aurait lieu d'apporter des preuves scientifiques.

M. A. Poehl (de Saint-Pétersbourg). — Je crois que le coefficient urinaire de Zerner (rapport des taux de l'acide urique et de l'acide phosphorique dans l'urine) peut nous indiquer, pour les échanges nutritifs et les altérations germinatives toxiques, la valeur d'un des éléments que M. Martius appelle « déterminantes ».

Ce coefficient est constant pour l'individu. Il est élevé dans tous les cas où existent des anomalies des échanges nutritifs, accompagnées d'une diminution de la respiration des tissus.

J'ai constaté que ce coefficient peut être abaissé quand on agit sur la respiration des tissus, c'est-à-dire quand on augmente l'alcalinité du sang. Or, on réussit assez facilement à l'abaisser dans l'alcoolisme, le diabète, la goutte lorsqu'il s'agit d'affections acquises; mais il y a des individus chez lesquels ce coefficient ne peut guère être influencé; chez ces derniers, il existe une prédisposition héréditaire.

M. Lorand (de Carlsbad). — J'attire votre attention sur l'influence de la glande thyroïde au point de vue de l'hérédité : d'une part, les descendants d'animaux auxquels on a extirpé la thyroïde sont débiles et peu développés; d'autre part, l'hérédité du goitre exophtalmique est démontrée.

J'ajouterai que dans certains cas de syphilis et de malaria, les arrêts de développement me paraissent ressortir à l'état héréditaire de la glande thyroïde plutôt qu'à la maladie elle-même.

M. Lüthje (de Tubingue). — J'ai fait des expériences sur l'hérédité consanguine.

Une chienne de race saint-bernard, nourrie avec du pancréas, excrétait par ses urines 10 à 12 fois plus d'acide urique que des chiens ordinaires et avait, en outre, une affection rappelant la claudication intermittente. J'ai fait couvrir cette chienne par ses rejetons directs et par ses rejetons de la deuxième génération : tous les produits avaient de grandes quantités d'acide urique dans l'urine.

Une chienne de la deuxième génération présenta une affection d'aspect goutteux du genou, caractérisée par des cristaux que je n'ai pas encore pu identifier. D'autres rejetons offraient divers signes de dégénérescence; ils manquaient d'intelligence, avaient des troubles de la sécrétion urinaire rappelant le diabète insipide. Un d'eux était extraordinairement grand, massif et inintelligent.

M. Rothschild (de Soden-Taunus). — Le thorax paralytique me paraît avoir une grande importance dans la pathogénie de la tuberculose. Il constitue une malformation congénitale et s'observe surtout chez les enfants issus de parents tuberculeux : sur 126 cas que j'en ai observés, 111 concernaient de tels sujets.

La capacité pulmonaire, dans cette forme de thorax, est surtout diminuée par le fait que l'angle sternal est aplati et que le manubrium est soudé au corps du sternum.

M. Hofbauer (de Vienne). — Le thorax dit phtisique est acquis et peut être modifié si l'on agit sur les enfants en les exerçant à faire des inspirations profondes.

En effet, la respiration ordinaire est avant tout abdominale; les parties supérieures du thorax n'entrent en jeu que dans la respiration profonde; celle-ci produit non seulement une ventilation des alvéoles, mais aussi un afflux de lymphe et de sang. L'examen de jeunes garçons entraînés à la course, et par suite habitués à faire des inspirations forcées, m'a démontré que la partie supérieure de leur thorax était plus large que chez d'autres enfants du même âge.

M. Lennhoff (de Berlin). — Comme M. Rothschild, je crois au contraire que le thorax paralytique est congénital et héréditaire. Les enfants tuberculeux offrent tous cette malformation. Ce sont généralement des enfants d'une taille excessive. J'ai aussi trouvé que l'angle sternal est d'habitude très plat chez eux.

M. von Hansemann (de Berlin). — La constitution prédisposant à la tuberculose se révèle par deux faits palpables pour le clinicien : d'une part, la débilité et la maigreur générale, d'autre part, le thorax paralytique. En ce qui concerne ce dernier, le faible développement de l'angle sternal me paraît avoir peu d'importance; il est, à mon avis, secondaire, et c'est la sténose de l'ouverture supérieure du thorax, que l'on observe déjà chez le fœtus, qui constitue le fait principal et primitif.

D'autre part, le cartilage de la première côte se développe insuffisamment, et cette côte ne s'ossifie pas. L'articulation entre le manubrium et le corps du sternum est très rarement mobile. Enfin il peut se produire une articulation par suite d'une dissociation transversale dans la première côte : quand on constate cette lésion à l'autopsie, on trouve toujours une tuberculose pulmonaire guérie.

M. Jessen (de Davos). — Je me rallie à l'opinion qui considère le thorax paralytique comme acquis sous l'influence de toxines tuberculeuses agissant sur les muscles, les os et les cartilages.

M. Aufrecht (de Magdebourg). — Je considère le thorax paralytique comme héréditaire et congénital. D'autre part, un total de 50 autopsies m'ont conduit au même résultat que M. von Hansemann en ce qui concerne l'angle sternal. Je vais même plus loin : le thorax paralytique est d'autant plus prononcé que l'angle du manubrium avec le corps du sternum est plus aigu.

Il n'y a pas, à mon avis, de tuberculose pulmonaire héréditaire. L'hérédité tuberculeuse des enfants apparaît sous la forme de scrofulose, c'est-à-dire de tuberculose des ganglions lymphatiques du cou. En outre, les enfants ne se tuberculisent pas par inhalation; les bacilles de Koch arrivent au poumon par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques. Or, chez

les scrofuleux les ganglions lymphatiques ont tendance à se tuméfier et à donner asile aux bacilles de Koch. C'est en cela que, selon moi, consiste l'hérédité tuberculeuse.

M. Turban (de Davos). — J'ai pu me convaincre, par l'étude de plus de 100 familles de phtisiques, qu'il existe une hérédité du *locus minoris resistentiæ*. Dans la même famille, c'est toujours le poumon du même côté qui est atteint. Je ne vois pas comment on pourrait expliquer ce fait par une sténose de l'ouverture supérieure du thorax.

M. Michaelis (de Bad Rehburg). — Comme praticien, j'ai constaté qu'à la campagne la prédisposition à la tuberculose était presque régulièrement familiale (dans 70 % des cas). Je n'ai jamais observé qu'une femme saine entrant par le mariage dans une famille tuberculeuse devînt phtisique. Par contre, ses descendants sont, dans la grande majorité des cas, tuberculeux.

M. Neubürger (de Francfort-sur-le-Mein). — Je suis à même de connaître l'histoire pathologique de toute une série de familles, auxquelles mon beau-père, puis moi avons donné nos soins depuis plus de quatre-vingts ans. En me basant sur ces observations, qui embrassent parfois quatre générations, je suis persuadé que la prédisposition à la tuberculose est presque toujours héréditaire et non acquise. Mais cette hérédité tuberculeuse peut ne se manifester que dans la vieillesse : je connais des familles dont tous les membres sont devenus phtisiques passé soixante ans.

L'hérédité cancéreuse est encore plus frappante. La néphrite chronique, l'artériosclérose coronarienne, le diabète sont également héréditaires. Il y a enfin des familles entières qui sont atteintes de maladie de Basedow.

M. Müller de la Fuente (de Schlangenbad). — On a été trop loin en niant la syphilis héréditaire. Je puis vous citer le fait suivant :

Une jeune femme enceinte entre à la clinique de Munich pour blennorrhagie. Rien de syphilitique ne peut être trouvé chez elle. Au cinquième mois de la grossesse, elle est atteinte d'un exanthème syphilitique secondaire et avorte d'un fœtus syphilitique mort-né. Dans ce cas, il est indubitable que la mère a été infectée par son enfant : l'infection syphilitique a dû être transmise au plasma germinatif.

M. Stäubli (de Munich). — J'ai recherché, il y a deux ans, la quantité d'agglutinines contenue dans le sang de fœtus issus d'animaux traités par le bacille d'Eberth.

Les rejetons nés d'un père possédant des agglutinines et d'une mère dépourvue de ces substances n'avaient pas d'agglutinines dans leur sang. Au contraire, ceux dont la mère possédait des agglutinines en étaient eux-mêmes munis. Ces derniers se comportaient comme les animaux immunisés par injection d'un sérum contenant des agglutinines. Il y a donc passage des agglutinines par le placenta, et non hérédité de l'immunisation.

M. Rostoski (de Wurtzbourg). — La pilocarpine est à même d'augmenter la production des antitoxines chez un animal possédant déjà de ces substances dans son sang, et même d'en réveiller la production quand elle est éteinte. Les rejetons des animaux ainsi traités reçoivent des agglutinines par le sang et par le lait. Or, chez eux, la pilocarpine ne peut plus réveiller la production d'agglutinines quelque temps après la naissance.

L'influence des rayons de Röntgen sur le sang.

M. Linser (de Tubingue). — Des recherches expérimentales que j'ai faites avec M. Helber, il résulte que les rayons de Röntgen agissent d'une façon élective sur les leucocytes — particulièrement sur les lymphocytes —, dont ils altèrent les noyaux. Cette action sur les globules blancs se produit aussi bien au sein des organes hématopoïétiques que dans la circulation.

Les érythrocytes et l'hémoglobine ne sont, au contraire, guère atteints par les rayons de Röntgen.

Nous avons, en outre, examiné des embryons d'animaux qui avaient été exposés aux rayons de Röntgen; leur sang ne contenait pas de leucocytes. Il faut donc admettre qu'une substance leucotoxique leur avait été transmise par le sang de la mère.

M. Lefmann (de Heidelberg). — Si l'on expose aux rayons de Röntgen des animaux chez lesquels on a préalablement produit une leucocytose par des injections de pilocarpine, cette leucocytose disparaît pour reparaître quand on cesse les applications des rayons de Röntgen.

M. Heineke (de Leipzig). — J'ai observé aussi que quand on prolonge les applications des rayons de Röntgen sur les animaux, les cellules lymphatiques meurent. Sur la moelle osseuse, l'influence des rayons est très passagère : au bout de cinq ou six jours, les cellules médullaires sont presque toutes détruites, mais, peu de jours après la fin des applications röntgéniennes, elles se régénèrent; la régénération est complète en deux à trois semaines.

M. His (de Bâle). — Les rayons de Röntgen ont une action leucotoxique et leucolytique. En expérimentant sur un sujet sain, nous avons constaté que l'acide urique et l'acide phosphorique augmentaient dans les urines pendant les périodes d'application des rayons de Röntgen. Il n'est donc pas impossible que, sous l'influence de ces rayons, les leucocytes subissent une destruction.

M. Mosse (de Berlin). — J'ai pu m'assurer que si les rayons de Röntgen agissent d'une façon délétère sur les leucocytes, le nombre des érythrocytes augmente au contraire sous leur influence.

La radiothérapie de la leucémie.

M. A. Hoffmann (de Düsseldorf). — J'ai soumis 6 malades atteints de leucémie à l'action des rayons de Röntgen; 2 d'entre eux ont été traités trop peu de temps pour que je puisse en parler. Chez les 4 autres il s'agissait de la forme myéloïde; mes conclusions ne sont donc valables que pour cette forme. Dans un cas j'ai fait agir les rayons sur la rate et sur les bras; dans les 3 autres, j'ai uniquement fait des applications sur la rate. Chez ces 4 sujets, l'état général a été très rapidement modifié dans un sens favorable. La rate n'a diminué de volume qu'au bout de 5 à 10 séances.

J'ai fait presque tous les jours l'examen du sang. Dans 1 cas grave, la formule leucocytaire n'a guère été modifiée; dans 2 cas d'une gravité moyenne, le nombre des globules blancs a diminué rapidement; enfin, chez un patient légèrement atteint, le sang est redevenu normal. Les leucocytes ont diminué de nombre dès le début du traitement, sans phase préalable d'augmentation.

Dans un fait où la radiothérapie avait déterminé un abaissement considérable du nombre des leucocytes, j'ai mélangé le sérum du malade ainsi traité avec du sang d'un leucémique non encore soumis à l'action des rayons : au bout de vingt-quatre heures de séjour à l'étuve, j'ai trouvé que les leucocytes de ce sang leucémique étaient dégénérés. Je n'ai pu obtenir d'effet sur les leucocytes d'un sang non leucémique.

Je dois ajouter que la radiothérapie ne me paraît pas donner dans la leucémie des guérisons réelles, mais plutôt des guérisons symptomatiques.

M. P. Krause (de Breslau). — J'ai traité 8 cas de leucémie (à savoir 6 de leucémie myéloïde et 2 de leucémie lymphatique) par les rayons de Röntgen, en faisant des applications d'abord sur la rate, puis sur les os; les applications au niveau du foie m'ont paru n'avoir aucun effet.

Sur les 6 cas de leucémie myéloïde, 5 furent rapidement améliorés. L'état général se rétablit avant toute autre chose. Le nombre des leucocytes diminua jusqu'à revenir au taux normal. Les érythrocytes se multiplièrent en même temps que l'hémoglobine augmentait. La tumeur de la rate diminua notablement. Les malades reprirent très rapidement du poids. La sécrétion d'acide urique devint très élevée.

Pour ce qui est de la leucémie lymphatique, l'un de mes malades, très gravement atteint, mourut pendant le traitement, et je n'ai pas trouvé à l'autopsie de lésions pouvant être mises sur le compte des rayons X. Dans mon second cas, j'ai vu les leucocytes diminuer, les tumeurs lymphatiques disparaître, mais le malade n'augmenta pas de poids.

Dans la pseudo-leucémie, les résultats ne sont, en général, pas aussi probants. Chez un enfant, cependant, le résultat fut excellent; mais dans un second cas, concernant un garçon de six ans, je n'obtins aucune amélioration. Sur des tumeurs de la rate provenant d'une autre cause, les rayons de Röntgen n'ont eu non plus aucun effet; en particulier, un lymphosarcome n'a pas réagi.

Je crois, comme M. Hoffmann, qu'il ne s'agit dans la leucémie que de guérisons symptomatiques.

M. Arnsperger (de Heidelberg). — Mon expérience porte sur 4 cas de leucémie myéloïde et 2 de leucémie lymphatique. Les premiers réagirent mieux que les seconds; de même, les leucémies sans symptômes généraux sont plus nettement influencées que les autres. J'ai pu aussi constater que l'action des rayons de Röntgen persiste après la cessation des applications.

Dans un cas de leucémie lymphoïde, les tumeurs lymphatiques se résorbèrent sous l'influence des rayons; la splénomégalie et les leucocytes réagirent favorablement, mais l'état général ne s'améliora pas; les érythrocytes diminuèrent même de nombre.

M. Türk (de Vienne). — Il faut se garder d'un trop grand enthousiasme, en matière de traitement de la leucémie. L'arsenic nous a aussi donné dans certains cas des résultats brillants. C'est ainsi que j'ai traité un leucémique par l'arsenic à haute dose pendant plusieurs mois : la tumeur splénique diminua, le sang redevint normal, le poids augmenta notablement; mais brusquement le malade succomba à une leucémie lymphatique aiguë, et l'autopsie démontra que la leucémie myéloïde avait été transformée par l'arsenic en une leucémie lymphoïde. Il est possible que la radiothérapie expose aux mêmes dangers, la guérison qu'elle donne n'étant que symptomatique.

Pour ma part, j'ai obtenu par les rayons X une amélioration dans un cas de leucémie myéloïde; un malade atteint de leucémie lymphatique a réagi beaucoup mieux encore.

M. Burghart (de Dortmund). — Comme M. Türk, j'ai obtenu jadis de très bons résultats, dans la leucémie, avec l'arsenic à hautes doses, mais les malades avaient des récidives auxquelles ils succombaient. Les rayons de Röntgen constituent sans contredit le meilleur traitement de cette affection. J'ai soigné de la sorte une jeune femme gravement atteinte : au bout de trois ou quatre semaines elle pouvait reprendre son travail; la tumeur de la rate, la leucocytose avaient diminué, l'appétit était meilleur, les érythrocytes avaient augmenté de nombre.

J'attire particulièrement votre attention sur la fringale produite en pareil cas par la radiothérapie.

M. Lossen (de Strasbourg). — J'ai traité 4 cas de leucémie par la radiothérapie. Je me suis demandé si la diminution du nombre des leucocytes, sous l'influence de ce traitement, tient à la destruction de ces éléments, ou à l'arrêt de leur production. Or, l'acide urique diminue au cours du traitement, puis, dans la période de persistance de la réaction après cessation des séances radiothérapiques, il revient à un taux normal. Ce fait paraît prouver que non seulement les leucocytes du sang sont détruits, mais encore qu'il ne s'en forme pas de nouveaux, ce qui améliore notablement le pronostic.

J'ai pourtant perdu un malade pendant le traitement, c'était un cas très grave (500,000 leucocytes, grande quantité d'acide urique dans l'urine). La radiothérapie fit d'abord augmenter l'acide urique, puis, au bout de huit jours, une amélioration notable survint; on ne comptait plus que 700 leucocytes. Néanmoins, le patient succomba; l'autopsie révéla l'aspect rouge de la moelle osseuse.

M. Lenhartz (de Hambourg). — Tant que nous n'aurons pas constaté un cas de guérison persistante de la leucémie par les rayons de Röntgen, nous devrons nous garder des exagérations. Chez un garçon de dix ans ayant une leucémie grave, j'ai vu la radiothérapie faire rétrograder complètement tous les symptômes; la guérison apparente dura plusieurs semaines, durant lesquelles cet enfant augmenta de poids; subitement, il se produisit une rechute qui ramena le jeune malade au point primitif. Un nouveau traitement par les rayons de Röntgen améliora l'état général, mais ne put enrayer tous les symptômes, et cet enfant mourut de

leucémie, tout en ayant une formule leucocytaire et une rate normales.

Dans 3 autres cas, les résultats obtenus par la radiothérapie furent insignifiants ou nuls.

M. Penzoldt (d'Erlangen). — A mon avis, on doit s'en tenir, dans le traitement de la leucémie, aux applications sur la rate; les applications sur les os n'ont pas d'effet.

J'ai eu à noter quelques accidents au cours du traitement; je citerai notamment une streptococcie aiguë du cou et une gastrite phlegmoneuse.

M. Königer (d'Erlangen). — J'ai étudié la sécrétion d'acide urique pendant le traitement de la leucémie par les rayons de Röntgen. Dans 5 cas le taux de cette substance n'était pas augmenté. Puis j'ai observé une élévation de l'acide urique, de l'acide phosphorique et de l'azote. La sécrétion d'acide urique ne diminua que très lentement par rapport à l'amélioration de l'état général. Les purines me paraissent suivre les fluctuations de l'acide urique.

M. von Tabora (de Giessen). — Nous avons traité par les rayons de Röntgen 7 cas de leucémie; 2 de ces malades sont morts, l'un subitement après l'application, l'autre, lentement; 2 autres patients ne furent que fort peu améliorés; 3 enfin réagirent très favorablement. Les applications ont toujours été faites sur la région splénique.

Les émanations de radium en thérapeutique.

M. Braunstein (de Berlin). — J'ai injecté dans une tumeur de l'eau distillée chargée de l'émanation du radium; la tumeur se liquéfia à la suite de cette injection. L'émanation a donc produit une cytolyse.

J'ai pu également tuer des cultures de bacilles d'Eberth et de streptocoques au moyen de cette même eau. L'action des ferments a au contraire été réveillée par elle.

Le pouls veineux positif des anémiques.

M. von Leube (de Wurtzbourg). — Chez les anémiques on observe parfois un pouls veineux positif et centrifuge, ayant le caractère habituel du pouls veineux de l'insuffisance tricuspidienne : à l'insuffisance mitrale fonctionnelle relative des anémiques correspond en effet une insuffisance tricuspidienne analogue. Dans ces cas, on constate un souffle systolique au foyer tricuspidien avec augmentation de la matité cardiaque à droite. La cyanose et les œdèmes manquaient chez tous les sujets que j'ai observés; la stase veineuse était minime.

Il existe aussi des cas de pouls veineux positif chez des anémiques dont l'examen ne révèle pas de signes d'insuffisance tricuspidienne. L'observation d'une malade de ce genre m'a montré qu'il s'agit là d'une insuffisance tricuspidienne latente, c'est-à-dire que la valvule ne se ferme pas, de sorte que le sang reflue pendant la systole vers l'oreillette et la veine jugulaire, mais ce reflux est trop minime pour produire un bruit de souffle. Cette insuffisance tricuspidienne latente peut devenir manifeste quelques jours après le premier examen.

Le diagnostic du caractère fonctionnel d'une insuffisance mitrale sera établi, si l'on constate simultanément une insuffisance tricuspidienne sans stase veineuse notable.

De la circulation du sang chez les anémiques.

M. Mohr (de Berlin). — Les échanges organiques des anémiques ne diffèrent pas de ceux des individus sains : la consommation d'oxygène et la production d'acide carbonique sont normales chez eux. J'ai recherché les causes de cette régulation particulière.

Par plusieurs expériences, j'ai trouvé que le sang des anémiques peut contenir plus d'oxygène que le nombre des globules rouges et la teneur en hémoglobine n'en comportent; dans un cas d'hyperglobulie, j'ai par contre noté un chiffre moindre d'oxygène. L'hémoglobine ne me paraît donc pas être un corps de composition constante, puisqu'elle se montre sujette à des variations susceptibles de modifier la quantité d'oxygène qu'elle peut fixer.

En comparant l'oxygène des sangs veineux et artériel j'ai constaté, en outre, que, chez les anémiques, les tissus absorbaient proportionnellement plus d'oxygène que chez les personnes saines, car le sang veineux est très pauvre en oxygène en arrivant au cœur droit. La circulation des anémiques est parfois notablement accélérée; dans certains cas j'ai même trouvé que le volume des pulsations était augmenté.

Du mécanisme de la compensation dans les lésions valvulaires du cœur.

M. Gerhardt (d'Iéna). — J'ai étudié expérimentalement la façon dont se produit la compensation dans les lésions valvulaires.

J'ai été frappé de voir que la pression sanguine s'élevait très peu dans l'oreillette quand je comprimais l'aorte; dans la carotide elle n'était pas modifiée.

D'autre part, la pression auriculaire augmenta à peine lorsque je déchirai la mitrale, et l'examen radiographique, dans l'insuffisance mitrale humaine, montre que l'oreillette gauche n'est pas augmentée de volume; je n'y ai pas constaté de pulsation. En outre, je n'ai pu trouver une élévation de la pression dans l'oreillette droite en cas d'insuffisance tricuspidienne, même quand il y avait un pouls veineux positif. J'ai pu enfin observer expérimentalement que dans l'insuffisance aortique pure le ventricule gauche était seul mis à contribution, et non l'oreillette.

M. Volhard (de Giessen). — Dans mes travaux sur ce sujet, j'ai au contraire constaté que la pression aortique se transmet à la partie de l'oreillette correspondant à l'orifice auriculo-ventriculaire.

Lorsqu'une insuffisance mitrale est accompagnée d'insuffisance tricuspidienne, c'est un fait heureux pour le malade, la stase veineuse dans le poumon étant ainsi supprimée.

M. Moritz (de Giessen). — J'ai fait des expériences analogues à celles de M. Gerhardt, en employant une technique qui permettait la survie des animaux après la déchirure des valvules. J'ai constaté que l'insuffisance pouvait être compensée, au point que la pression redevenait normale dans les différentes cavités du cœur.

Expériences sur le cœur de l'homme artificiellement ranimé.

M. Hering (de Prague). — J'ai réussi à ranimer un cœur humain onze heures après la mort, au moyen de la méthode de Langendorff (irrigation avec la solution de Ringer). Pendant trois heures et demie, j'ai pu faire sur ce cœur toutes les expériences voulues. Les oreillettes battaient plus fréquemment que les ventricules; ceux-ci se contractaient automatiquement, parfois régulièrement, parfois irrégulièrement. L'extrasystole était fréquente. Après certaines excitations, j'ai observé des contractions fibrillaires.

Je n'ai pas pu constater un seul fait qui n'eût déjà été observé sur des cœurs de mammifères; les expériences faites sur ces derniers peuvent donc être appliquées sans réserves au cœur humain; il faut, au contraire, se garder de trop généraliser les observations faites sur le cœur de la grenouille.

M. Deneke (de Hambourg). — J'ai fait la même expérience sur une guillotinée, dont j'ai extrait le cœur dix minutes après l'exécution, J'ai d'abord irrigué le cœur avec la solution de Ringer, puis j'y ai ajouté le sang défibriné de la victime; à ce moment, les battements devinrent bien plus vigoureux.

Ces expériences, que j'ai poursuivies pendant trois heures, m'ont donné des résultats comparables à ceux obtenus par M. Hering.

Les lésions artérielles produites par les injections d'adrénaline.

M. B. Fischer (de Bonn). — Les altérations déterminées chez le lapin par les injections intraveineuses d'adrénaline rappellent l'artériosclérose : il s'agit de nécrose des éléments musculaires de la tunique moyenne, avec calcification et destruction des fibres élastiques; les réactions de mésartérite et d'endartérite ne se produisent que très tardivement.

Les lésions siègent avant tout au niveau de la crosse aortique et de l'aorte thoracique. Il existe parfois aussi de la myocardite interstitielle en foyers; souvent on trouve des hémorrhagies du muscle cardiaque.

Ces mêmes altérations s'observent chez des lapins morts de maladies cachectisantes. On peut également les produire par des injections intraveineuses de nombre de substances toxiques autres que l'adrénaline. Elles ne constituent pas à proprement parler de l'artériosclérose, mais plutôt de l'artérionécrose.

M. Külbs (de Kiel). — De petites doses d'adrénaline ont une action spasmodique qui tue le lapin en trois à cinq minutes, avec lésions d'œdème pulmonaire. Les hautes doses ont des effets paralysants et ne tuent pas l'animal, même au bout de plusieurs heures. Deux de mes lapins sont morts d'anévrysmes disséquants. Dans 2 cas, j'ai observé une paralysie des pattes de derrière, de la cystite et des foyers de dégénérescence dans la moelle. J'ajoute que, *in vitro*, on n'arrive pas à produire d'hémolyse par l'adrénaline.

M. Albrecht. — L'intérêt des lésions produites par les injections d'adrénaline réside dans ce fait qu'elles mettent en lumière le rôle du facteur mécanique dans la pathogénie des lésions artérielles : en effet, comme dans la syphilis, ces lésions se localisent presque exclusivement à la crosse de l'aorte et à l'aorte thoracique, c'est-à-dire aux points où la pression est le plus forte.

Recherches cliniques et expérimentales sur la trichinose.

M. Stäubli. — Dans 2 cas graves de trichinose, j'ai pu isoler du sang différentes espèces de microbes; il y avait donc infection mixte. Les urines de ces 2 malades présentaient la diazoréaction d'Ehrlich. Quant à la formule hématologique, j'ai constaté de la polyglobulie avec augmentation du taux de l'hémoglobine, et de l'éosinophilie.

J'ai infesté des animaux avec des trichines; l'éosinophilie n'apparut que le septième jour, c'est-à-dire lorsque les parasites quittèrent l'intestin pour envahir tout l'organisme. Avant la mort, le nombre des leucocytes baissa rapidement. Dans les cas très graves dès le début, il n'y a pas de leucocytose.

J'ai pu m'assurer que la dissémination des embryons se fait par le sang. En effet, par la centrifugation de quantités suffisantes de sang du cœur, j'ai isolé un grand nombre d'embryons.

Le chimisme du sang et de l'urine chez les brightiques.

M. Rumpf (de Bonn). — On ne peut pas considérer la rétention chlorurée comme un phénomène spécifique de la néphrite, car il existe des cas de néphrite avec œdème, rétinite albuminurique, symptômes urémiques, où les chlorures du sang et des organes sont au contraire diminués. Les exsudats néphritiques que j'ai examinés contenaient parfois beaucoup de chlorures, d'autres fois ils en renfermaient peu : des épanchements de cirrhose hépatique en contenaient davantage.

Au début de la néphrite brightique, on observe souvent une diminution de l'excrétion d'eau, mais quand le rein devient insuffisant, les différentes substances de l'urine (eau et sels) sont également retenues; le fait important, c'est la rétention des substances azotées.

D'autre part, il n'est pas légitime d'admettre que la quantité de chlore trouvée corresponde toujours à du chlorure de sodium : l'ammoniaque, qui se forme dans certains états morbides, fixe aussi du chlore. C'est ainsi qu'après ingestion de sulfate et de phosphate d'ammoniaque, j'ai pu constater que le sang contenait moins de sodium et plus de chlore, tandis que les acides des sels ammoniacaux apparaissaient dans l'urine.

Il faut donc traiter par le régime déchloruré les seuls brightiques chez lesquels il y a une augmentation notable du chlore dans le sang avec diminution des sécrétions. Pour ma part, j'estime que la prescription essentielle, c'est la suppression de la viande et la mise au régime végétarien.

La dissociation de la graisse dans l'estomac.

M. E. Meyer (de Halle-sur-Saale). — Il est connu que les graisses subissent une certaine dissociation dans l'estomac par suite d'une action fermentative du suc gastrique. J'ai pu m'assurer que le ferment lipolytique en cause

n'était pas un produit de sécrétion de la muqueuse stomacale; il s'agit plutôt du ferment pancréatique, arrivant dans l'estomac à la faveur du reflux des sucs intestinaux.

M. Volhard. — Je persiste à croire que c'est l'estomac qui produit le ferment lipolytique : je l'ai trouvé dans des extraits glycérinés de muqueuse gastrique. Mais ce ferment n'est pas soluble dans l'eau, et reste sur le filtre, lors de la filtration du contenu de l'estomac.

M. Winternitz (de Halle-sur-Saale). — On ne trouve pas le ferment en question dans l'estomac quand on lie le duodénum, ce qui me paraît prouver suffisamment qu'il s'agit d'un ferment d'origine intestinale et non stomacale.

Dr J. Karcher (de Bâle).

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Supériorité des préparations arsenicales sur les autres moyens de traitement de la fièvre récurrente.

Appelé à donner ses soins à 18 soldats atteints de fièvre récurrente, M. le docteur M. Labzine (médecin militaire russe) a institué une série d'essais en vue de se rendre compte de la valeur thérapeutique des divers médicaments préconisés contre cette affection, soit à titre de bactéricides (quinine, bleu de méthylène, composés hydrargyriques), soit comme toniques (arsenic).

Notre confrère répartit ses malades en cinq groupes : 4 hommes furent traités par l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler, à la dose quotidienne de XV gouttes; 4 autres reçurent, tous les jours, 0 gr. 12 centigr. de bleu de méthylène; le troisième groupe, composé également de 4 hommes, fut soumis à la médication hydrargyrique, sous forme de bichlorure de mercure à la dose de 0 gr. 06 centigr. par jour; 3 sujets furent traités par la quinine à la dose quotidienne de 2 grammes; enfin, les 3 derniers patients ne prirent aucun médicament et servirent, en quelque sorte, de témoins par rapport aux malades des quatre autres groupes.

Or, c'est dans les cas de la première catégorie que l'affection évolua de la façon la plus bénigne; le bleu de méthylène se montra quelque peu moins efficace que l'arsenic; quant à la quinine et au sublimé, ils ne déterminèrent pas la moindre amélioration, et l'évolution de la maladie fut même plus grave chez les individus traités par ces médicaments que chez les sujets ne recevant aucun remède.

D'une façon générale, l'influence favorable du traitement ne se traduit, d'ailleurs, que par une diminution dans le nombre des accès, l'intensité de ceux-ci et les troubles de l'état général (durée de la crise et de la période d'apyrexie, élévation de la température pendant l'accès, troubles cardiaques, pulmonaires, digestifs, etc.) restant à peu près les mêmes dans tous les cas. L'abaissement de la température fut, toutefois, plus considérable chez les malades traités par l'arsenic ou par le bleu de méthylène que dans tous les autres groupes.

Quoi qu'il en soit, comme la diminution du nombre des accès fébriles constitue, par elle-même, un résultat qui n'est pas à dédaigner, M. Labzine est d'avis que l'arsenic et, en seconde ligne, le bleu de méthylène sont particulièrement indiqués dans le traitement du typhus récurrent; quant à la quinine, elle ne mériterait aucunement la bonne réputation que lui ont créée, à cet égard, certains cliniciens.

Ajoutons que les essais dont il vient d'être question paraissent d'autant plus dignes d'être retenus qu'ils ont porté sur des soldats appartenant à un seul et même bataillon et qui, par conséquent, se trouvaient dans des conditions d'existence à peu près identiques, tant avant la maladie (alimentation, travail, repos, etc.) qu'au cours de celle-ci (régime alimentaire, soins, etc.). De plus, tous les patients avaient le même âge et étaient bien portants au moment où ils avaient commencé leur service militaire. Cela étant, notre confrère estime que les différences observées dans l'évolution de la fièvre récurrente, parmi les malades des divers groupes, ne sauraient être attribuées qu'à l'action des médicaments, lesquels variaient d'une catégorie à l'autre.

L'essence de girofle pour la désinfection chirurgicale des mains et la stérilisation du catgut.

Depuis longtemps, on cherche à remplacer dans la désinfection chirurgicale les antiseptiques habituels, à mauvaise odeur ou toxiques, par des essences dépourvues de ces inconvénients. C'est ainsi que, dès 1893, M. Lucas-Championnière a préconisé pour le pansement des plaies l'usage des essences de cannelle, de géranium et de verveine, et, il y a trois ans, un confrère italien, M. E. Calvello, a démontré tout le parti que l'on pouvait tirer, pour la désinfection des mains, d'émulsions renfermant les essences de cannelle, de thym, de géranium ou de patchouli (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 235, et 1902, p. 272).

De son côté, M. le docteur J. Clarence Webster, professeur d'obstétrique et de gynécologie au Rush Medical College de Chicago, fait, depuis l'année dernière, usage de l'essence de girofle pour la désinfection des mains. Voici comment procède notre confrère :

Les mains, préalablement brossées et savonnées pendant cinq minutes à l'eau chaude, puis séchées avec une serviette stérilisée, sont lavées pendant une minute avec de l'alcool afin d'en enlever toute humidité. Ce résultat étant obtenu, on les frotte avec de l'essence de girofle pendant quatre ou cinq minutes, et l'on termine en les lavant à l'alcool. Parfois, on ressent une certaine cuisson au moment où l'on enduit les mains d'essence, et l'alcool peut provoquer le même phénomène, voire à un degré plus marqué encore, sans d'ailleurs qu'il en résulte jamais aucun inconvénient pour l'intégrité de l'épiderme.

A l'instigation de M. Webster, M. le docteur E. Rosenow (de Chicago) a institué une série de recherches en vue d'établir expérimentalement l'efficacité de l'essence de girofle employée dans les conditions précédentes. Dans ce but, notre confrère a pratiqué sur gélose et en bouillon des ensemencements avec les débris d'épiderme qu'il recueillait en raclant les différentes régions des mains et des doigts à l'aide d'un gros fil de cuivre, aplati en forme de lame sur une longueur de 2 centimètres.

Or, tandis que les ensemencements pratiqués immédiatement après le simple brossage et savonnage de la peau ont donné par culture une moyenne de 450 colonies, l'essence de girofle a réduit cette moyenne à 0.04 sur 45 expériences. Ce serait là un résultat supérieur à celui qu'on obtiendrait avec une solution de sublimé à 1 pour 2,000, puisque 25 essais faits avec ce liquide ont fourni à M. Rosenow une moyenne de 21 colonies par culture.

Ayant d'autre part constaté que des fils de soie contaminés avec des microbes pathogènes même très résistants devenaient entièrement stériles après une immersion de trente minutes dans l'essence de girofle, M. Webster a eu l'idée de recourir à cette substance pour la stérilisation du catgut destiné à un usage chirurgical. Les fils en question, coupés à une longueur convenable et enroulés, sont laissés dans l'essence pendant huit jours; on les en retire ensuite avec des pinces stérilisées, on les débarrasse de l'excédent d'essence en les plaçant entre deux compresses et on les met à dégorger pendant six à huit heures dans de l'alcool à 95°. On replace ensuite le catgut entre deux compresses afin de laisser évaporer l'alcool, et on le conserve à sec.

Les résultats obtenus par M. Webster avec l'esssence de girofle lui ont paru si satisfaisants qu'il a abandonné tous les autres procédés de stérilisation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 avril 1905.

La paralysie générale d'origine syphilitique.

M. Raymond. — Outre les faits où l'on constate sur le même cerveau les lésions de la syphilis et de la paralysie générale, je tiens à attirer l'attention sur la coexistence fréquente, chez le paralytique général vivant, des symptômes caractéristiques de sa maladie mentale et des symptômes non moins expressifs d'une syphilis en pleine activité, si bien qu'on voit évoluer côte à côte la maladie génératrice et celle qui, à mon sens, en dérive.

La même démonstration peut être faite avec encore plus de preuves à l'appui pour le tabes. C'est qu'en effet, à mon sens, le tabes et la paralysie générale sont deux sœurs jumelles, malgré leurs localisations anatomiques différentes, et ce qui est applicable à l'ataxie locomotrice l'est aussi à la méningo-encéphalite diffuse. Voici un exemple très net de cette parenté :

Deux frères prennent la syphilis vers la vingtième année; l'un surmène son cerveau par un travail intellectuel acharné : il commence, à trente-deux ans, une paralysie générale; l'autre, un joyeux viveur, malmène surtout sa moelle par des excès de coït : il devient tabétique à peu près à l'âge où son aîné entrait dans la méningo-encéphalite diffuse. L'hérédité était bien la même pour tous les deux, et il est certain que l'un et l'autre auraient échappé à leur maladie s'ils n'avaient pas contracté la syphilis.

Autrefois, l'étiologie du tabes a été aussi discutée et à l'aide des mêmes arguments que celle de la paralysie générale; aujourd'hui elle n'est plus guère contestée et, en ce qui me concerne, je déclare que je n'ai pas vu depuis plusieurs années un seul cas authentique, indiscutable de tabes vrai, sans intervention de la syphilis.

Les faits de tabes juvénile comportent les mêmes enseignements que ceux de paralysie générale juvénile : dans les deux cas, à la base de l'affection, on trouve la syphilis héréditaire ou la syphilis acquise.

En résumé, je crois à l'existence de deux grandes causes dans l'étiologie du tabes et de la paralysie générale, à savoir l'hérédité et la syphilis, et c'est la notion d'hérédité qui permet de comprendre pourquoi tous les syphilitiques ne deviennent pas paralytiques généraux; mais je reste également convaincu que, de ces deux causes, c'est la syphilis qu'il faut placer au premier plan.

M. Fournier. — Comme arguments favorables à la thèse que je soutiens, je puis citer la paralysie générale dite conjugale, les paralysies générales familiales, enfin les cas particulièrement suggestifs où la paralysie générale semble suivre la syphilis communiquée par un sujet à plusieurs autres.

D'autre part, il est hors de doute que la descendance des paralytiques généraux offre tous les caractères de la descendance des syphilitiques, à laquelle elle se superpose de point en point, et cela parce qu'en réalité la syphilis est en cause dans les deux cas.

J'aurais pu invoquer encore, en faveur de l'origine spécifique de la paralysie générale, l'argument de M. Babinski qui considère l'abolition du réflexe pupillaire à la lumière comme un signe presque pathognomonique de syphilis héréditaire ou acquise.

On a soutenu, il est vrai, que la paralysie générale ne saurait être assimilée à la syphilis, parce que ses lésions n'ont pas la spécificité de celles de la syphilis : je l'accorde volontiers, mais le lupus est bien manifestement de nature tuberculeuse et cependant ses lésions sont loin d'être la reproduction exacte, parfaite de celles de la tuberculose ordinaire.

Il y a plus : M. Hallopeau a décrit, sous le nom de tuberculides, des altérations cutanées exemptes de bacilles tuberculeux. Enfin, tout récemment, MM. Bernard et Salomon ont soutenu que la tuberculose était susceptible de provoquer des lésions qui n'ont aucun des caractères propres au follicule tuberculeux prétendu spécifique.

Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la syphilis? Pourquoi, sous des conditions spéciales et sous l'influence de causes inconnues, la syphilis ne se traduirait-elle pas par un processus anatomique différent de celui qui lui est habituel?

A mon avis, la syphilis, en effet, n'est pas seulement responsable du groupe d'accidents qu'on lui rattache sous le nom d'accidents spécifiques; elle commande encore nombre d'autres manifestations morbides qui, pour n'avoir plus rien de syphilitique comme nature, n'en restent pas moins syphilitiques d'origine, puisqu'elles sont issues, nées de la syphilis. C'est à ce groupe d'accidents que j'ai proposé d'appli-

quer le nom d'affections parasyphilitiques et leur ensemble compose la parasyphilis. Entre tous ces types parasyphilitiques, la paralysie générale constitue avec le tabes un des plus communs et, sans conteste, un des plus graves.

M. Lancereaux. — Au début de mes études sur la syphilis viscérale, j'admettais la possibilité de l'origine syphilitique du tabes et de la paralysie générale; mais plus tard, ayant appris à mieux connaître les lésions de la syphilis, je dus changer d'opinion en présence des caractères constants et de l'évolution spéciale de ces lésions.

C'est alors seulement qu'il me fut démontré que le critérium le plus certain des manifestations de la syphilis résidait dans la lésion anatomique; celle-ci est, en effet, la réaction la plus caractéristique de l'organisme vivant en présence de l'agent spécifique, réaction aussi nette et positive que celle de deux corps chimiques en présence l'un de l'autre.

Or, les lésions de la péri-encéphalite diffuse sont diffuses et progressives; par contre, celles de la syphilis à la période tertiaire sont circonscrites et dégénératives.

En conséquence, il est impossible d'admettre l'identité de nature de la paralysie générale et de la syphilis.

Dès lors, puisque ces deux affections sont de nature différente, rien n'autorise à avoir recours à la médication spécifique chez les paralytiques généraux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 avril 1905.

Néphrotomie pour anurie calculeuse dans un cas de rein unique.

M. Tuffier. — Je dois vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été adressée par M. Guibal (de Béziers). Il s'agit d'un cas d'anurie consécutive à des coliques néphrétiques, chez un homme de cinquante ans, qui avait souffert successivement à gauche et à droite. Appelé huit jours après le début des accidents, notre confrère constata l'existence d'un hydrothorax du côté droit et d'une ascite assez considérable; le lendemain il pratiqua sur le rein droit une néphrotomie qui fut suivie de l'émission d'une quantité considérable d'urine par la plaie lombaire; deux mois plus tard, deux petits calculs furent expulsés par l'urèthre.

M. Guibal pense que son malade avait un rein unique et était atteint d'anurie réflexe. Toutefois, cet homme ayant souffert antérieurement du côté gauche, on peut supposer que le rein de ce côté ne fonctionnait plus et que seul le rein droit était en état de sécréter. Quant à l'origine réflexe de l'anurie, elle me paraît également discutable, car l'expulsion de deux petits calculs par l'urèthre donne le droit de penser qu'il y a eu oblitération réelle de l'uretère.

M. Félizet lit un rapport sur une observation de M. Villemin, relative à un cas d'adénome des vésicules ciliées, annexées au corps thyroïde.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 avril 1905.

Méningisme et puérilisme mental.

M. Ménétrier. — J'ai observé récemment une infirmière qui fut atteinte, au cours d'une grippe, de troubles nerveux assez graves pour simuler une détermination méningée. Au moment de la défervescence, ces accidents disparurent et furent remplacés par des troubles psychiques revêtant la forme que M. Dupré a décrite sous le nom de puérilisme mental. Ces phénomènes cédèrent à leur tour assez vite et la patiente se rétablit complètement.

Peut-être faut-il chercher l'explication du méningisme de cette malade, qui était manifestement hystérique, dans le fait qu'elle avait vu plusieurs de ses frères et sœurs mourir sous ses yeux de méningite tuberculeuse. En tout cas, cette observation, jointe à quelques autres analogues qu'il m'a été donné de recueillir au cours de la dernière épidémie, tendrait à faire admettre qu'il faut attribuer un rôle important aux tares névropathiques dans la production des accidents pseudo-méningitiques de certaines grippes nerveuses.

Infection généralisée mortelle à gonocoques et à staphylocoques.

M. Courtois-Suffit relate l'observation d'un homme qui, à la suite d'une intervention bénigne sur l'urèthre et de plusieurs cathétérismes, présenta tous les signes d'une infection généralisée avec suppurations multiples au niveau des muscles de la jambe et du bras droits, du testicule et de l'épididyme gauches, etc. Le pus de ces abcès, ainsi que le sang examiné pendant la vie, contenait des staphylocoques en grande quantité, mais on constata, en outre, la présence de gonocoques dans le pus de quelques abcès, ceux notamment du testicule et de l'épididyme. Le malade succomba rapidement à ces accidents septicémiques.

Rétrécissement mitral avec embolies multiples dans le territoire de l'aorte abdominale.

M. Claisse communique l'observation d'une femme de cinquante-deux ans, asystolique, chez laquelle existait un rétrécissement mitral, consécutif à une ancienne endocardite rhumatismale.

Le troisième jour, sans cause appréciable, survint brusquement une violente douleur dans l'abdomen, au niveau du cæcum et autour de l'ombilic, douleur accompagnée bientôt de selles sanguinolentes. On porta le diagnostic d'embolie mésentérique. Peu de temps après cet accident, la circulation dans les membres inférieurs était interrompue, et la malade ne tardait pas à succomber.

A l'autopsie, on constata un rétrécissement de l'orifice mitral, ainsi que des lésions nécrotiques très étendues de l'intestin. En disséquant l'aorte abdominale et ses branches, on trouva des caillots multiples, notamment dans la splénique, la rénale gauche, la mésentérique supérieure. Le tronc de l'aorte était également obstrué au niveau de sa bifurcation par un caillot volumineux.

Traitement de l'arthropathie blennorrhagique du genou.

M. Queyrat présente un homme de trente et un ans qui a été traité, pour une arthrite blennorrhagique du genou, par la ponction de l'articulation suivie immédiatement de l'application de pointes de feu. Le membre fut ensuite enveloppé de ouate et immobilisé dans une gouttière. Au bout de dix jours, une nouvelle application de pointes de feu eut lieu et presque immédiatement après on commença à mobiliser la jointure. Cinquante-trois jours après le début de ce traitement, le patient, complètement guéri, pouvait monter à bicyclette.

D'après l'orateur, c'est en ponctionnant régulièrement et de bonne heure les arthropathies blennorrhagiques du genou qu'on a le plus de chances d'éviter aux malades la raideur articulaire et l'ankylose.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 avril 1905.

Cirrhoses biliaires d'origine éberthienne.

MM. Gilbert et **Lereboullet.** — Parmi les conséquences de l'infection éberthienne des voies biliaires, à côté de la lithiase biliaire et des angiocholites catarrhales, il faut faire une place à la cirrhose biliaire. Nous avons en effet observé plusieurs cas de cette affection où une fièvre typhoïde antérieure paraissait avoir joué un rôle déterminant.

L'intervalle souvent assez considérable qui, dans ces faits, sépare la fièvre typhoïde du début apparent de la cirrhose biliaire, ne peut surprendre quand on le rapproche de celui — parfois fort long — qu'on observe entre la fièvre typhoïde et certaines de ses complications, comme l'ostéomyélite ou la lithiase biliaire.

Chez un de nos malades, du reste, des symptômes biliaires ont apparu presque immédiatement après la fièvre typhoïde, et cependant la cirrhose n'a été constituée que neuf ans plus tard. Dans ce cas, en outre, le séro-diagnostic, pratiqué dix ans après la fièvre typhoïde, était nettement et fortement positif.

Influence de l'orthostatisme sur le fonctionnement du rein à la fin de la grossesse.

MM. Linossier et **Lemoine.** — Nous avons montré précédemment que la position debout est défavorable au fonctionnement normal du rein, surtout quand celui-ci est insuffisant, probablement par le fait d'une légère flexion du pédicule rénal, entraînant une diminution du calibre des vaisseaux et notamment de la veine rénale (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 113).

Au cours de la grossesse, les conditions de soutien du rein sont tout à fait modifiées : on peut supposer *a priori* que l'utérus gravide qui, dans la position verticale, soutient le rein, le comprime au contraire et le refoule dans la position horizontale. C'est donc dans cette position que le fonctionnement du rein serait le plus gêné, et l'oligurie orthostatique devrait faire place à une oligurie *clinostatique*.

C'est ce que l'expérience nous a permis de vérifier dans un certain nombre de cas. La diminution de la sécrétion urinaire dans la station couchée n'est pas constante, mais, quand elle existe, elle fait place à l'oligurie orthostatique après l'accouchement et même dans les derniers jours de la grossesse, après l'engagement de la tête fœtale.

Cytologie des pleurésies cancéreuses.

M. Nattan-Larrier. — J'ai pu constater dans le liquide pleural de plusieurs malades atteints de pleurésie cancéreuse, primitive ou secondaire, la présence de bourgeons cellulaires polymorphes, de cellules réfringentes vacuolaires irrégulières à noyaux multiples et d'aspect variable. Ces épanchements se caractérisaient, en outre, par la rareté ou l'absence des placards endothéliaux, des polynucléaires et des lymphocytes et par l'absence d'éosinophiles.

Examen du sang dans l'acromégalie.

MM. Sabrazès et **Bonnes** (de Bordeaux). — Nous avons examiné le sang dans 2 cas représentant les deux types extrêmes de l'acromégalie : l'un à début juvénile, avec gigantisme, l'autre à début tardif, sans exagération de la taille.

Le sang s'écartait de la normale, dans le premier fait, par une diminution légère du taux de l'hémoglobine, par une faible leucocytose et par une lymphocytose relative et absolue très marquée. Dans le second, le taux de l'hémoglobine et le nombre des globules rouges étaient un peu au-dessus de la normale, mais la lymphocytose était également très marquée, en même temps que le nombre des leucocytes polynucléés neutrophiles était notablement réduit.

Encore un nouveau sclérostomien parasite de l'homme.

MM. A. Railliet et **A. Henry.** — Sous le nom d'*Œsophagostomum Brumpti*, nous décrivons un nouveau nématode voisin des strongles, dont M. Brumpt nous a remis 6 exemplaires, recueillis par lui dans des tumeurs du gros intestin chez un noir africain.

Le genre *Œsophagostomum* renferme déjà un certain nombre d'espèces, dont plusieurs parasites chez des primates; ces nématodes sont remarquables par leur séjour habituel, au moins pour ce qui est des formes jeunes, dans des nodules de la paroi intestinale de l'hôte. Comme on le voit, le parasite nouveau que nous décrivons n'échappe pas à cette règle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

MÉDECINE

Fleckseder (R.). Einige Beobachtungen am « gemischten » Speichel von Gesunden und von Kranken. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 14 janv.) — Sur la salive mixte des sujets normaux et des malades.

Fulton (J. S.). Is pneumonia increasing? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 janv.) — La pneumonie augmente-t-elle de fréquence?

Gibson (G. A.). Some thoughts on pleurisy. (*Brit. Med. Journ.*, 7 janv.)

Goggia (C. P.). Sul valore emoglobinico globulare. (*Gazz. degli Osped.*, 8 janv.)

Gröber (A.). Ein Beitrag zur klinischen Diagnostik der intrathorakalen Erkrankungen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 3-4.)

Haddon (J.). Diet in chronic diseases. (*Lancet*, 7 janv.) — Le régime dans les affections chroniques.

Hemmeter (J. C.). History of the clinical recognition of gastric ulcer. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 janv.)

Hofbauer (L.). Zur Frage nach der Genese des akuten Milztumors. (*Wien. med. Wochensch.*, 7 janv.) — Sur la pathogénie de l'hypertrophie aiguë de la rate.

Holmes (A. M.). The nature and significance of leucocytosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 janv.)

Hönnicke (E.). Ueber das Wesen der Osteomalacie und seine therapeutischen Consequenzen; ein Beitrag zur Lehre von den Krankheiten der Schilddrüse, nebst Bemerkungen über den seelischen Zustand bei der Knochenerweichung. In-8°, 78 p. Halle.

Huchard (H.). Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte. T. III : maladies du péricarde; maladies de l'endocarde; maladies valvulaires; affections congénitales. 3e éd. In-8°, 1011 p. avec fig.

Kahane (M.). Therapie der Darmkrankheiten. In-8°, 175 p. Vienne. — Le traitement des affections intestinales.

Kraus (F.). Einiges über funktionelle Herzdiagnostik. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5, 12 et 19 janv.) — Sur le diagnostic fonctionnel du cœur.

Law (C. K.). Some irregular features of lobar pneumonia. (*Med. News*, 28 janv.)

Leclerc (F.) et **Beutter** (Ch.). Un cas d'embolie de l'artère mésentérique supérieure. (*Lyon méd.*, 15 janv.)

Le Dantec (A.). Précis de pathologie exotique (maladies des pays chauds et des pays froids). 2e éd. In-18, 1291 p. avec fig.

Lefas (E.). Sur la présence de corpuscules spéciaux dans un cas d'anémie grave. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

Lemoine (G.). Traité de pathologie interne. T. Ier : maladies infectieuses; nutrition; sang; voies respiratoires; organes de la circulation. In-8°, 1016 p. avec fig.

Libensky (V.). Nekolik poznámek ku dychání typu Cheyne-Stokesa. (*Sbornik klinicky*, VI, 2.) — Sur la respiration de Cheyne-Stokes.

Löning (K.). Das Verhalten der Kohlensäure im Magen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 1-2.) — Comment se comporte l'acide carbonique dans l'estomac.

Lossen (H.). Die Bluterfamilie Mampel in Kirchheim bei Heidelberg; 2. Bericht. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 1.) — Une famille d'hémophiles à Kirchheim près Heidelberg.

Lovera (B.). Sopra un caso di pneumonite apiretica. (*Gazz. degli Osped.*, 1er janv.)

Maixner (E.). Nekteré zkusenosti o angina pectoris. (*Casopis lékaru ceskych*, 1er, 7 et 14 janv.)

Manges (M.). The abuse of water drinking in disease. (*New York Med. Journ.*, 21 janv.) — Les inconvénients pour les malades de boire de l'eau en grande quantité.

Mense (C.). Handbuch der Tropenkrankheiten. T. Ier. In-8°, 354 p. avec fig. Leipzig. — Traité des maladies des pays chauds.

Moffatt (C. W. P.). Myelopathic albumosuria. (*Lancet*, 28 janv.)

Moreau (F.). Diagnostic des splénomégalies primitives dites idiopathiques. (*Montpellier méd.*, 22 janv.)

MALADIES INFECTIEUSES

Hellström (Th.). Morbilli och difteri. (*Hygiea*, janv.)

Iversen (J. G.). Ueber die Schwankungen des Agglutinationsvermögens des Serums im Verlaufe des Typhus abdominalis; eine klinisch-bakteriologische Studie. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIX, 1.) — Sur les variations du pouvoir agglutinatif du sérum dans la fièvre typhoïde.

King (H. M.). On the healing of tuberculosis (clinical features). (*Med. Record*, 7 janv.)

Laubenheimer (K.). Ueber die diagnostische Bedeutung der baktericiden Eigenschaften des Blutserums Typhuskranker. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 1-2.) — Valeur diagnostique des propriétés bactéricides du sérum sanguin des typhoïdiques.

Lemoine (G.). Hémoptysies chez les tuberculeux. (*Nord méd.*, 15 janv.)

Maas (K.). Ein Fall von Lyssa humana. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 janv.)

Mendonça (A.). Etiologia da variola. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 janv.)

Moussous (A.) et **Cruchet** (R.). Sur une forme clinique des paralysies de la coqueluche. (*Arch. de méd. des enfants*, janv.)

Patoir (J.) et **Dehon** (M.). Méningite séreuse à rechutes; présence du méningocoque dans le liquide céphalo-rachidien sans réaction méningée. (*Echo méd. du Nord*, 15 janv.)

Presslich (W.). Einiges über Endokarditis bei Influenza. (*Wien. med. Presse*, 8 et 15 janv.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Eulenburg (A.). Ueber Nerven- und Geisteskrankheiten nach elektrischen Unfällen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 et 16 janv.) — Sur les affections nerveuses et mentales consécutives aux accidents par l'électricité.

Finckh (J.). Beiträge zur Lehre von der Epilepsie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 2.)

Freud (S.). Ueber Psychotherapie. (*Wien. med. Presse*, 1er janv.)

Göppert (F.). Drei Fälle von Pachymeningitis hæmorrhagica mit Hydrocephalus externus. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 1.)

Gowers (Sir William R.). On the pains of tabes. (*Brit. Med. Journ.*, 7 janv.) — Sur les douleurs des tabétiques.

Hoisholt (A. W.). The mental states associated with chorea. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Huismans (L.). Encephalomyelitis hæmorrhagica disseminata acuta unter dem Bilde der aufsteigenden Spinalparalyse. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 janv.)

Link (R.). Klinische Untersuchungen über den Muskeltón. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 janv.)

Löwy (M.). Ein Blutdrucksymptom der zerebralen Arteriosklerose, nebst Bemerkungen über Sensibilitätsstörungen bei der zerebralen Arteriosklerose. (*Prag. med. Wochensch.*, 12 et 19 janv.)

Marandon de Montyel (E.). Considérations sur la démence précoce. (*Journ. de neurol.*, 5 et 20 janv.)

McKennan (T. M. T.) et **Walker** (W. K.). Homicide by a boy during a state of somnambulistic automatism. (*Med. News*, 28 janv.)

Mendel (K.). Zur Paralyse-Tabes-Syphilisfrage. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er janv.)

Meyer (E.). Aus der Begutachtung Marine-Angehöriger. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 2.) — L'examen [mental] des marins.

Pagenstecher (H.). 3 Fälle von posttraumatischer chronischer spinaler Amyotrophie mit Berücksichtigung der übrigen ätiologischen Momente. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, janv.)

Pick (A.). Studien über motorische Apraxie und ihr nahestehende Erscheinungen; ihre Bedeutung in der Symptomatologie psychopathischer Symptomenkomplexe. In-8°, 129 p. avec fig. Vienne.

Räcke. Zur Abgrenzung der chronischen Alkoholparanoia. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 2.) — Sur la définition du délire systématisé chronique d'origine alcoolique.

Raymond (F.), **Huet** et **Alquier**. Paralysie faciale périphérique due à un fibrosarcome englobant le nerf à sa sortie du bulbe. (*Arch. de neurol.*, janv.)

Rosenfeld (M.). Ueber Herdsymptome bei den zur Verblödung führenden Psychosen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 1-2.) — Sur les symptômes de localisation dans les psychoses menant à la démence.

Rossi (A.). Contributo allo studio dell'eziologia della paralisi facciale periferica. (*Policlinico*, 1er janv.)

Sforza (N.). Miopatia primitiva e deficienza mentale. (*Policlinico*, partie méd., XII, 2.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Mazza (G.). Appunti sul pemfigo e pemfigoidi. (*Clinica moderna*, 4 janv.)

Schlesinger (E.). Beziehungen und Vergleiche zwischen dem Erythema nodosum und dem Erythema exsudativum multiforme im Kindesalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 4-6.) — L'érythème noueux et l'érythème exsudatif polymorphe chez l'enfant.

Shaw (H. L. K.). Erythema infectiosum. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Söllner. Ein Fall von systematisierter Lichenifikation, als Beitrag zur Kenntnis metamerischer Hautaffektionen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIII, 1.)

Spitzer (L.) et **Jungmann** (A.). Ergebnisse von 240 operirten Lupusfällen nebst Bemerkungen zur modernen Lupusbehandlung. In-8°, 205 p. avec fig. Vienne.

Thiemann (H.). Ein Fall von Nephritis syphilitica acuta. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 janv.)

Wilson (A. G.). 3 cases of hereditary hyperkeratosis of the nail-bed. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, janv.)

Zumbusch (L. R. von). Ueber 2 Fälle von Pemphigus vegetans mit Entwicklung von Tumoren. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIII, 1.)

PARASITOLOGIE

Catto (J.). Schistosoma Cattoi, a new blood fluke of man. (*Brit. Med. Journ.*, 7 janv.)

Cohn (E.). Ueber unsere Kenntnis der mit dem Carcinom in ursächliche Verbindung gebrachten tierischen und pflanzlichen Mikroorganismen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 1-2.) — Sur les microorganismes de nature animale ou végétale auxquels a été attribué un rôle dans la pathogénie du cancer.

Donovan (C.). Human piroplasmosis. (*Lancet*, 10 sept. 1904 et 21 janv.)

França (C.). Um caso de trypanosomiase. (*Porto medico*, janv.)

Goldman (H.). Die Infektion mit dem Ankylostoma hominis infolge Eindringens der Larven in die Haut. (*Wien. med. Wochensch.*, 7 janv.) — L'infestation ankylostomiasique par pénétration cutanée des larves.

Lesage (A.). Culture de l'amibe de la dysenterie des pays chauds. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

Sandler (A.). Trichocephaliasis mit tödlichem Ausgang. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 janv.) — Trichocéphalie avec issue fatale.

Tietze (A.). Ein Protozoenbefund in einer erkrankten Parotis. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 3.) — Présence de protozoaires dans une parotide malade.

CHIRURGIE

Hammond (L. J.). Congenital elongation of the left lobe of the liver. (*Ann. of Surgery*, janv.) — Allongement congénital du lobe gauche du foie.

Hedges (B. Van D.). Marked mental improvement following operation for depressed fracture of skull. (*Med. Record*, 28 janv.) — Amélioration de l'état mental après intervention chirurgicale dans un cas de fracture du crâne avec dépression.

Hill (C. D.). Diagnosis of diseases of the upper abdominal region; a plea for earlier surgical interference. (*Med. News*, 28 janv.) — Diagnostic des affections de la région supérieure de l'abdomen.

Hupp (F. Le M.). Penetrating wounds of the abdomen : report of six cases of gunshot and stab wounds of the abdomen. (*Ann. of Surgery*, janv.) — 6 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen.

Imbert (L.). Précis de thérapeutique chirurgicale. In-18, 941 p. avec fig.

Kehr (H.). Die in meiner Klinik geübte Technik der Gallensteinoperationen mit einem Hinweis auf die Indikationen und die Dauererfolge; auf Grund eigener bei 1,000 Laparotomien gesammelter Erfahrungen. In-8°, 847 p. avec fig. Munich. J. F. Lehmann. — Technique opératoire dans les interventions pour lithiase biliaire; indications et résultats éloignés d'après 1,000 laparotomies.

Korteweg (J. A.). Kan tendovaginitis crepitans gevolg zijn van een ongeval of is het steeds een bedrijfsziekte? (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 21 janv.) — La tendovaginite crépitante peut-elle être consécutive à un accident ou est-elle toujours une maladie professionnelle?

Krenitzky (I.). Contribution à l'étude de l'échinocoque multiloculaire de la cavité abdominale (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 22 janv.)

Krogius (A.). Ein Wort für die radicale operative Behandlung des chronischen Magengeschwürs. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 4.) — Sur le traitement chirurgical de l'ulcère chronique de l'estomac.

Kroner (M.). Erfahrungen über Friedensschussverletzungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 3.) — Des blessures par coups de feu en temps de paix.

Lasek (F.). Príspevek k narkose skopolaminmorfiové. (*Casopis lékaru ceskych*, 7 janv.)

Leser (E.). Zur Behandlung des Karzinoms des Magens und Darms. (*Med. Klinik*, 15 janv.) — Traitement du cancer de l'estomac et de l'intestin.

Lévai (J.). Ueber zwei geheilte Fälle von Ascites in Folge von Lebercirrhose; Beitrag zur Talma'schen Operation. (*Pest. med.-chir. Presse*, 1er janv.) — 2 cas d'ascite par cirrhose du foie; opération de Talma; guérison.

Loison et **Simonin**. Deux cas de cancer du rectum. (*Marseille méd.*, 1er et 15 janv.)

Low (V. W.). On Richter's hernia. (*Lancet*, 28 janv.)

Magrassi (A.). L'intervento chirurgico nelle pleuriti purulente dei bambini. (*Pediatria*, janv.)

Maragliano (D.). Sulla recidiva del carcinoma gastrico. (*Policlinico*, partie chir., XII, 1.)

Marchetti (O.). Sopra un caso di osteoma traumatico del muscolo brachiale anteriore. (*Clinica moderna*, 11 janv.)

Martin (M.). Die Anästhesie in der ärztlichen Praxis. In-8°, 35 p. Munich. J. F. Lehmann. — L'anesthésie locale.

Maylard (A. E.). Hepato-cholangio-jejunostomy for complete cicatricial obstruction of the hepatic and common ducts. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Mohr (H.). Bauchbrüche in der weissen Linie ohne objektiven Untersuchungsbefund. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 3.) — Hernies de la ligne blanche sans signes physiques.

Monnier (E.). Ueber einen seltenen Befund bei Appendicitis : Fibromyxom des Wurmfortsatzes. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er janv.) — Sur un cas de fibromyxome de l'appendice.

Mosetig-Moorhof (von) et **Jones** (B. S.). Experiences with iodoform bone plugging. (*Lancet*, 21 janv.) — Recherches expérimentales sur le plombage des os à l'iodoforme.

Müller (G.). Ein Fall von traumatischer Osteomyelitis. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, janv.)

Niemack (J.). Contribution to the surgery of gastric ulcer. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Nobe. Beitrag zur acuten Erkrankung der Bauchspeicheldrüse. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 3.) — Sur la pancréatite aiguë.

Nutt (J. J.). Differentiation in the diagnosis of non-deforming club foot. (*New York Med. Journ.*, 14 janv.) — Diagnostic différentiel du pied bot.

Ogilvy (C.). Some painful affections of the feet; diagnosis and treatment. (*Med. Record*, 21 janv.) — Diagnostic et traitement de quelques affections douloureuses des pieds.

Oppel (V.). Du traitement de la méningite cérébrale purulente (en russe). (*Roussk. Vratch*, 15 janv.)

Otto (R.). Ueber einen Fall von Endotheliom des Mediastinums und der Pleura mit Uebergreifen auf die Leber. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 21 et 28 janv.)

Parker (R.). On the treatment of appendicitis, with and without operation. (*Brit. Med. Journ.*, 21 janv.)

Passaggi (A.). Invaginazione ileo-cecale cronica. (*Policlinico*, partie chir., XII, 1.)

Pettit (A.) et **Mouchet** (A.). Sur un lymphadénome à évolution irrégulière. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

UROLOGIE

Metcalf (W. F.) et **Safford** (H. E.). A case of carcinoma of the ureter apparently induced by a calculus lodged in its juxtavesical portion. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Moleen (G. A.). A recurrent perinephritic abscess of 26 years' standing and presenting a clinical picture of Addison's disease. (*New York Med. Journ.*, 28 janv.)

Planer. Spindelzelliges, hydropisch degeneriertes Sarkom des Ligamentum latum und der Harnblase; Heilung per laparotomiam und Resektion der Harnblase. (*Wien. med. Presse*, 22 janv.) — Sarcome fusiforme du ligament large et de la vessie; guérison; laparotomie et résection de la vessie.

Plessi (A.). Il potere riduttore delle urine nelle pleuriti, peritoniti e tubercolosi polmonare. (*Gazz. degli Osped.*, 15 janv.)

Presslich (W.). Eine einfache Probe auf Gallenfarbstoffe. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 janv.) — Un procédé simple de recherche des pigments biliaires.

Ráskai (D.). Untersuchungen über die Aetiologie der Cystitis. (*Monatsberichte für Urologie*, X, 1.)

Ruggi (G.). Intorno all'eliminazione del bleu di metilene prima e dopo la nefropessi. (*Policlinico*, 29 janv.)

Schmid (J.). Ueber die quantitative Hippursäurebestimmung nach Pfeiffer und über das Schicksal der Chinasäure im Organismus. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 21 janv.) — Sur le dosage de l'acide hippurique d'après la méthode de Pfeiffer et sur le sort de l'acide quinique dans l'organisme.

Stauder (A.). Nephrektomie eines Falles von vereiterter multilokulärer Cystenniere. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 janv.)

Strzyzowski (C.). Une réaction de l'urine diabétique, facile à réaliser dans la pratique (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 22 janv.)

Symmers (D.). A contribution to the knowledge of the excretion of organic phosphorus in the urine in certain pathological conditions. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, janv.)

Wilder (J. A.). Primary sarcoma of the bladder. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.) — Sarcome primitif de la vessie.

Zaaijer (J. H.). Untersuchungen über den funktionellen Wert der sich nach Entkapselung neubildenden Nierenkapsel. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 3.) — Valeur fonctionnelle de la capsule néoformée à la suite de la décapsulation du rein.

OPHTALMOLOGIE

Fazio (G.). Sulla paralisi isolata ed unilaterale dell'oculo-motore comune di origine sifilitica. (*Gazz. degli Osped.*, 22 janv.)

Fox (L. W.). Contraction of the visual field, a symptom of anesthesia of the retina in children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 janv.) — Rétrécissement du champ visuel en tant que signe d'anesthésie de la rétine chez les enfants.

Ginestous (E.). Du traitement de l'ophtalmie phlycténulaire par la levure de bière. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 15 janv.)

Gould (G. M.). Subnormal accommodation and premature presbyopia. (*Amer. Medicine*, 21 janv.)

Gourfein. Le rôle des microorganismes saprophytes dans les infections post-opératoires de l'œil. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

Greeff (R.). Die Echinococcuskrankheit des Auges. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 janv.) — Kyste hydatique de l'œil.

Haab (O.). Atlas-manuel des maladies externes de l'œil. (2e éd. française par A. Terson.) In-16, 316 p. avec fig. et planches.

Hubbell (A. A.). Blindness and oculomotor palsies from injuries not involving the optic or oculomotor nerves. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 janv.) — Amaurose et paralysies consécutives à des accidents n'intéressant ni le nerf optique ni les nerfs oculomoteurs.

Knapp (H.). Syphiloma of the ciliary body. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 janv.)

Rogman. Sur la curabilité de la sidérose de l'œil. (*Ann. d'oculist.*, janv.)

Sattler (H.). Behandlung der Netzhautablösung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 et 12 janv.) — Traitement du décollement de la rétine.

Schweinitz (G. E. de) et **Carpenter** (J. T.). The ocular symptoms of lesions of the optic chiasm. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 14 janv.)

Theobald (S.). The genesis of sympathetic ophthalmitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 janv.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Kocks (J.). Der suboccipito-frontale Kopfumfang. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 janv.) — Le périmètre sous-occipito-frontal de la tête fœtale.

Kouwer (B. J.). Stoornis der baring door hydrocephalus der vrucht. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 28 janv.) — Dystocie par hydrocéphalie fœtale.

Kriwski (L. A.). Zur Kasuistik des wiederholten Kaiserschnitts. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Sur l'opération césarienne itérative.

Lenormant (Ch.). Trois cas d'hystérectomie pour kystes de l'ovaire; indications de la castration abdominale totale dans le traitement des néoplasmes annexiels. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, janv.)

Leroy (M.). Aphasie transitoire et hémiplégie droite au cours d'une infection puerpérale staphylococcique. (*Echo méd. du Nord*, 15 janv.)

Mansourov (N.). Un cas rare de corps étranger du vagin (en russe). (*Prakt. Vratch*, 29 janv.)

Martin (G.). Stillvermögen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 3.) — Sur la faculté d'allaiter.

Mellish (E. J.). Physometra; pyometra; hematometra. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Meurer (R. J. Th.). Over appendicitis in graviditate en in puerperio. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 janv.)

Mikhnov (S.). La myomotomie conservatrice en cas de grossesse (en russe). (*Roussk. Vratch*, 15 janv.)

Orlov (V.). Les kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme; leur diagnostic et leur traitement (en russe). (*Roussk. Vratch*, 22 janv.)

Ozenne (E.). De l'endométrite et de la métrite parenchymateuse infectieuses (étude clinique et thérapeutique). In-18, 261 p. A. Maloine.

Pick (A.). Zur Frage nach der Berechtigung künstlicher Unterbrechung der Gravidität behufs Heilung von Psychosen. (*Wien. med. Wochensch.*, 7 janv.) — Sur la légitimité de l'avortement provoqué pour aliénation mentale.

Pieraccini (G.). Contributo allo studio del tabagismo professionale nella donna, in rapporto alla funzione riproduttrice. (*Clinica moderna*, 4 janv.)

Pinard (A.). Des fibro-myomes de l'utérus et, en particulier, des causes qui favorisent leur éclosion ou leur développement. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, janv.)

Podhoretzky (E. von). Kurze Uebersicht über 1000 von Prof. Fenomenoff ausgeführte Laparotomien. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 3.)

Prüsmann (F.). Die prophylaktische Anwendung der Sekalepräparate während der Geburt. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 janv.) — Emploi préventif du seigle ergoté pendant l'accouchement.

Pulvermacher (D.). Ein Fall von primärem Sarkom des Beckenbindegewebes. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 janv.) — Sarcome primitif de l'atmosphère celluleuse du bassin.

PÉDIATRIE

Frœlich. Etudes de chirurgie infantile. In-8°, 248 p. avec fig.

Guimarães (A.). Sobre um caso de hydro-encephalocele congenito. (*Brazil-medico*, 22 déc. 1904 et 8 janv.)

Holt (L. E.). Disturbances of digestion in infants resulting from the use of too high fat percentages. (*Med. News*, 7 janv.)

Hüssy (A.). Lähmung der Glottiserweiterer im frühen Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 1.) — Paralysie des dilatateurs de la glotte chez les enfants en bas âge.

Iakoubovitch (V.). Sur l'utilité de l'étude de la pédiatrie et sur son rôle dans la médecine (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 8 janv.)

Ibrahim (J.). Die angeborene Pylorusstenose im Säuglingsalter. In-8°, 120 p. avec fig. Berlin. — Le rétrécissement congénital du pylore chez le nourrisson.

Jacoby. Ueber den Riesenwuchs von Neugeborenen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 3.) — Sur le gigantisme des nouveau-nés.

Klepetar (D.). Ein Beitrag zur Kasuistik der Säuglingstuberkulose. (*Prag. med. Wochensch.*, 5 janv.) — Tuberculose chez un nourrisson.

Le Fort (R.), **Bachmann** et **Cieren** (G.). Poliomyélite antérieure grave chez une enfant. (*Echo méd. du Nord*, 29 janv.)

Leyden (E. von) et **Klemperer** (F.). Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts. VII. Band : Kinderkrankheiten. In-8°, 792 p. avec fig. Vienne. — La clinique allemande au début du vingtième siècle. T. VII : maladies des enfants.

McKee (J. H.). A case of amaurotic family idiocy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

McKernon (J. F.). The importance of an early aural examination in acute diseases of children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 janv.)

Morse (J. L.). Lobar pneumonia in infancy. (*Amer. Medicine*, 28 janv.)

Mumford (A. A.). Child study and the treatment of paralysis in children. (*Lancet*, 7 janv.)

Nathan (P. W.). Osteogenesis imperfecta (so-called fragilitas ossium). (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Frese (O.). Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose. (*Med. Klinik*, 22 janv.) — Le traitement de la tuberculose laryngée.

Hastings (H.). A report of 281 mastoid operations, with subsequent results. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Hofer (I.). Kasuistische Beiträge zur otogenen Hirnhautentzündung. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 janv.) — Méningite d'origine otique.

Holz (B.). Heilung zweier Fälle von Exophthalmus bilateralis und eines Falles von Chorea durch Entfernung der adenoiden Vegetationen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 janv.)

Kretschmann (F.). Beitrag zur Operation des Kieferhöhlenempyems. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 janv.) — Sur le traitement chirurgical de l'empyème du sinus maxillaire.

Kuyk (D. A.). Choice of a time of election in mastoid operations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 janv.)

Lavrand (H.). Sinusite maxillaire chronique droite; opération; guérison. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Mackenzie (J. N.). Remarks on some abuses in the intranasal surgery of to-day. (*New York Med. Journ.*, 28 janv.)

Massei (F.). Nosographie du stridor dit congénital. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Milligan (W.). Suppurative frontal sinusitis; its surgical treatment, based on an analysis of 40 cases. (*Brit. Med. Journ.*, 28 janv.)

Moritz (S.). The causes, symptoms, and complications of the diseases of the nasal accessory sinuses in their relation to general diseases, ophthalmology, and neurology. (*Brit. Med. Journ.*, 28 janv.)

Moure (E. J.). Sur un cas de mucocèle ethmoïdale. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 7 janv.)

Mouret (J.). Sur une voie de communication directe entre l'antre mastoïdien et la face postérieure du rocher. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 7 janv.)

Navratil (E. von). Zur Operation der Stirnhöhlenempyeme. (*Pest. med.-chir. Presse*, 29 janv.) — Sur le traitement chirurgical de l'empyème frontal.

Passow. Ein Beitrag zur Lehre von den Funktionen des Ohrlabyrinths. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 et 9 janv.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Béclère (A.). Sur la radiothérapie appliquée aux néoplasmes du sein. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 janv.)

Bédart (G.). Remarques sur le diagnostic radioscopique des anévrysmes de l'aorte. (*Echo méd. du Nord*, 22 janv.)

Belot (J.). Quelques résultats obtenus par la radiothérapie sur des affections malignes au double point de vue curatif et esthétique. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 janv.)

Djémil-Pacha. Essais de traitement du cancer par les rayons de Röntgen. (*Rev. de chir.*, janv.)

Guilleminot (H.). Electricité médicale. In-8°, 655 p. avec fig.

VARIA

De l'influence de la grossesse sur les maladies infectieuses aiguës les plus fréquentes.

Les auteurs étant encore loin de s'accorder sur la signification de la grossesse en tant que complication des maladies infectieuses aiguës, M. le docteur A. Brion a entrepris à cet égard une enquête — dont il a récemment publié les résultats dans la *Zeitschrift für klinische Medicin* — sur les malades hospitalisées à la clinique médicale de la Faculté de médecine de Strasbourg pendant la période de 1888 à 1904.

Durant ces seize années, 656 femmes furent traitées à ladite clinique pour fièvre typhoïde, pneumonie, rhumatisme articulaire aigu, érysipèle de la face, scarlatine, rougeole ou diphtérie. Les femmes enceintes étaient au nombre de 34, ce qui donne une proportion de 5.2 %. Sur 200 typhoïdiques, 10 (c'est-à-dire 5 %) étaient en état de grossesse; sur 155 cas de pneumonie, 14, soit 9 %, étaient survenus chez des femmes enceintes; enfin, sur 161 patientes atteintes de rhumatisme articulaire aigu, 3 seulement ou 1.8 % étaient grosses. En ce qui concerne les autres maladies sus-mentionnées, la proportion des femmes enceintes était de 6.5 % pour l'érysipèle de la face, de 2.7 % pour la scarlatine, de 6.2 % pour la rougeole et de 4 % pour la diphtérie.

Ces chiffres témoignent suffisamment que la grossesse est loin de créer une immunité à l'égard des maladies infectieuses, comme on l'admettait autrefois, notamment pour la dothiénentérie. D'autre part, il est à retenir que les femmes enceintes sont relativement plus souvent atteintes de pneumonie, tandis que le rhumatisme articulaire aigu est, chez elles, moins fréquent, fait d'autant plus remarquable que ces deux affections reconnaissent fréquemment une seule et même cause occasionnelle, le refroidissement.

Au point de vue de l'influence exercée par la grossesse sur les diverses maladies infectieuses, un premier point qui ressort de l'enquête de M. Brion, c'est la bénignité relative de la fièvre typhoïde chez la femme enceinte : on n'a eu à enregistrer aucun décès parmi les 10 cas survenus au cours d'une grossesse, tandis que pour la généralité des typhoïsantes la mortalité a été assez élevée (11.5 %). La maladie n'a amené l'expulsion prématurée de l'œuf que dans 4 faits sur 10, ce qui constitue 40 %, et, sur ces 4 femmes, 3 étaient dans la première moitié de la grossesse, constatation qui va à l'encontre de l'opinion des anciens auteurs, d'après laquelle la dothiénentérie serait particulièrement à craindre du cinquième au huitième mois. Pour ce qui est de l'évolution même de l'affection, elle n'a paru nullement influencée par l'état gravide; aussi le traitement a-t-il été, à peu de choses près, celui auquel on a habituellement recours dans la fièvre typhoïde; les bains froids ne furent, toutefois, employés qu'avec les plus grandes précautions, et, le plus souvent, on donnait des bains prolongés à 28° ou 30°.

Pour ce qui est de la pneumonie, la mortalité générale a été de 18 %, tandis que chez les femmes enceintes elle n'a pas dépassé 14.3 %. Là encore, la grossesse, par conséquent, fut loin d'aggraver le mal. M. Brion serait, d'ailleurs, porté à croire que la mortalité plus faible des pneumoniques enceintes tient à ce fait que le pronostic de la maladie en question est particulièrement grave chez les femmes ayant dépassé la ménopause, et cela en raison de leur âge avancé. L'affection dont il s'agit a donné lieu à une interruption de la grossesse dans 6 cas (dont 2 avec issue fatale) sur 14. Les observations recueillies par notre confrère semblent, du reste, confirmer l'opinion généralement admise, à savoir que plus la grossesse est avancée, plus elle est exposée à être interrompue par la pneumonie intercurrente.

Pour le rhumatisme articulaire aigu compliquant la gravidité, M. Brion a eu l'occasion de se convaincre que l'usage du salicylate de soude à la dose quotidienne de 5 grammes est susceptible de provoquer des contractions utérines. Aussi estime-t-il qu'il est préférable de modérer la médication salicylée, la guérison dût-elle en être quelque peu retardée.

Sur les 4 cas d'érysipèle de la face qui ont été observés chez des femmes enceintes, 2 furent suivis d'un accouchement prématuré, ce qui donne la proportion la plus élevée (50 %) de toutes les maladies infectieuses.

En somme, sur le nombre total de 34 faits consignés dans la présente statistique, on compte 12 interruptions de la grossesse, soit 35.2 %. Dans la moitié des cas — et presque dans tous ceux où, vu son âge, le fœtus était viable — celui-ci vint vivant au monde, ce qui prouve qu'il est erroné d'admettre que la cause de l'interruption de la gravidité réside toujours dans la mort du fœtus. D'autre part, M. Brion fut à même de constater qu'il n'existe aucun rapport constant entre l'intensité de l'hyperthermie et la fréquence de l'avortement ou de l'accouchement prématuré. Il est, par contre, loin d'en être ainsi pour la gravité de l'infection elle-même : habituellement, ce sont les cas graves (par exemple, des dothiénentéries avec troubles marqués du système nerveux, délire, prostration, etc.) qui amènent l'interruption de la grossesse.

Usage d'une craie colorée plombifère comme cause de saturnisme professionnel.

M. le docteur Courtellemont (d'Amiens) a eu l'occasion d'observer un cas de saturnisme professionnel curieux par son étiologie, en même temps qu'intéressant par certaines des particularités cliniques qu'il présentait.

Une femme de cinquante-trois ans, ramasseuse dans une fabrique de sacs, fut prise brusquement — après une période assez longue de douleurs vagues, de fourmillements, d'engourdissement — d'une paralysie qui, d'abord localisée aux membres inférieurs, ne tarda pas à se généraliser aux quatre membres : paralysie flasque, et qui demeurait flasque après seize mois de durée, bientôt accompagnée d'amyotrophie, d'hypoesthésie à prédominance radiculaire, de trouble des réactions électriques, d'incontinence des urines et de constipation. L'absence de signe de Lasègue et de douleur à la pression des nerfs, les troubles sphinctériens, la disposition topographique de l'hypoesthésie permettaient de conclure à une paralysie myélitique et non névritique.

Comme cause, c'est le plomb qu'il fallait incriminer, et voici comment : la besogne de cette femme consistait à ramasser les sacs (elle en ramassait de 800 à 900 par jour), et à les ranger par tas; chaque fois qu'elle en avait recueilli 25, elle inscrivait un chiffre sur le dernier placé et, pour ce faire, se servait d'une craie colorée, vulgairement appelée crayon à la sanguine, où l'analyse chimique décela une notable quantité d'oxyde de plomb; or, elle avait la mauvaise habitude de mouiller à chaque fois le crayon dans sa bouche, afin qu'il marquât mieux; en outre, elle ne prenait aucun soin de propreté avant les repas, d'où possibilité d'ingestion, avec les aliments, des particules de craie restées adhérentes aux doigts. C'est deux ans après que cette femme eut commencé à travailler à ce métier que la paralysie apparut.

Au point de vue de l'hygiène industrielle, cette cause d'intoxication professionnelle est d'autant plus utile à connaître qu'il est bien facile de la supprimer : il suffit de mettre à la disposition des ramasseuses de sacs un récipient plein d'eau pour y mouiller leur crayon, et d'envelopper celui-ci d'une gaine isolante, empêchant le contact direct de la matière colorante avec les doigts de l'ouvrière.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Le dédoublement du premier temps du cœur dans son rapport avec la fatigue commençante de cet organe, par M. Labougle.

L'auteur du présent mémoire décrit un symptôme qu'il a eu plusieurs fois l'occasion d'observer chez des convalescents, des malades ou même des sujets sains, mais physiquement surmenés, et qui lui paraît traduire un début d'asthénie cardiaque : il s'agit d'un dédoublement du premier bruit du cœur, rappelant d'assez près le bruit de galop, s'en distinguant toutefois par l'absence d'hypertrophie cardiaque et de tout signe de brightisme.

Cliniquement, ce dédoublement se révèle à l'oreille par la production, au premier temps, de deux bruits qui se suivent immédiatement, sans petit silence intermédiaire. Le premier de ces bruits, coïncidant avec la pulsation radiale, a souvent une tonalité plus sourde que le deuxième : celui-ci a un son éclatant, analogue à celui que l'on attribue depuis Helmoltz au claquement valvulaire. Le siège maximum de ce dédoublement se trouve un peu en dedans de la pointe, plutôt que dans la région apexienne; quelquefois même est-ce au niveau de l'appendice xiphoïde qu'il faut le chercher. Sa propagation, faible suivant la ligne axillaire, se fait surtout dans la direction apexo-xiphoïdienne.

Parfois nulle, l'influence de la respiration sur cette modification du premier bruit est, dans d'autres cas, appréciable, mais diverse : tantôt, en effet, le dédoublement est plus accentué dans l'expiration, surtout prolongée; tantôt au contraire c'est dans l'inspiration forcée qu'il apparaît le plus nettement.

Un bon caractère distinctif de ce signe est sa variabilité; à l'inverse du dédoublement du bruit de galop qui, constant chez un même malade, présente d'un moment à l'autre des modifications dans le degré de rapprochement ou d'éloignement des deux bruits qui le constituent, le dédoublement « asthénique », dont les éléments offrent entre eux des rapports de fixité remarquables, peut cesser un jour pour reparaître le lendemain, ou encore ne s'entendre que dans la position debout et faire défaut dans le décubitus dorsal; cette intermittence, pour M. Labougle, témoigne d'un stade intermédiaire entre l'état pathologique et la guérison.

Enfin, le pouls n'est pas influencé dans cette variété de dédoublement et notamment le dicrotisme n'offre avec elle aucune relation. Les pulsations radiales restent d'ordinaire normales; quand elles sont modifiées, c'est dans le sens d'un peu d'affaiblissement ou d'une hypotension légère.

Il importe de savoir que ce signe n'a pas, de l'aveu même de l'auteur, une valeur pathognomonique absolue, car on l'observe parfois aussi chez les dyspeptiques, comme résultat de réflexes partis des plexus abdominaux. Mais lorsqu'il est associé à des signes fonctionnels de lassitude (céphalalgie, palpitations dans les exercices violents), il n'en a pas moins une réelle signification. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 19 mars 1905.) — F. F.

Traitement opératoire des ruptures sus-rotuliennes du quadriceps, par MM. Quénu et Duval.

Depuis le travail de Maydl qui, en 1882, a rassemblé 63 observations de rupture sus-rotulienne du quadriceps, les statistiques nouvelles de William Bull, de Buchanan, de Walker, ainsi que de nombreux faits isolés publiés par différents auteurs, constituent un ensemble de documents qui permettent d'écrire l'histoire complète de ces ruptures.

Dans la grande majorité des cas, la lésion est produite par une cause indirecte, et c'est dans une violente contraction du muscle extenseur, destinée à éviter une chute, que les attaches tendineuses se rompent, soit à leur insertion, soit un peu plus haut.

La plupart des auteurs classiques plaçaient le siège de la rupture à une certaine distance de la rotule; cependant Buchanan, ne retenant que les observations où le point de rupture est précisé, a pu évaluer à 70 % la proportion des cas où la rupture survient au ras de la rotule; les 3 cas personnels relatés par MM. Quénu et Duval rentrent dans la catégorie des arrachements très voisins de la rotule.

L'étendue de la déchirure semble avoir la plus haute importance au point de vue du pronostic et du traitement. Les ruptures *totales* paraissent les plus fréquentes. Quant aux ruptures *partielles*, elles affecteraient d'ordinaire le tendon du droit antérieur, mais il faut remarquer que dans la plupart des faits de cette catégorie il n'y a pas eu d'intervention chirurgicale et, par conséquent, pas de contrôle direct. Il est probable du reste que, dans le plus grand nombre des cas de rupture dite partielle, toute l'épaisseur du tendon est déchirée, mais que les expansions latérales des vastes externe et interne sont indemnes.

Quel traitement convient-il d'opposer à la rupture du quadriceps? Doit-on se borner à l'application d'un appareil, faut-il au contraire toujours opérer, ou enfin y a-t-il lieu d'adopter suivant les cas un traitement opératoire ou non opératoire?

Les auteurs de ce mémoire ont pu réunir 22 cas opérés, dont leurs 3 faits personnels, avec 21 bons résultats et 1 résultat incomplet; d'après l'analyse de ces observations, comparée à celle des cas non traités par la suture, ils concluent que la suture permet de compter sur une excellente guérison, et qu'elle peut amener d'une façon certaine le rétablissement de la continuité musculaire.

Quant au moment favorable pour intervenir, MM. Quénu et Duval pensent qu'il est bon d'attendre quelques jours, afin de pouvoir mieux nettoyer la peau du genou. Ils recommandent d'appliquer en permanence des compresses humides sur la région, puis d'en faire chaque jour une toilette minutieuse, d'abord avec une solution très faible de soude, ensuite avec de l'éther et de l'alcool. C'est qu'il faut, pour ainsi dire, plus de minutie pour une intervention sur le genou que pour une laparotomie, parce que la synoviale se défend moins bien que le péritoine.

Au point de vue du manuel opératoire, les auteurs préfèrent l'incision transversale ou légèrement courbe au niveau de la rupture à l'incision verticale ou longitudinale, mise en usage par M. Lejars et par M. Poirier.

Si la rupture siège à 2 centimètres au moins du bord supérieur de la rotule, il est possible de suturer directement les deux bouts tendineux l'un à l'autre, et on complète ensuite cette suture par celle des tissus fibreux péritendineux.

Quand, au contraire, la rupture s'est produite au ras de la rotule, on peut suturer le bout supérieur aux tissus fibreux péri et prérotuliens, et obtenir de cette façon un résultat satisfaisant. Mais il vaut mieux prendre une attache directe sur la rotule et pratiquer ainsi une suture ostéo-tendineuse. Dans ce but, après avoir légèrement régularisé aux ciseaux les lèvres du tendon rompu et avoir soigneusement relevé et coupé les fibres rabattues dans le foyer, on passe transversalement, avec l'aiguille, un gros fil d'argent dans le segment supérieur, à un bon centimètre de la tranche rompue, puis, avec le perforateur, on conduit le même fil à travers la rotule, à 1 centimètre du bord supérieur de cet os et sous les expansions latéro-rotuliennes; on l'arrête par torsion en dehors, sans exercer une trop forte striction; enfin, après avoir reconstitué exactement les expansions latéro-rotuliennes, on suture la peau et l'on met le membre dans un appareil plâtré, en extension. Les soins post-opératoires sont absolument les mêmes que pour la fracture de la rotule. On peut faire marcher les opérés dès le vingt et unième jour et commencer la mobilisation du genou à la fin du premier mois. (*Rev. de chir.*, février 1905.) — M. C.

Aortite et néphrite chronique post-grippale, par M. Breton.

Les complications cardiaques post-grippales sont généralement précoces, ont une marche rapide, un pronostic grave et surviennent à la suite des grippes avec infections secondaires. De leur côté, les complications rénales de l'influenza sont immédiates et d'allure aiguë. Or, à ce double point de vue, le malade dont M. Breton publie l'observation s'éloigne de la normale.

Cet homme, âgé de vingt-huit ans, avait été atteint, à l'âge de vingt ans, d'une grippe qui le maintint trois semaines au lit; au cours de la convalescence, il éprouva, au niveau de la région sternale, une vive douleur paroxystique et bien localisée, irradiant dans le dos et accompagnée de palpitations, de dyspnée et d'un léger état subfébrile. L'auscultation du cœur révélait, au siège d'élection des bruits aortiques, un bruit diastolique rude, parcheminé.

Trois ans plus tard, à la suite d'un refroidissement, il survint de l'œdème des jambes et, au bout de trois semaines, le patient présentait une anasarque totale, qui s'accompagna de troubles gastro-intestinaux et d'une série de crises d'asystolie. L'analyse des urines révéla des traces d'albumine. Sous l'influence du repos et du régime lacté, l'anasarque rétrocéda, mais, au bout de six mois, les urines renfermaient 6 grammes d'albumine par litre et le malade présentait tous les signes du brightisme avec persistance des troubles cardiaques; cet état resta stationnaire pendant quatre ans environ et détermina le patient à entrer à l'hôpital.

A cette époque, quoique l'apparence générale fût bonne, le moindre effort provoquait de la dyspnée, la station debout prolongée était suivie de vertiges et de troubles de la vue et de l'ouïe. Il existait, en outre, de la céphalalgie et du lumbago continuels, des battements au niveau du cou et des régions temporales, enfin des troubles gastro-intestinaux. Les urines renfermaient 2 gr. 60 centigr. d'albumine par litre et quelques cylindres hyalins et épithéliaux. On notait aussi un peu d'œdème sous-palpébral et un léger gonflement prétibial.

La percussion du cœur montrait que l'aire de matité cardiaque était augmentée en tout sens et l'auscultation révélait, au niveau de l'orifice aortique, un souffle diastolique rude, en jet de vapeur, s'entendant aussi très nettement dans le sixième espace intercostal gauche, près du sternum. A l'examen radioscopique, la crosse de l'aorte paraissait légèrement dilatée; la radiale était dure, le pouls bondissant, et la tension, au sphygmomanomètre de Potain, mesurait de 19 à 20 centimètres de mercure.

Au total, pour M. Breton, cette observation peut se résumer en ces termes : durant la convalescence d'une grippe *pure* apparaît une aortite aiguë; plus tard survient une artériosclérose généralisée, enfin — au bout de trois ans, et sous l'influence d'une cause adjuvante (refroidissement) — une néphrite chronique. Les deux points saillants et anormaux sont donc la bénignité de l'aortite, qui permet la survie au bout de huit ans, et le début tardif, ainsi que l'allure chronique, de la complication rénale. (*Echo méd. du Nord*, 29 janvier 1905.) — J. G.

Un cas de cataracte due à une décharge électrique industrielle, par MM. Desbrières et Bargy.

Si les lésions oculaires — et notamment la cataracte — consécutives aux coups de foudre sont assez fréquentes et bien connues (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 156), il ne semble pas que les accidents de même genre, dûs à l'emploi industriel de l'électricité, aient jusqu'ici beaucoup attiré l'attention des médecins. A cet égard, il n'est pas sans intérêt de signaler le fait relaté par MM. Desbrières et Bargy.

Un homme de vingt-six ans reçut la décharge d'un courant alternatif de 30 périodes à 20,000 volts d'intensité. Après une perte de connaissance de plus d'une demi-heure de durée, on parvint à le rappeler à la vie par les moyens usuels (tractions rythmées de la langue, respiration artificielle, etc.). Il présentait alors des brûlures profondes du côté droit du corps, notamment au bras et à la face, et un œdème considérable du visage, qui empêcha pendant assez longtemps, d'examiner l'état des yeux.

Quand ces brûlures furent cicatrisées, on put constater que, tandis que l'œil gauche était demeuré indemne et présentait son acuité visuelle normale, l'œil droit portait au niveau de la conjonctive des traces de brûlure et avait une vision un peu diminuée (8/10); en outre, le malade prétendait voir les objets, de ce côté, comme à travers un brouillard. Il n'existait cependant aucune lésion au niveau de l'iris, dont les mouvements étaient conservés; par contre, l'examen des milieux transparents révéla sur le cristallin des points d'opacification caractérisés par un semis de taches, les unes punctiformes, les autres linéaires, répandues sur toute la surface de la lentille mais prédominant au niveau de l'équateur; ces opacités étaient sous-capsulaires et siégeaient toutes sous la cristalloïde antérieure; le fond de l'œil était normal.

Un fait digne de remarque, c'est que, plus d'un an après l'accident, l'acuité était demeurée à 8/10, la cataracte n'ayant pas fait le moindre progrès. Il n'en faudrait pas conclure cependant que la situation dût toujours rester telle, car, dans un cas de Leber, ce n'est qu'au bout de quatre ans que la cataracte arriva à maturité. Il est évident que lorsque pareille éventualité se produit, l'extraction du cristallin est tout indiquée. (*Ann. d'oculist.*, février 1905.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur l'élimination de l'iode par les urines et sur ses rapports avec la teneur des goitres en iode et la diminution de leur volume, par M. A. Kocher.

Sur les conseils de M. le professeur Th. Kocher, l'auteur a institué une série de recherches en vue d'étudier l'élimination, par les urines, de l'iode administré *per os*, chez des sujets atteints de goitre. Les expériences ont consisté à faire absorber à ces malades, d'une part, et à des individus bien portants, d'autre part, le matin, à jeun, de 0 gr. 50 centigr. à 1 gramme d'iodure de sodium en solution aqueuse, et à analyser ensuite les urines recueillies, pendant les douze premières heures, toutes les heures ou toutes les deux heures, puis toutes les quatre ou six heures.

M. Kocher fut ainsi à même de se rendre compte que, chez des sujets sains — et indemnes notamment de toute affection de la glande thyroïde —, le taux de l'iode éliminé par les urines ne subit pas d'oscillations notables, pour peu que les conditions de l'expérience restent les mêmes. Pour ce qui est du temps de l'élimination, il a constaté que la plus grande partie de l'iode est rejetée dans l'espace des douze premières heures qui en suivent l'absorption par voie buccale.

Chez des sujets privés de glande thyroïde, les reins éliminent à peu près la même proportion d'iode absorbé que chez des individus à corps thyroïde sain; l'élimination se fait, toutefois, beaucoup plus lentement.

Les résultats ont été tout autres pour les goitreux : d'une part, les quantités d'iode éliminé par les urines se sont montrées très variables d'un malade à un autre, et, d'autre part, chez un seul et même sujet le taux de cette élimination est sujet à des oscillations assez accentuées.

Il convient, d'ailleurs, de distinguer à cet égard trois catégories de patients.

Dans un premier groupe, on trouve dans les urines des quantités d'iode supérieures à la normale, et lors des essais ultérieurs le taux de l'iode éliminé se montre tantôt normal, tantôt exagéré : l'augmentation de la teneur des urines en iode va de pair avec une diminution de volume du goitre, et lorsque cette teneur en iode revient à la normale, on ne remarque plus aucune modification nouvelle du côté de la tumeur. Chez quelques malades, dont le goitre subit une diminution particulièrement notable et rapide, on décela dans les urines des quantités d'iode supérieures même à celles qui avaient été administrées, et en pareille occurrence on fut à même de constater d'une manière certaine une diminution du goitre trois ou quatre heures déjà après l'absorption de l'iode. Cet effet est, du reste, surtout marqué pendant le premier jour de l'élimination; fréquemment, il est encore très net le second jour, mais après ce délai M. Kocher n'a jamais noté une nouvelle diminution, tant soit peu accentuée, de la tumeur thyroïdienne. Au point de vue subjectif, la plupart des patients de cette catégorie déclarent éprouver, au bout de huit à douze heures, parfois même beaucoup plus tôt, une amélioration dans la respiration, amélioration qui s'accentue encore les jours suivants pour rester ensuite stationnaire.

Dans un second groupe de malades, l'auteur a trouvé un taux d'élimination de l'iode à peu près normal, c'est-à-dire sensiblement égal à celui qu'il avait noté chez des sujets à glande thyroïde saine, et les goitres de cette catégorie ne subirent, sous l'influence de l'administration de l'iodure, aucune modification appréciable.

Pour ce qui est, enfin, de la troisième catégorie, la teneur des urines en iode se montra inférieure à la normale, mais dans les essais ultérieurs le taux de l'iode éliminé fut toujours au-dessus de celui que l'on avait noté lors de la première expérience. Pour les goitres de ce groupe, il fut impossible de déceler une modification accessible à la mensuration. Les malades éprouvaient, il est vrai, à la suite de plusieurs doses d'iodure, une légère amélioration, mais objectivement on constatait tout au plus un certain ramollissement de la tumeur, sans la moindre diminution de son volume.

Tels sont les faits observés par M. Kocher. Il serait cependant erroné de croire que ces trois catégories, basées sur les différences dans le mode d'élimination de l'iode, correspondissent à trois variétés de goitre nettement distinctes au point de vue clinique et anatomo-pathologique. Et, pourtant, l'auteur estime que l'élimination quantitative de l'iode est intimement liée à la structure histologique du goitre, et que la rétrocession elle-même de la tumeur dépend précisément de cette structure : l'iode paraît n'agir sur la glande thyroïde que tant qu'il trouve dans celle-ci un parenchyme dont la capacité fonctionnelle est plus ou moins conservée.

Cherchant à déduire de ses recherches des applications thérapeutiques, M. Kocher croit pouvoir établir les règles suivantes : dans les cas de goitre au début, on doit instituer le plus tôt possible le traitement iodé à faible dose; s'agit-il d'un goitre susceptible de rétrocéder, l'effet favorable de la médication ne tardera pas à se manifester, et alors il suffira d'administrer périodiquement de petites quantités d'iode pour réduire la tumeur au minimum possible de volume. On aurait, par contre, tort de prolonger en pareil cas l'emploi des préparations iodées à des doses plus ou moins considérables, cette pratique pouvant donner lieu à des phénomènes de thyroïdisme par hyperfonctionnement de la glande. Si l'on a affaire à des goitres qui, sous l'influence des premières doses modérées d'iode, ne subissent aucune modification de volume, la conduite ultérieure dépendra de la nature de la tumeur : peut-on déceler des métamorphoses régressives étendues, il est inutile de continuer la médication iodée; s'agit-il d'un goitre colloïde diffus ou nodulaire, reconnaissable à sa consistance dure, on peut se décider à instituer une cure iodée prolongée et intensive, car, en pareille occurrence, alors même — et c'est là le cas le plus fréquent — que l'on n'obtient pas de résultat appréciable, on ne risque pas, tout au moins, de nuire au malade. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 4.) — L. CH.

Le pronostic du diabète et la survie moyenne des diabétiques des classes pauvres, par M. W. Croner.

On admet généralement que, dans les classes pauvres, le diabète a un pronostic sévère, et les classiques répètent volontiers, depuis Griesinger, que les trois quarts des diabétiques de cette catégorie succombent dans les trois premières années depuis le début de leur affection, ou tout au moins dans les cinq premières (Seegen). Et une statistique publiée il y a quelques années par M. Naunyn appuyait cette opinion pessimiste, puisque, sur un total de 141 cas, cet auteur n'en trouvait que 22 ayant duré plus de cinq ans.

La question n'a cependant pas semblé résolue à M. Croner qui, pour y apporter sa contribution, publie la statistique des diabétiques traités, dans un laps de temps déterminé, à la policlinique universitaire de Berlin. C'est une masse de 149 observations qu'il verse dans le débat; mais, de ce total, il faut déduire 30 faits sur lesquels les renseignements sont insuffisants, au point de vue de l'âge de l'affection. Restent donc 119 cas utilisables. Or, sur ce nombre, 43, soit 36 %, concernent des malades atteints depuis plus de cinq ans, dont 15 (12.6 % du total) depuis plus de dix ans et 4 (3.3 %) depuis plus de vingt ! Encore faut-il ajouter que parmi ceux que M. Croner appelle les *seniores* de sa statistique, plusieurs n'avaient que très irrégulièrement suivi le régime qui leur avait été prescrit. Il va sans dire, vu le milieu où ces faits ont été recueillis, qu'il s'agissait de gens de situation modeste.

La vérité, déclare l'auteur, c'est que la gravité du diabète est essentiellement variable (1); nombre de facteurs interviennent pour la conditionner, et parmi eux il faut citer en première ligne la nature des causes de l'affection (obésité, traumatisme, cancer, lésions cérébrales, artériosclérose, hérédité, etc.), ensuite l'importance des organes qui subissent les atteintes du mal, enfin la possibilité d'une intercurrence morbide, telle que la grippe, dont on connaît bien les dangers chez les glycosuriques. (*Med. Klinik*, 29 janvier 1905.) — F. F.

Contribution expérimentale à l'étude de la tuberculose, par M. F. Klemperer.

Les recherches de M. von Behring ayant mis hors de doute la possibilité d'obtenir l'immunisation des bovidés contre la pommelière au moyen d'injections intraveineuses de cultures de bacilles tuberculeux d'origine humaine (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 85-86), M. Klemperer s'est demandé si cette méthode d'immunisation ne pourrait pas exercer une action curative sur des animaux ayant déjà subi l'infection tuberculeuse. Comme l'étude de ce problème nécessitait des inoculations fréquemment répétées, et à des doses élevées, de bacilles tuberculeux, l'auteur a cherché d'abord à se rendre compte si la vaccination antituberculeuse ne pourrait pas être obtenue à l'aide d'injections sous-cutanées, celles-ci paraissant, dans l'espèce, comporter moins de danger que les injections intraveineuses. Une expérience instituée sur un veau bien portant permit à M. Klemperer de s'assurer que les injections hypodermiques successives de bacilles tuberculeux d'origine humaine confèrent l'immunité à l'égard d'une infection ultérieure, réalisée au moyen d'une inoculation sous-cutanée de culture de tuberculose bovine, constatation qui, du reste, cadre bien avec les recherches récentes de M. von Baumgarten.

L'auteur entreprit alors une série d'essais sur des bovidés devenus tuberculeux soit par contagion naturelle, soit par suite d'une infection expérimentale, et il fut ainsi à même de se convaincre que les injections de bacilles tuberculeux d'origine humaine exercent une action

(1) Parmi les causes susceptibles d'influer sur la gravité du diabète — ou tout au moins sur le taux de la glycosurie — il faudrait aussi, d'après des expériences dont M. Lüthje a communiqué les résultats au récent Congrès allemand de médecine interne, citer les variations de la température ambiante. L'auteur a en effet constaté que, chez des chiens dépancréatisés, la glycosurie diminuait dans un milieu à température élevée, pour augmenter dans un milieu froid; l'excrétion de l'azote demeure au contraire à peu près invariable dans les mêmes circonstances. Ces faits expérimentaux, qui ont été confirmés par M. Embden, ne sont pas sans application à la pathologie humaine. M. Kühn cite en effet un diabétique habitant habituellement Java, et dont le diabète, presque silencieux sous les tropiques, se manifeste sous une forme assez grave en Allemagne. De même, c'est par les effets de la chaleur sur l'excrétion du sucre que M. Klemperer explique que les cures hydrominérales soient plus efficaces en été qu'en hiver; que l'alitement soit parfois utile aux diabétiques; enfin que l'alcool, ce puissant calorificateur, ait de bons effets dans certains cas de diabète grave. — N. D. L. R.

inhibitrice et atténuante sur l'évolution de la tuberculose préexistante, et cela qu'il s'agisse de vaches atteintes de pommelière ou de jeunes bovidés infectés expérimentalement.

Les inoculations sous-cutanées de bacilles de la tuberculose humaine possédant ces propriétés immunisantes et curatives à l'égard de la tuberculose bovine, il y avait lieu de se demander si celle-ci ne produirait pas les mêmes effets vis-à-vis de celle-là. Toutefois, avant de chercher à élucider ce point, il convenait de s'assurer que les injections hypodermiques de bacilles tuberculeux d'origine bovine ne sont pas nocives pour l'homme. Après avoir constaté, sur lui-même, que des inoculations superficielles (par scarifications cutanées) de tuberculose bovine ne s'accompagnent d'aucune réaction locale, M. Klemperer se fit pratiquer une injection hypodermique d'émulsion de bacilles tuberculeux de la même origine. Cette injection eut pour effet d'amener simplement la formation d'une nodosité sous-cutanée indolore, grosse comme une noix et qui, n'ayant ultérieurement subi aucune modification, paraissait due à une phlegmasie chronique de nature banale. Et, de fait, l'induration dont il s'agit ayant été excisée dix mois après l'injection, on put constater qu'elle se composait d'un tissu de granulation avec cellules géantes, mais sans bacilles tuberculeux ni traces de caséification.

Restait à savoir si une injection sous-cutanée de bacilles de la tuberculose bovine présenterait la même innocuité chez un homme tuberculeux. Un confrère atteint, depuis de longues années, de phtisie, n'hésita pas à se prêter à cette expérience, et là encore les bacilles injectés furent résorbés sans qu'il survînt de réaction aiguë.

Fort de ces constatations, l'auteur se crut autorisé à essayer les mêmes injections dans 4 autres cas où la maladie était moins avancée, et chez aucun des sujets en question il n'a eu à enregistrer, au cours de ses essais, le moindre trouble général. Il y a plus : les patients déclarèrent même éprouver une certaine amélioration depuis qu'ils étaient soumis aux injections, et effectivement on nota, chez eux, une augmentation plus ou moins considérable du poids du corps. Quant aux désordres locaux provoqués par les inoculations, ils furent relativement rares et se bornèrent à quelques abcès ou à une induration du tissu cellulaire sous-cutané.

M. Klemperer est, toutefois, fort loin de préconiser les injections hypodermiques de bacilles vivants de la pommelière comme moyen de traitement de la tuberculose humaine. Il estime simplement que, vu les faits qui viennent d'être résumés, les effets de ces injections mériteraient d'être étudiés d'une façon systématique chez des sujets atteints de tuberculose *au début*, afin que l'on pût déterminer exactement leur valeur immunisante. Aussi l'auteur a-t-il soin de faire, lui-même, remarquer que les essais de ce genre n'ont rien à voir avec la pratique médicale et devraient être réalisés dans des instituts appropriés, par des médecins qui seraient également compétents en bactériologie et en clinique. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 3-4.) — L. CH.

Arrachement total du masque facial, par M. H. Kaposi.

Comme le dit l'auteur, il s'agit d'un traumatisme extraordinaire et peut-être unique : l'arrachement, d'un bloc, de bas en haut, du maxillaire inférieur en totalité, des lèvres, des joues, du nez et d'une partie de la peau médiane du front. L'accident se produisit chez une paysanne de cinquante-quatre ans dans les conditions suivantes : occupée à éteindre les réverbères de son village, elle était montée sur une échelle qui glissa sur le verglas; la femme fut précipitée en bas et resta suspendue par le menton au crochet qui servait à maintenir l'échelle; la violence de la chute, jointe au poids du corps, fit « lâcher prise » à la mâchoire inférieure, qui céda et fut arrachée avec tout le masque facial. La « pièce », restée adhérente au crochet du réverbère, fut expédiée le lendemain, par la poste, à la clinique de Heidelberg.

L'aspect était horrible : la bouche, béante, figurait une énorme cavité, dans laquelle ballottait la langue, détachée au niveau du plancher, et qui avait sans cesse tendance à tomber en arrière sur l'entrée du larynx; dans la plaie sous-linguale, on voyait, à nu, les glandes sublinguales, les muscles digastriques et stylo-glosses en partie déchirés; les parties molles et les cartilages du nez étaient enlevés; le périoste décollé sur les deux maxillaires supérieurs, les antres d'Highmore ouverts; les parotides étaient presque entièrement arrachées, les canaux de Sténon flottaient dans la plaie, ainsi que les branches rompues du facial. Les paupières et les conjonctives étaient infiltrées de sang, mais les deux yeux intacts.

Il fallut d'abord faire l'hémostase et la désinfection et fixer la langue à son extrémité antérieure; grâce à des pansements renouvelés à plusieurs reprises chaque jour, on évita le danger de la septicémie et de la bronchopneumonie; au bout de deux mois, l'énorme foyer bourgeonnait normalement; et l'on songea, dès lors, à la réparation possible. Des greffes de Thiersch servirent à recouvrir le front, le dos du nez, les joues; on opéra ensuite un ectropion cicatriciel de la paupière inférieure droite. A la déperdition totale de la salive, qui était d'à peu près 1 litre par jour, et entretenait sur le cou un eczéma permanent, on prit le parti de remédier par l'ablation des glandes sublinguales et sous-maxillaires, et, au cours de l'intervention, on réussit à faire rentrer un peu plus la langue et à restaurer quelque peu le bas de la région. Ces diverses opérations avaient restitué une certaine forme à la partie supérieure et moyenne du visage : il restait le vaste trou béant de la bouche, sans mâchoire inférieure et sans lèvres. On avait projeté de tenter une intervention, en utilisant un grand lambeau en pont, taillé sur le cou, et, comme soutien, les clavicules ou les côtes; mais la blessée se refusa à toute nouvelle intervention, et un masque facial en caoutchouc vulcanisé, fixé aux oreilles par des branches de lunettes, au cou, par une bandelette élastique, acheva de la rendre présentable.

L'alimentation et la parole étaient redevenues possibles, dans une certaine mesure, par un travail d'accoutumance et de rééducation fort curieux. Dans les premiers temps, naturellement, il fallait nourrir la malade à la sonde; puis, après de multiples essais, elle réussit à s'alimenter avec un biberon : elle l'introduisait sur la langue, poussait un peu de liquide dans le fond du pharynx, et déglutissait; elle parvint ainsi à déglutir, sans fausse route, non seulement les liquides, mais les bouillies et les aliments demi-solides. Quant à la parole, tout à fait incompréhensible d'abord, elle se « refit » aussi peu à peu : G, K, H, Ch, R, en partie aussi M, N, Ng, ces dernières consonnes avec un fort accent nasal, redevinrent aisées à distinguer; finalement, la blessée pouvait se faire comprendre dans une mesure suffisante pour ne pas recourir à l'écriture. En somme, elle était contente du résultat et avait repris goût à la vie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 2.) — L.

Des altérations de l'ovaire dans la môle hydatiforme et dans les grossesses normales, par M. J. Wallart.

Dans ces derniers temps, on a signalé d'assez nombreux cas de môles hydatiformes avec dégénérescence kystique simultanée des corps jaunes et on a voulu voir dans ces lésions la cause de la môle. On a même étendu cette conception pathogénique aux cas où il y a simplement accumulation de cellules lutéiniques soit dans les corps jaunes, soit dans le tissu interstitiel de l'ovaire, cette hypertrophie des éléments lutéiniques étant considérée comme de nature morbide. Dans le présent travail, M. Wallart étudie la signification de ces derniers phénomènes, en comparant les préparations que lui ont fournies 1 cas de grossesse hydatique et 6 cas de grossesse normale.

Dans le fait de môle — qui dégénéra en chorio-épithéliome —, l'auteur a effectivement constaté dans les corps jaunes la dégénérescence microkystique signalée par différents histologistes. Toutefois, cette lésion était si peu marquée que, macroscopiquement, on aurait pu croire que l'ovaire en question était absolument normal. D'autre part, dans les ovaires des 6 femmes ayant succombé à des dates plus ou moins proches de leurs couches, et sous des influences diverses, il a rencontré des lésions toutes semblables : on ne peut même pas dire que quantitativement elles fussent différentes, voire que dans un cas elles étaient même plus marquées que chez la malade atteinte de môle. Quant aux accumulations de cellules lutéiniques qui ont été observées dans le stroma ovarien, M. Wallart se demande si l'on n'a pas quelquefois pris pour telles les cellules conjonctives de l'organe, cellules dont un certain nombre se tuméfient pendant la grossesse et prennent ce que l'on appelle le « caractère décidual », en raison de leurs ressemblances avec les cellules déciduales de la caduque utérine.

Jusqu'à plus ample informé, il y aurait donc lieu de se tenir dans une certaine réserve à l'égard du caractère pathologique qu'on attribue aux modifications des corps jaunes et du tissu ovarien en cas de môle. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 1.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Les manifestations hémorrhagiques de l'éclampsie, par M. R. W. Lobenstine.

Les traités classiques d'obstétrique ne mentionnent guère les hémorrhagies parmi les manifestations cliniques de l'éclampsie. Or, d'après l'expérience de M. Lobenstine, ce symptôme particulier, tout en étant très rare, n'en mériterait pas moins d'être connu, ne fût-ce qu'en raison de sa valeur pronostique : les accidents hémorrhagiques témoigneraient, en effet, de l'extrême gravité de la toxémie et seraient de nature à faire craindre une issue fatale.

Sur 12,000 accouchements observés au Sloane Maternity Hospital, l'auteur a compté en tout 152 cas d'éclampsie. Sur ces 152 femmes, 7 seulement eurent des hémorrhagies cliniquement constatables : 5 d'entre elles succombèrent, ce qui représente une mortalité de 70 %, alors que pour l'ensemble des éclamptiques traitées, pendant les quatre dernières années, au même hôpital, la mortalité n'a pas dépassé 17 %.

Au point de vue symptomatologique, les faits en question formeraient un groupe à part, caractérisé non seulement par les manifestations hémorrhagiques, mais encore par d'autres phénomènes morbides, peu ou point marqués dans les formes ordinaires de l'éclampsie. C'est ainsi que l'ictère serait beaucoup plus constant et plus accentué, et chez ses 7 malades M. Lobenstine ne l'a jamais vu faire défaut. La distension de l'abdomen est également très considérable et constitue un des symptômes précoces de cette variété de l'éclampsie; débutant habituellement par l'épigastre, elle ne tarde pas à se généraliser et peut devenir très inquiétante; elle est, d'ailleurs, un signe de mauvais augure, son existence pouvant faire craindre des complications hémorrhagiques. On note aussi des vomissements, d'abord d'un liquide clair ou de lait caillé, puis de bile, et finalement des hématémèses, le sang rendu rappelant le marc de café ou étant, au contraire, d'un rouge vif. Les patientes se plaignent souvent de douleurs très vives dans la région du foie. Enfin, il existe des troubles de l'état général, propres à une toxémie profonde.

Le traitement doit comprendre, outre l'évacuation de la cavité utérine et les moyens habituellement employés contre l'éclampsie (calmants, diurétiques, etc.), l'usage d'extrait surrénal et de chlorure de calcium, administrés à hautes doses et, de préférence, par la voie rectale. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, février 1905.) — L. CH.

La gloutonnerie ou l' « empoisonnement alimentaire » en tant que cause des convulsions épileptiques symptomatiques, par M. W. P. Spratling.

Ayant observé, dans ces deux dernières années, une vingtaine de cas de convulsions épi-

leptiques survenant invariablement, chez des individus d'âge moyen, à la suite d'excès de table, l'auteur a acquis la conviction que ces faits forment un groupe morbide particulier, qui mérite d'autant plus d'attirer l'attention des praticiens qu'un traitement approprié, institué à temps et suffisamment prolongé, a toujours raison des troubles en question.

Il s'agit habituellement de sujets dont l'âge varie entre trente-cinq et quarante-cinq ans. Le plus souvent, ce sont des hommes d'une constitution robuste et pléthorique, gros mangeurs et qui mènent une vie peu active et sédentaire; parfois, ce sont aussi de gros buveurs et alors le pronostic devient beaucoup plus sombre qu'en cas de simples excès de nourriture, et cela non pas que les accès dus à l'alcoolisme se laissent moins influencer par le traitement, mais parce que les habitudes alcooliques sont plus difficiles à déraciner.

Contrairement à ce que l'on observe pour la plupart des cas d'épilepsie débutant après l'âge de vingt ans et où le rôle étiologique de l'hérédité est ordinairement fort réduit, on relève presque toujours la présence de ce facteur chez les malades en question. Ce ne sont pas nécessairement la folie, l'alcoolisme, l'épilepsie ou quelque autre affection du système nerveux que l'on retrouve chez les ascendants : une maladie de l'estomac, telle qu'une dyspepsie plus ou moins grave, est également susceptible d'exercer son influence sur les descendants. C'est ainsi que M. Spratling a observé un homme de quarante ans, qui avait un estomac délicat, ne pouvant digérer que certains aliments, et qui était sujet à des accès de grand mal, lesquels se produisaient invariablement le lendemain d'un gros écart de régime (habituellement un souper ayant eu lieu entre minuit et deux heures du matin); or, l'interrogatoire du malade apprit que le père de celui-ci avait souffert d'une dyspepsie chronique, pour laquelle il avait régulièrement suivi un régime approprié. Le fils, ne se conformant pas aux mêmes règles hygiéniques, devint épileptique; ce ne fut qu'après avoir eu un accès au moment où il allait prendre la parole dans une réunion publique qu'il se décida à changer son genre de vie, et depuis lors cinq ans se sont déjà écoulés sans que le patient ait présenté une seule crise comitiale.

Les paroxysmes convulsifs revêtent généralement le caractère des accès de grand mal; tant qu'ils conservent ce caractère, le pronostic reste relativement favorable, mais les modifications du type des crises s'accompagnent habituellement de troubles mentaux plus ou moins accentués.

La cause première des accès convulsifs semble résider dans une faiblesse de l'estomac, et aussi dans quelque trouble obscur des échanges organiques. Il importe, du reste, de faire remarquer que non seulement la quantité des aliments absorbés par les malades en question dépasse de beaucoup la ration normale, mais qu'encore ces aliments ne leur conviennent pas.

Les convulsions étant dues à une sorte d'intoxication alimentaire liée à un métabolisme défectueux, il faut tout d'abord éliminer de l'alimentation tout produit toxique ou avarié. Il importe ensuite d'instituer un régime approprié, en substituant aux aliments grossiers que ces malades consomment habituellement en grande quantité des substances alimentaires légères, nutritives et faciles à digérer. On doit exiger que les repas soient pris à heures très fixes et que le patient ne mange pas tard dans la soirée. S'il y a tendance à la constipation, on fera bien d'y remédier en administrant, quelque temps avant le déjeuner, de l'extrait fluide de *cascara sagrada*. Il faut supprimer complètement l'usage de l'alcool, et dans les cas où le malade est dans un état irritable, ses accès tendant à se reproduire malgré le traitement diététique, on prescrira du bromure de potassium à petites doses (0 gr. 60 centigr. à 1 gramme), non pas dans un but curatif, mais simplement pour calmer l'irritabilité corticale. Enfin, il importe de recommander au patient de mener une vie active, autant que possible en plein air. L'hydrothérapie pourra rendre de très bons services.

Sous l'influence de ces moyens, on verrait la plupart des cas de ce genre s'améliorer rapidement, voire même aboutir à la guérison complète, à la condition que le malade s'appliquât à suivre très rigoureusement le régime. (*Med. Record*, 28 janvier 1905.) — L. CH.

De l'intoxication acide; sa signification en chirurgie, par M. J. A. Kelly.

L'auteur rend compte des recherches qu'il a entreprises sur la valeur pronostique de l'acétonurie, recherches en vue desquelles il a systématiquement examiné les urines de 400 malades admis dans des services de chirurgie.

Au total, l'intoxication acide se rencontra chez 46 patients atteints des affections les plus diverses (appendicite, 12 cas; contusions et fractures, 14 cas; affections stomacales, 2 cas; cancer, 2 cas; plaies contuses graves, 3 cas; contusion cérébrale, 2 cas, etc.). Elle semble survenir de préférence chez les traumatisés et les enfants.

D'autre part, le symptôme en question existait 17 fois dès l'entrée du malade à l'hôpital; 12 fois il apparut dans les quarante-huit heures ayant suivi l'administration d'un anesthésique (éther le plus souvent); 17 fois il débuta plus ou moins longtemps après l'admission. Au point de vue de leur contenu, les urines étudiées renfermaient de l'acétone et de l'acide diacétique 24 fois, de l'acétone seule 20 fois, de l'acide diacétique seul 2 fois; de plus, dans 4 cas on y trouva du sucre.

Les symptômes les plus saillants de l'acétonurie sont l'apathie qui, dans les cas graves, va jusqu'à la stupeur ou l'hébétude, et l'odeur sudorale, quelquefois chloroformée, que prend l'haleine. On constate, en outre, de l'anorexie, une légère hyperthermie, et souvent des vomissements. Ceux-ci sont aqueux dans les cas bénins, bilieux, foncés ou couleur marc de café dans les cas plus sévères. La stupeur alterne parfois avec l'agitation et le délire. Dans les formes graves l'urine est rare, dense, et contient souvent des traces d'albumine.

Le pronostic de l'acétonurie est généralement considéré comme fort grave. Sur les 46 malades de M. Kelly, il n'y eut pourtant que 6 morts et, chez plusieurs de ces sujets, l'acétonurie fut un simple épiphénomène, survenu sans raison apparente au moment de la guérison, disparaissant de même après vingt-quatre ou quarante-huit heures de durée.

Nous ne possédons pas de traitement spécifique contre l'intoxication acide : le bicarbonate de soude, administré par voie rectale ou buccale, produit souvent des améliorations, mais, habituellement, passagères. Le traitement ayant donné les meilleurs résultats à l'auteur fut l'injection sous-cutanée d'une solution d'adrénaline à 1/50.000 dans la solution physiologique. Chez les enfants, on injectait 200 c.c., et chez les adultes 500 c.c. de cette solution toutes les huit ou douze heures. Cette médication agit indirectement, en relevant la tension artérielle et en renforçant le pouls; malheureusement, les effets de l'adrénaline ne durent que trois ou quatre heures. (*Ann. of Surgery*, février 1905.) — R. DE B.

L'origine septique des ulcères de l'estomac et du duodénum, par M. W. B. Clarke.

On sait combien est obscure encore l'étiologie de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. Aussi nous paraît-il intéressant de résumer l'observation publiée par M. Clarke, dans laquelle l'origine septique de cette affection paraît nettement établie.

Un matelot, âgé de cinquante-cinq ans, fut admis pour un ulcère de l'estomac dans le service chirurgical du St. Bartholomew's Hospital de Londres. La lésion datait de six ans et avait débuté dans les circonstances suivantes : ayant fait naufrage, cet homme était resté seize jours dans un canot avant d'être secouru, et, durant ce laps de temps, il n'avait eu à manger que du pain moisi, rempli de vers, et à boire que de l'eau putride. Deux jours après avoir été sauvé, il éprouva de violentes douleurs dans l'estomac et vomit tout ce qu'il avait pris pendant les cinq derniers jours. Depuis lors, il ne se sentit jamais bien portant pendant une période tant soit peu prolongée, des accès douloureux accompagnés de vomissements se reproduisant à peu près tous les quinze jours et l'obligeant à suivre un régime, tandis que, avant son naufrage, il jouissait d'une excellente santé et pouvait manger n'importe quoi.

Le traitement médical (repos, alimentation rectale, lavages de l'estomac) n'ayant pas donné d'amélioration durable, l'auteur se décida à pratiquer une laparotomie exploratrice. L'abdomen une fois ouvert et le doigt introduit dans la plaie, on constata, dans la région du pylore, un épaississement considérable s'étendant à la fois à l'estomac et au duodénum. On fit une gastro-jéjunostomie rétrocolique avec jéjuno-jéjunostomie.

Ce fait milite bien en faveur de l'hypothèse soutenue par un certain nombre d'auteurs — par MM. Mayo Robson et Moynihan, entre autres — que l'ulcère de l'estomac peut relever d'une infection septique d'origine buccale. (*Lancet*, 11 février 1905.) — L. CH.

Anatomie pathologique et pathogénie de la toxémie gravidique, par M. James Ewing.

La plupart des symptômes ou malaises ressentis par les femmes pendant le cours de leur grossesse sont réputés physiologiques. Dans le présent travail M. Ewing s'élève contre cette manière de voir; il pense que toutes ces manifestations doivent être mises au compte de l'intoxication gravidique.

La forme la plus grave de cette toxémie est l'éclampsie, et ses lésions les plus constantes sont les lésions hépatiques qui présentent tous les degrés, depuis les dégénérescences graisseuses visibles seulement au microscope jusqu'aux hémorragies interstitielles et à l'atrophie jaune aiguë du foie. Mais pareilles lésions se rencontrent aussi dans les cas de vomissements incoercibles terminés par la mort; chez ces malades, le sang peut également posséder des propriétés convulsivantes, comme l'auteur a pu s'en assurer dans un cas par des inoculations expérimentales; de plus, l'animal inoculé offrit à l'autopsie une dégénérescence du foie.

La leucémie qui se développe après un accouchement relativement récent doit aussi être considérée comme une suite éloignée de l'intoxication gravidique : cette filiation est d'autant plus légitime que dans un cas observé par M. Ewing il existait à l'autopsie une atrophie jaune aiguë du foie.

De ces formes graves, il est bon de rapprocher les vomissements plus ou moins fréquents, les céphalées, l'irritabilité nerveuse, la lassitude qu'on rencontre chez tant de femmes enceintes. Tous ces symptômes sont dus le plus souvent à une intoxication hépatique et doivent être traités comme tels. La preuve en est que pendant la grossesse les urines contiennent très souvent des produits d'oxydation incomplète, avec diminution du taux de l'urée; or, la synthèse de l'urée est une fonction exclusive du foie.

C'est en partant de ce principe que toute femme gravide est plus ou moins en état d'intoxication, et en ne négligeant pas les différents malaises qu'elle accuse et qui peuvent être les prodromes d'accidents plus graves, qu'on préviendra l'éclampsie et qu'on en diminuera la mortalité. Quant aux moyens thérapeutiques à employer, ils comportent dans une large mesure l'usage des solutions salines que l'état poisseux du sang des éclamptiques semble tout naturellement indiquer. Toutefois, il est bon de savoir que la voie sous-cutanée est la seule sûre : dans un cas relaté par l'auteur, tous les liquides injectés par voie rectale demeurèrent dans l'intestin sans subir la moindre résorption. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, février 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ESPAGNOLES

De la menstruation chez les aliénées, par M. Etchepare.

Un grand nombre d'aliénistes attribuent une importance considérable à la menstruation dans l'origine ou l'évolution de l'aliénation mentale. Leurs affirmations n'étant pourtant pas toujours concordantes à l'égard des diverses psy-

choses, M. Etchepare a recherché, sur les aliénées menstruées de son service, quelles pouvaient être les relations réciproques existant entre les troubles mentaux et le flux menstruel. Ce sont les résultats de cette étude qui sont relatés dans le présent travail.

En ce qui concerne l'influence de la folie sur la menstruation, il convient de l'étudier séparément selon qu'il s'agit de psychoses aiguës ou de psychoses chroniques.

Sur 250 malades de cette dernière catégorie, 210 étaient réglées tous les mois, 32 l'étaient régulièrement, mais à des intervalles plus éloignés, 8 enfin l'étaient irrégulièrement. La durée moyenne de la menstruation était de quatre jours environ. Il semble donc que dans les psychoses chroniques les époques ne présentent aucune déviation bien apparente de leur type habituel chez la moyenne des femmes.

Sur 94 malades atteintes d'une psychose aiguë, 15 seulement avaient eu des troubles évidents de la menstruation en rapport avec l'apparition de leur maladie mentale : ces troubles consistaient essentiellement en la disparition des règles qui, néanmoins, réapparurent ou se régularisèrent avec l'amélioration ultérieure de l'état mental. Pour les 79 autres patientes, les règles offraient une durée et une régularité normales.

Quant à l'influence de la menstruation sur la folie, elle est presque nulle dans les états chroniques : sur les 250 malades de ce groupe, 31 seulement présentaient une légère excitation et 8 un peu de dépression au moment du flux cataménial. Il est à noter cependant que, sur 65 femmes atteintes de psychoses de dégénérescence, les époques s'accompagnaient chez 19 d'une exaltation des symptômes, tels qu'accès impulsifs, loquacité, agressivité, agitation motrice, etc. Dans les états aigus, l'influence menstruelle est un peu plus marquée, puisque la réapparition des règles correspond souvent à une certaine amélioration de la maladie; mais, comme il a été dit, pareille relation ne se rencontra que 15 fois sur 94; chez les autres malades, les règles reparurent ou se répétèrent sans que l'état mental en fût modifié. Les seuls phénomènes observés, chez quelques aliénées, étaient de l'excitation ou de la dépression au moment du flux menstruel.

Chez les épileptiques, les époques ont une action plus manifeste : sur 18 malades de cette catégorie, 15 n'eurent jamais de crises pendant leurs règles; les 3 qui en eurent étaient atteintes de formes extrêmement graves de l'épilepsie. (*Rev. méd. del Uruguay*, décembre 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

Hémorrhagie mortelle au cours d'une ponction exploratrice ayant intéressé le poumon, par M. C. METZLAR.

La ponction exploratrice de la plèvre est généralement considérée comme étant d'une innocuité absolue. Le fait observé par M. Metzlar montre cependant que certains cas exceptionnels peuvent déroger à cette règle.

Il s'agit d'une femme de soixante-trois ans qui, à la suite d'une pneumonie, fut atteinte d'une pleurésie purulente droite pour laquelle on pratiqua la thoracotomie avec résection costale et drainage consécutif. Malgré l'intervention, l'état général de la malade demeura précaire; le quatrième jour, la température monta même à 40°, et le pouls devint tellement mauvais qu'on dut recourir à des injections d'huile camphrée et de solution physiologique. Soupçonnant l'existence d'une poche purulente enkystée, on pratiqua alors une ponction exploratrice en un point du thorax où la malade accusait une douleur particulière : bien que l'on s'y reprît par cinq fois, il y eut chaque fois ponction blanche.

Convaincu néanmoins de la présence du pus, l'auteur, ayant tout fait apprêter pour l'opération, se disposait à prendre le bistouri, lorsqu'une dernière ponction exploratrice pratiquée dans le septième espace intercostal ramena quelques gouttes de pus. On laissa d'abord l'aiguille en place, afin de s'en servir comme guide pour aller à la recherche de la poche purulente, mais on dut la retirer au moment de la résection costale. Une nouvelle ponction fut alors tentée sans succès, et deux fois encore on fit une ponction blanche. A la dernière tentative, on s'aperçut que la malade rendait du sang par la bouche. Quelques minutes après, elle succombait, au milieu de phénomènes donnant l'impression d'une asphyxie rapidement progressive.

Une autopsie partielle eut lieu séance tenante. Elle fit reconnaître l'existence, au niveau de la résection costale, d'un empyème enkysté de la dimension du poing d'un enfant; en outre, on nota de l'atélectasie du lobe inférieur du poumon droit.

Le lendemain, en complétant l'examen nécropsique, on constata qu'à l'ouverture du thorax le poumon gauche, bien que n'étant pas retenu par des adhérences pleurales, avait peu de tendance à s'affaisser. La lumière de la bronche principale de ce poumon était presque entièrement obstruée par des caillots de sang.

Du côté droit, siège de l'empyème, on se trouva en présence d'une vaste cavité purulente constituée par l'espace pleural droit et bien drainée par la première opération. Il existait en outre deux poches purulentes beaucoup plus petites. La bronche principale droite était remplie presque en totalité par des masses mucosanguines. Au niveau où l'aiguille de la ponction avait pénétré dans le poumon, le parenchyme présentait une coloration rouge plus foncée que dans le reste de l'organe.

Au demeurant, l'autopsie a apporté peu d'éclaircissements à l'explication de la mort subite survenue dans le cas présent. L'hypothèse cliniquement la plus vraisemblable était la production d'une embolie pulmonaire mobilisée par l'aiguille; ou bien on pouvait penser à une simple coïncidence, l'intervention n'ayant aucun rapport avec la cause de la mort, comme cela s'observe dans l'infarctus par exemple. Or, ces deux suppositions ont été entièrement controuvées par l'autopsie. Aussi M. Metzlar estime-t-il que l'hémoptysie fatale a été déterminée par ce fait que, au niveau des parties atélectasiées dans lesquelles a pénétré l'aiguille, les vaisseaux étaient dilatés et ne pouvaient se rétracter, en raison de la consolidation du parenchyme pulmonaire.

Il convient d'ailleurs de noter que la quantité de sang recueillie pendant la vie au moment de l'hémoptysie, jointe à celle que l'on put collecter dans les bronches lors de la nécropsie, ne dépassait pas 75 c.c. Si une hémorrhagie aussi minime a pu déterminer la mort, cela provient probablement de ce qu'il s'agissait d'une femme âgée, dont la résistance était considérablement diminuée du fait de sa pneumonie et de son empyème; en outre, il faut tenir compte que, au moment de l'opération, la malade était couchée sur le côté gauche, le seul dont le poumon fonctionnât, et que, par conséquent, le champ respiratoire se trouvait singulièrement rétréci. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 14 janvier 1905.) — F. M.

Etude morphologique et bactériologique des exsudats pleuraux, par M. W. VETTER.

On sait que, d'après les recherches de MM. Widal et Ravaut, les épanchements pleuraux qui contiennent des lymphocytes caractérisent les pleurésies tuberculeuses (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 227). Dans le présent travail, M. Vetter s'est attaché à vérifier ce point, en même temps qu'à rechercher un procédé de culture simple et facile pour la mise en évidence des bacilles tuberculeux.

La difficulté d'obtenir des cultures de bacilles de Koch provient généralement du petit nombre de ces microorganismes. Si l'on veut avoir des résultats positifs, il faut donc mettre en contact avec le milieu de culture une quantité relativement considérable de l'exsudat préalablement centrifugé. Dans ce but, M. Vetter se sert de tubes larges de 2 centimètres, hauts de 20 et portant à 4 centimètres au-dessus de leur fond un point rétréci. On remplit le segment inférieur avec 8 c.c. d'une solution de glycérine à 10 %, additionnée de 1 % de peptone et de 0.5 % de chlorure de sodium, et alcalinisée avec un peu de carbonate de soude. On place ensuite dans la partie supérieure du tube une tranche de pomme de terre, en prenant garde de ne pas obturer l'orifice de communication des deux parties du tube. On procède enfin à la stérilisation à 110° pendant une heure un quart.

Dans un tube ainsi préparé, on verse 8 c.c. du liquide pleural à examiner. Le tout est alors maintenu à l'étuve à une température de 38°. Les deux premiers jours, on agite de temps à autre le tube avec précaution; on constate alors que la fibrine s'est précipitée, soit sous forme de dépôt au fond du tube, soit sous forme de délicats filaments flottant le long de la tranche de pomme de terre. Au bout de vingt et un à vingt-cinq jours on trouve, sur la pomme de terre, des colonies grosses comme des têtes d'épingle, à surface granuleuse, de couleur d'abord jaune pâle, puis jaune et finalement brune. A la longue, elles forment une mince pellicule à la surface du bouillon et même sur les parois du tube, au-dessus du niveau du liquide. Plus tard, on peut également en rencontrer dans ce dernier, mais elles se localisent alors sur les filaments fibrineux. Le microscope prouve que ces colonies sont constituées par des bacilles tuberculeux. La pomme de terre demeure quelquefois exempte de colonies; sa présence paraît cependant indispensable.

Sur 10 cas de pleurésie à lymphocytes où il n'y avait pas trace clinique de tuberculose, M. Vetter a, de la sorte, pu isoler 9 fois des bacilles de Koch; dans le dixième cas, il s'agissait de staphylocoques. Il semble donc que ce procédé soit doué d'une assez grande sensibilité quand il s'agit de démontrer de façon indéniable la présence de bacilles tuberculeux. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 février 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Le ferite prodotte dai moderni fucili da guerra. In-8°, 320 p. Florence, 1905. — **Les blessures produites par les fusils de guerre modernes,** par M. D. TADDEI.

La monographie de M. Taddei est divisée en deux parties ; dans la première, il étudie les effets des fusils de guerre modernes sur les objets inanimés; dans la seconde, il passe en revue les blessures produites par les projectiles de ces mêmes fusils sur les divers tissus et organes du corps humain.

Après avoir d'abord brièvement résumé les modifications les plus importantes, au point de vue chirurgical, qui ont été apportées dans ces derniers temps aux armes d'infanterie, l'auteur décrit ensuite les qualités statiques (forme, calibre, longueur, poids, constitution) et dynamiques (mouvements de propulsion et de rotation, force vive, portée, trajet, etc.) des projectiles modernes, en complétant cette description par des tableaux comparatifs concernant les fusils adoptés dans les divers pays.

Un chapitre spécial est consacré aux modifications physiques de nature dynamique que subissent les projectiles : ce sont, en premier lieu, la déformation et la fragmentation, et ensuite l'échauffement.

Pour ce qui est des déformations, on sait qu'elles étaient extrêmement fréquentes avec les anciennes balles de plomb; c'est ainsi que, dans la guerre de Crimée, Pirogov les a notées dans 50 % des cas. Les projectiles modernes se déforment beaucoup moins souvent, et encore ces déformations se réalisent-elles surtout lorsque la balle enchemisée vient frapper contre la diaphyse des os longs et volumineux (fémur, tibia, humérus) ou contre certaines parties compactes de ces os, telles que la ligne âpre du fémur ou la crête du tibia. Les os plats et spongieux déterminent beaucoup plus rarement une déformation du projectile, et quant aux parties molles, elles n'exercent à cet égard aucune influence sur les balles actuelles. La fréquence et l'intensité de la déformation sont, du reste, pour le même projectile et le même obstacle, en raison inverse de la distance du

tir. Quoi qu'il en soit — et alors même que l'on fait abstraction des ravages produits par certaines catégories de balles non complètement revêtues de chemise (balles *Dum-Dum*) ou à pointe creuse (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 190 et 1899, p. 18) —, il n'en reste pas moins que l'action vulnérante de la balle cuirassée déformée ou fragmentée est plus considérable que celle des anciens projectiles ayant subi une déformation.

Quant à l'échauffement de la balle, auquel un certain nombre d'auteurs (Socin, Busch, Müller) avaient cru pouvoir attribuer la déformation de celle-ci, son influence semble minime, sinon complètement nulle, tant à l'égard des effets vulnérants du projectile que pour l'asepsie de la blessure, encore que quelques chirurgiens aient soutenu que la température de la balle exerce une action stérilisante sur la plaie.

Etant données les propriétés spéciales à la balle cuirassée, qui ont été longuement décrites dans ce journal (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 147-149) et sur lesquelles il serait inutile de revenir, on comprend que, notamment pour les tissus mous (téguments, aponévroses, muscles, tendons, nerfs), les plaies produites par les fusils de guerre modernes soient, d'une façon générale, beaucoup plus bénignes que celles qu'occasionnaient les anciennes armes.

Les blessures portant sur les vaisseaux sanguins des extrémités donnent assez rarement lieu à de graves hémorrhagies externes : on observe plutôt, à leur suite, des hématomes et des anévrysmes, soit artériels, soit artério-veineux.

On peut considérer comme relativement bénins les traumatismes produits du côté des os plats, des articulations et du poumon. Par contre, pour ce qui est des blessures des os longs et parfois aussi des os spongieux, des plaies de la tête, de la colonne vertébrale, du cœur, des viscères parenchymateux ou creux de l'abdomen, M. Taddei arrive à conclure qu'elles peuvent présenter une gravité assez grande, voire même supérieure à celle des blessures des mêmes organes par les anciennes balles.

L'auteur estime, du reste, que la bénignité relative d'un grand nombre de plaies occasionnées par les fusils actuels dépend non seulement de ce que les lésions anatomiques sont plus limitées, mais encore de ce que ces lésions peuvent pratiquement être considérées comme aseptiques. L'asepsie des plaies, observée dans les guerres modernes, doit, d'après M. Taddei, être surtout attribuée à l'étroitesse des orifices d'entrée et de sortie du projectile, au peu d'étendue de la destruction des éléments anatomiques avoisinant le trajet parcouru par la balle et à la rareté des corps étrangers dans la blessure. Quant aux autres conditions invoquées par quelques auteurs, telles que l'asepsie primitive des projectiles, leur stérilisation thermique ou par action mécanique, etc., elles jouent, tout au plus, un rôle secondaire.

Il importe aussi de ne pas perdre de vue que le traitement des plaies par armes à feu est devenu bien plus rationnel, l'expérience clinique ayant prouvé d'une manière péremptoire que la méthode conservatrice et l'occlusion simple de la plaie sont de beaucoup préférables aux interventions sanglantes précoces. Aussi l'auteur insiste-t-il sur ce point que, sauf indication urgente et absolue (hémorrhagie, infection), tout traitement opératoire des blessés ne devrait être autorisé que consécutivement et dans des hôpitaux stables, les conditions dans lesquelles se trouve le chirurgien sur le théâtre de la guerre étant, à tous les points de vue, des plus défavorables à la bonne réussite de l'intervention.

Il y a lieu, enfin, de tenir compte de l'importance que présentent pour l'évolution des plaies le transport des blessés et le traitement médico-hygiénique, le rôle de ces deux facteurs ayant été particulièrement mis en évidence par l'expérience des guerres modernes. — L. CH.

Sur la pathogénie de l'anémie ankylostomiasique, par M. G. Alessandrini.

Les causes de l'anémie dont s'accompagne l'ankylostomiase sont encore discutées, certains les attribuant aux petites hémorrhagies intestinales que détermine le parasite, tandis que d'autres les rapportent à l'action d'une sécrétion toxique spéciale. Il est vraisemblable que chacune de ces interprétations renferme une part de vérité : s'il est incontestable que les pertes répétées de sang, quelque faibles qu'elles soient, doivent jouer un rôle important dans la genèse de l'anémie, l'action toxique paraît bien établie par les faits que relate M. Alessandrini.

On sait que l'ankylostome possède, à la partie antérieure de son corps, deux paires de glandes, parfaitement étudiées au point de vue anatomique, mais dont les fonctions sont encore mystérieuses. Les plus antérieures (*glandes céphaliques*), de par leur situation même et leur abouchement dans la capsule buccale, peuvent être considérées comme des glandes salivaires. Les plus postérieures (*glandes cervicales*) sont des glandes unicellulaires, constituées par une cellule granuleuse à volumineux noyau, avec partie d'implantation étirée en un véritable canalicule excréteur; elles occupent en longueur la moitié environ du corps de l'animal et s'ouvrent directement à l'extérieur par un pore excréteur situé sur la face ventrale, à peu de distance de l'extrémité antérieure.

C'est à ces dernières que M. Alessandrini attribue la propriété de sécréter des substances toxiques, substances dont il démontre directement l'existence de la manière que voici : après avoir minutieusement isolé par dilacération ces glandes sur l'animal vivant, préalablement lavé, puis asséché, il les dépose sur un porte-objet et met à leur contact une goutte de sang humain; aussitôt on voit les globules rouges subir une hémolyse intense, qui apparaît d'autant plus marquée que l'on envisage un point de la préparation plus proche de la glande elle-même. Si, au lieu d'expérimenter avec du sang humain pur, on se sert de sang dilué au moyen d'une solution isotonique de chlorure de sodium, l'hémolyse est encore plus accentuée et plus rapide, sans doute parce que la fluidité plus grande du liquide favorise la diffusion du poison.

Comme le fait observer l'auteur, cette sécrétion, par l'ankylostome, de substances toxiques pour le sang n'a rien qui doive surprendre; pareilles sécrétions sont communes chez les animaux hémophages (puce, punaise, moustiques, etc., etc.); les substances ainsi sécrétées remplissent d'ordinaire un double but : d'une part, elles déterminent une hyperémie locale, ce qui permet à l'animal de trouver sur un petit espace une nourriture plus abondante; d'autre part, elles entravent la coagulation du sang, qui est de la sorte plus facilement attaqué par les sucs digestifs du parasite. L'apparition de sécrétions de ce genre témoigne, en somme, d'une adaptation plus parfaite de l'animal au genre d'alimentation qu'il a adopté. (*Policlinico*, partie méd., XI, 12.) — F. F.

Sur le sort du saccharose dans l'organisme animal, par MM. G. Jappelli et C. D'Errico.

Au cours de recherches destinées à élucider le sort du sucre de canne introduit dans l'organisme animal (en quelle proportion il est éliminé par les urines, quelles sont ses autres voies d'élimination, etc., etc.), les auteurs ont été amenés à examiner une question qui n'est pas dénuée d'intérêt pratique, vu les nombreuses tentatives faites dans ces dernières années pour réaliser l'alimentation par voie sous-cutanée : nous voulons parler de la valeur alimentaire du saccharose introduit dans l'organisme par injection hypodermique.

Leurs expériences ont porté sur 8 lapins, soumis à une diète absolue (ils avaient seulement de l'eau à leur disposition), dont 4 recevaient chaque jour, sous la peau, 2 grammes de saccharose dissous dans 5 c.c. d'eau, tandis que les 4 autres servaient de témoins : il s'agissait de savoir surtout quelle serait la survie moyenne dans les deux séries, à combien s'élèverait la perte de poids quotidienne, enfin quel serait chaque jour le taux de désassimilation azotée.

Or, dans ces expériences, les animaux recevant du saccharose ont tous présenté une survie manifeste (de deux à six jours de durée). Les diverses expériences étant du reste en tout point comparables, il suffira d'indiquer les résultats d'une d'entre elles : le lapin soumis aux injections mourut au bout de neuf jours, ayant perdu en moyenne 68 gr. 50 centigr. de poids chaque jour, et éliminé 0 gr. 983 milligr. d'azote; la survie du témoin ne fut que d'une semaine, et la perte de poids quotidienne atteignit 78 grammes, tandis que la désassimilation azotée s'élevait à 1 gr. 065 milligr.

A en juger par ces chiffres, il est hors de doute que le saccharose administré par voie hypodermique soit utilisé — en totalité ou en partie — et que, en diminuant la consommation des matériaux azotés de l'organisme, il retarde les progrès de l'inanition. Mais cet avantage n'est-il pas compensé par des inconvénients, et notamment l'élimination du sucre de canne par le rein n'est-elle pas susceptible de léser cet organe? C'est la question que MM. Jappelli et D'Errico ont été naturellement amenés à se poser, car ils avaient constaté, chez les lapins injectés, une albuminurie, très légère à la vérité, apparue quelques jours après le début des injections. Ils ont donc fait l'examen systématique des reins de ces animaux, et ils ont pu y constater l'existence de lésions manifestes, consistant essentiellement en hyperémie et congestion, avec desquamation des cellules de la capsule glomérulaire, état de tuméfaction trouble de l'épithélium des tubes contournés, etc.

On sait que des constatations fort analogues ont été faites dans les essais d'alimentation sous-cutanée au moyen de substances albuminoïdes. Il semble donc bien que les graisses seules demeurent susceptibles d'être utilisées dans ce but. (*Atti dell'Accad. med.-chir. di Napoli*, LVIII, 2.) — F. F.

PUBLICATIONS POLONAISES

Influence des toxines tuberculeuses sur le développement et la virulence d'autres bactéries, par M. L. Korczynski.

En étudiant les infections mixtes dans la tuberculose pulmonaire, les auteurs se sont surtout appliqués à déterminer les microorganismes que l'on trouve dans les poumons tuberculeux ou dans les crachats des phtisiques, et à rechercher si ces microbes sont réellement pathogènes ou simplement saprophytes. Mais il est un autre point, non moins intéressant et que l'on a, cependant, presque toujours laissé de côté, c'est de savoir la cause même de la fréquence des infections secondaires au cours de la tuberculose pulmonaire. M. Korczynski s'est efforcé d'élucider ce point en instituant une série d'expériences relatives à l'influence qu'exercent les produits toxiques provenant de bacilles tuberculeux sur la croissance et la virulence d'autres bactéries.

L'auteur a été de la sorte à même de se convaincre que les toxines en question favorisent la pullulation des staphylocoques, des streptocoques et des colibacilles, ces microorganismes se développant beaucoup plus rapidement sur des milieux additionnés de tuberculine ou de bouillon provenant de cultures du bacille tuberculeux que sur les mêmes milieux purs. Les streptocoques et les colibacilles pullulent d'autant mieux que les milieux sont plus riches en toxines tuberculeuses. D'autre part, M. Korczynski a constaté que la virulence du *Bacterium coli* cultivé sur agar additionné de bouillon de cultures tuberculeuses est au moins deux fois plus considérable que celle du même microorganisme cultivé sur agar pur. Il y a plus : si, en introduisant dans la cavité péritonéale d'un cobaye une dose non mortelle de culture de colibacilles, on injecte en même temps une certaine quantité de bouillon provenant d'une culture de bacilles de la tuberculose, quantité qui, à elle seule, est également insuffisante pour amener la mort de l'animal, on ne tarde pas à voir celui-ci succomber; là encore, la toxine tuberculeuse exalte la virulence du *Bacterium coli*. (*Gaz. lekarska*, 24 et 31 décembre 1904.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

Contribution à l'étude de la signification diagnostique et pronostique de l'éruption dans le typhus exanthématique, par M. M. Kiréiev.

Les traités classiques et les monographies consacrées à l'étude du typhus exanthématique ne donnent, en général, que fort peu de renseignements sur les caractères de l'éruption. Or, d'après l'expérience de M. Kiréiev, qui a eu l'occasion d'observer un grand nombre de typhiques à l'hôpital de Sokolniki à Moscou, dans les cas de typhus à évolution typique l'exanthème présenterait une certaine valeur diagnostique et surtout pronostique.

L'éruption se montrerait, entre le troisième et le septième jour de la maladie, sous la forme de taches rose pâle, dont les dimensions varient entre celles d'une tête d'épingle et celles d'un grain de chanvre, et qui disparaissent sous la pression du doigt. Ces macules apparaissent d'abord dans la région de la ceinture scapulaire, puis sur le thorax et sur l'abdomen; parfois, on en voit aussi sur les extrémités supérieures et inférieures, mais elles sont excessivement rares sur la face, et l'auteur n'a observé que 2 faits de cette dernière catégorie. Peu à peu, les taches prennent une coloration plus intense, après quoi elles commencent à pâlir ou se transforment en pétéchies; celles-ci existeraient même dans les cas les plus légers de typhus exanthématique.

La particularité la plus frappante de ces macules consiste dans leur forme irrégulière, leurs bords se confondant insensiblement avec la peau normale avoisinante, ce qui leur donne l'aspect de taches diffuses. De plus, elles ne sont jamais surélevées; aussi, toutes les fois que, dans un cas douteux, on se trouve en présence d'une roséole à caractère plus ou moins papuleux, est-on en droit d'affirmer que l'on a affaire, non pas à un typhus exanthématique, mais à une fièvre typhoïde, et cela quelle que soit l'abondance de l'éruption.

La roséole typhique peut, par conséquent, faciliter le diagnostic différentiel du typhus exanthématique, surtout en ce qui concerne la confusion éventuelle de ce dernier avec une dothiénentérie à éruption abondante.

D'autre part, l'évolution de cette roséole fournirait des indications pronostiques assez précieuses. M. Kiréiev a, en effet, été à même de se convaincre que dès que les taches rosées ont pâli, on peut s'attendre à voir survenir une crise au bout d'environ cinq jours. Dans les cas où, concurremment avec la disparition de la roséole, la température commence à osciller, l'issue favorable de la maladie est assurée. Par contre, si, l'éruption une fois pâlie, l'hyperthermie se maintient encore sous forme de fièvre continue, le pronostic doit être très réservé. L'abondance des pétéchies témoigne de la gravité du cas. Lorsque l'exanthème pétéchial commence à pâlir et que la température présente en même temps quelques oscillations, on peut prévoir la chute définitive de la fièvre dans trois jours environ. Les pétéchies persistent-elles longtemps, le pronostic devient, au contraire, très sérieux, et la présence de l'éruption pétéchiale après la chute de la température indiquerait que l'on a affaire à un cas absolument désespéré. (*Méd. Obozr.*, LXIII, 1.) — L. CH.

Hémorrhagie mortelle du foie dans un cas de syphilis héréditaire chez un nouveau-né, par M. V. Joukovsky.

Une jeune femme de vingt-cinq ans, qui avait déjà eu deux enfants, dont l'un succomba à l'âge de six mois et l'autre à la fin de sa première année, accoucha d'un troisième bébé, en apparence bien portant. La taille et le poids (3,700 grammes) du nouveau-né étaient supérieurs à la normale, et dans le placenta on ne releva rien de particulier. Pendant les premiers jours, l'enfant téta et dormit très bien, eut des selles normales et urina régulièrement. Au quatrième jour, on vit apparaître une petite hémorrhagie ombilicale, qui ne tarda, du reste, pas à s'arrêter; mais aussitôt après on constata une pâleur très marquée de tous les téguments, accompagnée d'un état d'excitation, et au bout de huit heures le petit patient succombait.

La maladie avait débuté d'une manière si indéterminée et son évolution avait été tellement rapide que l'enfant ne fut même pas examiné soigneusement pendant la vie. La mort paraissant subite et inexplicable, on procéda à l'autopsie. Au niveau des sutures frontale, coronaire et occipitale, on trouva des îlots hémorrhagiques assez étendus; dans la dure-mère et sur la base du cerveau, on voyait une très grande quantité de sang noir demi-coagulé; la pie-mère, exsangue, se laissait détacher très facilement; le cerveau, volumineux et assez résistant, était également exsangue et présentait une couleur uniformément blanche. Au-dessus de la clavicule gauche et au niveau du creux axillaire du même côté, il existait, dans le tissu cellulaire sous-cutané, un foyer hémorrhagique assez étendu. Le cœur et les vaisseaux étaient bien développés, mais la musculature cardiaque était tout à fait pâle, les ventricules et les artères coronaires complètement vides. Dans la cavité abdominale, et notamment au niveau de sa moitié supérieure, on trouva un foyer hémorrhagique très considérable, le sang se présentant sous la forme de gros caillots noirs et mous. Le foie, diminué de volume, était très ischémié; dans la moitié supérieure de son lobe gauche, la capsule de l'organe était décollée sur une grande étendue et formait une sorte de vessie ratatinée, qui contenait quelques restes d'hémorrhagie. Au niveau de cette poche, le tissu hépatique était comme tassé et présentait deux facettes concentriques. On avait évidemment affaire à une anémie aiguë par hémorrhagie interne provenant du foie.

L'examen microscopique dénota dans tous les organes, et surtout dans le cerveau, le foie et les poumons, l'existence de lésions caractéristiques de la syphilis congénitale (encéphalite interstitielle, pneumonie interstitielle, cirrhose hépatique, etc.). Or, malgré ces lésions viscérales avancées, le nouveau-né en question n'avait présenté, pendant la vie, aucun phénomène morbide susceptible de faire soupçonner la syphilis congénitale. Ce fait montre combien cette forme de vérole peut être difficile à dépister et combien on s'exposerait à commettre des erreurs relativement à la cause de la mort subite d'un nouveau-né, si l'on se bornait à un simple examen macroscopique des organes.

Ajoutons que dans la littérature médicale M. Joukovsky n'a pas trouvé d'observation d'hémorrhagie mortelle du foie, d'origine syphilitique, sans déchirure du tissu hépatique. (*Méd. Obozr.*, LXIII, 2.) — L. CH.

Un cas de néphrite intentionnellement provoquée, par M. A. Kozmine.

L'observation relatée par l'auteur a trait à un soldat qui fut admis à l'hôpital en plein été pour une anasarque survenue brusquement et accompagnée de prostration générale, avec douleurs dans les membres inférieurs. A l'examen, on trouva un œdème généralisé à tout le tissu cellulaire sous-cutané, et surtout accentué au niveau des extrémités inférieures; les téguments présentaient une coloration normale; il n'existait ni fièvre, ni aucune anomalie du côté du cœur, des poumons ou de la cavité abdominale, mais l'urine contenait 2 ‰ d'albumine. On porta le diagnostic de néphrite aiguë et on institua un traitement approprié, qui fut cependant impuissant à empêcher l'éclosion d'une série d'accidents urémiques avec convulsions cloniques localisées principalement aux muscles de la tête, du cou et de la face, coma, cyanose, etc., etc. Au bout d'une quinzaine de jours, l'albuminurie et les œdèmes disparurent, et le patient put bientôt quitter l'hôpital.

Rien dans les antécédents de cet homme ne permettait de comprendre l'apparition de la néphrite en question, survenue par un temps chaud et sec, et sans cause apparente. L'étiologie de l'affection restait donc obscure, lorsqu'une trouvaille fortuite mit M. Kozmine à même d'établir qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une *maladie provoquée :* sous l'oreiller du patient, on découvrit un sac marqué de son nom et qui contenait des morceaux de l'écorce d'une espèce de garou (*Daphne mezereum*), sur la provenance desquels le malade ne donna aucun renseignement. Or, l'action de ce produit est quelque peu analogue à celle des cantharides, et l'auteur a pu ultérieurement se convaincre que les habitants de l'Esthonie — pays d'origine du soldat dont on vient de lire l'histoire — sont parfaitement au courant des propriétés de l'écorce en question et les utilisent fréquemment pendant qu'ils font leur service militaire. (*Voïenno-méd. journ.*, février 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Rougeole et diphtérie, par M. Th. Hellström.

Dans le présent travail, M. Hellström étudie l'influence réciproque de la rougeole et de la diphtérie, à l'aide des observations recueillies durant ces dix dernières années à l'hôpital des contagieux de Stockholm : pendant ce laps de temps, il a été traité, dans cet établissement, 112 enfants ayant contracté la diphtérie à la suite d'une rougeole.

En ce qui concerne le pronostic, il ne fut pas très mauvais chez les petits malades atteints d'une localisation de la diphtérie autre que le croup : sur 14, un seul mourut. Il n'en fut pas de même pour cette dernière localisation, qui est de beaucoup la plus fréquente (98 cas sur 112, soit 87.5 %) : sa mortalité fut de 62.2 %, alors que, durant la même période, celle du croup vulgaire fut seulement de 27.3 %. La laryngite diphtérique, qui peut survenir chez les rougeoleux à n'importe quel jour pendant les trois semaines suivant l'apparition de l'exanthème, atteint cependant son maximum de fréquence du quatrième au huitième jour. On a prétendu que le pronostic était d'autant plus mauvais que l'invasion diphtéritique était plus précoce; mais cette proposition n'a de valeur que pour les cas, peu nombreux, où l'infection secondaire frappe un malade affaibli par une rougeole grave et n'ayant pas eu le temps de se rétablir.

On a de la gravité du croup morbilleux une nouvelle preuve dans le nombre plus considérable d'interventions qu'il fut nécessaire de pratiquer en pareille occurrence (68.3 % des cas au lieu de 59.8 %). Le résultat fut en outre plus mauvais chez les rougeoleux diphtéritiques dont la mortalité opératoire s'éleva à 74.6 %, alors que celle du croup ordinaire fut seulement de 41.2 %.

Quant au traitement sérothérapique, il a certainement amélioré le pronostic : depuis l'introduction de cette méthode, la mortalité du croup morbilleux s'est abaissée de 72.5 % à 55.1 %; mais, pour obtenir de bons résultats, il faut recourir à des doses élevées; il ne semble pas d'ailleurs que ces dernières aient d'action fâcheuse.

Certains auteurs, notamment en France, conseillent de ne recourir que le plus tard possible à une opération (trachéotomie, tubage) : ils craignent que la muqueuse laryngée ou bronchique des rougeoleux, du fait de la maladie antérieure, ne soit exposée à se nécroser ou à s'enflammer. Cependant l'observation clinique et les autopsies de M. Hellström ne semblent pas plaider en faveur de cette opinion : il est incontestable que le tube ou la canule peuvent amener la nécrose de la muqueuse, mais cet accident est indépendant de la durée d'application de l'instrument; autrement dit, la gangrène ne paraît se produire que chez des individus spécialement prédisposés du fait de l'infection. C'est ainsi que cet accident est survenu dans un cas après deux heures seulement de tubage, alors qu'il a fait défaut chez un autre petit malade ayant gardé son tube soixante-six heures consécutives. L'auteur pense donc que, dans le croup secondaire, les indications opératoires sont les mêmes que dans le croup primitif. Quant à la valeur relative des deux méthodes — tubage ou trachéotomie —, M. Hellström opine pour la première : 45 trachéotomies eurent une mortalité de 82.7 %, alors que 22 tubages — y compris même les cas où il fallut ultérieure-

ment faire la trachéotomie — ne fournirent que 59 % de décès.

Dans le croup morbilleux, comme d'ailleurs dans le croup vulgaire, il arrive souvent qu'on a beaucoup de peine à trouver des bacilles de Löffler; parfois même on ne rencontre ces derniers qu'après la trachéotomie, dans l'exsudat bronchique. Qui plus est, chez 3 malades, il fut absolument impossible de trouver des bacilles, aussi bien durant la vie qu'après la mort et en n'importe quel point des voies aériennes. M. Sevestre aurait observé quelques faits analogues et il semble que ces croups sans bacilles soient d'une malignité particulière : les 3 cas de l'auteur se sont terminés par la mort.

Si la diphtérie consécutive à la rougeole est particulièrement sévère, la réciproque n'est pas exacte : sur 109 diphtériques atteints ensuite de rougeole, il n'y eut que 8 morts, et encore faudrait-il exclure 3 petits malades que l'infection primitive avait fortement débilités. On peut donc admettre une mortalité de 4.7 %, ce qui n'a rien d'excessif. Chez les diphtériques, la rougeole ne semble pas résulter d'une prédisposition; elle paraît plutôt être purement accidentelle, car on la voit survenir à un moment quelconque durant les cinquante jours qui suivent l'éclosion de la diphtérie; de plus, elle frappe surtout les enfants âgés de moins de six ans, c'est-à-dire ceux qui ont été jusque-là le moins exposés à contracter la rougeole. Quoi qu'on en ait dit, il ne semble pas non plus que la rougeole survenue dans ces conditions soit fréquemment hémorrhagique : sur les 109 cas en question, elle ne présenta ce caractère que 2 fois. (*Hygiea*, janvier 1905.) — R. DE B.

Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ulcère chronique de l'estomac, par M. C. E Bloch.

L'ulcère chronique de l'estomac offre encore dans sa physiologie pathogénique bien des points obscurs : il est assez difficile de comprendre, notamment, la raison de sa localisation habituelle sur la petite courbure de l'estomac. C'est surtout à cette question que M. Bloch se propose de répondre dans le présent travail.

Au cours des autopsies, on trouve l'estomac le plus souvent relâché ou dilaté. Toutefois, quand on a soin de le fixer dans sa forme par une injection de formol tout de suite après la mort, on s'aperçoit, comme l'auteur a pu s'en convaincre chez une cinquantaine de sujets, qu'à l'état normal l'estomac est habituellement contracté et qu'il affecte beaucoup plus souvent la forme d'un fuseau que celle d'une cornemuse : les dimensions de la grande courbure sont à peine le double de celles de la petite, alors que dans les autopsies elles paraissent d'ordinaire quatre fois plus considérables.

Mais l'estomac se dilate pendant la digestion, et la muqueuse suit cette ampliation; il en résulte que cette dernière tunique, incomparablement moins élastique que les parois musculaires, doit se plisser durant la période de vacuité de l'estomac : ces plis sont en majorité longitudinaux et c'est dans les parties les plus dilatables de l'estomac, par conséquent vers la grande courbure, qu'on les rencontre surtout. La petite courbure, le pylore — et on pourrait ajouter le duodénum — sont, en effet, fixés par des ligaments ou par l'épiploon gastro-hépatique.

D'autre part, les expériences entreprises dans le but d'obtenir des ulcères expérimentaux ont montré que, dès qu'il se produit une perte de substance de la muqueuse, les fibres musculaires sous-jacentes se contractent, ce qui permet à la muqueuse voisine de recouvrir l'ulcération et de prévenir l'action corrosive du suc gastrique sur la paroi dépouillée de son épithélium protecteur. Dès lors, il est facile de comprendre que, dans les régions où la muqueuse forme naturellement des plis, cet excès de muqueuse arrive facilement à combler l'ulcère, tandis que là où elle n'en forme que peu ou pas, en raison de la faible extensibilité de l'estomac, comme au niveau de la petite courbure, du pylore ou même du duodénum, cette occlusion par la muqueuse sera difficile ou impossible, pour peu que l'ulcération soit étendue.

Quant aux causes de cette dernière, elles sont évidemment multiples : le facteur intermédiaire le plus commun semble être constitué par les hémorrhagies interstitielles de la muqueuse, entraînant la nécrose de l'épithélium sus-jacent. Or, on sait que la muqueuse du tube digestif est une de celles qui saignent avec le plus de facilité. L'hyperacidité gastrique, de son côté, ne fait que hâter, en pareille occurrence, la destruction de l'épithélium déjà dystrophique. (*Hospitalstidende*, 4 et 11 janvier 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS TCHÈQUES

Sur le chimisme gastrique dans différentes maladies, par MM. M. Mixa et F. Votruba.

Les auteurs du présent mémoire ont institué une série d'essais cliniques en vue de se rendre compte s'il existe un parallélisme entre la sécrétion de la pepsine, du ferment lab et de l'acide chlorhydrique libre.

Au cours de ces recherches — qui ont porté sur 300 sujets, dont 62 bien portants et 238 atteints soit d'une affection de l'estomac (gastrite aiguë ou chronique, ulcère, cancer, insuffisance motrice, etc.), soit de toute autre maladie (hystérie, neurasthénie, chlorose, tuberculose pulmonaire, néphrite, etc.) —, MM. Mixa et Votruba ont pu se convaincre que le taux des ferments gastriques (pepsine et présure) est plus constant, chez un seul et même individu, que celui de l'acide chlorhydrique libre. Les ferments ne font, d'ailleurs, jamais défaut dans un suc gastrique qui contient de l'acide chlorhydrique libre, tandis que dans les cas d'anachlorhydrie ils diminuent comme quantité et peuvent même manquer complètement. C'est ainsi que, sur 75 anachlorhydriques examinés à cet égard, 10, c'est-à-dire 13.3 %, n'avaient point de pepsine dans leur suc gastrique; d'autre part, sur 65 cas d'anachlorhydrie dans lesquels les auteurs ont recherché le ferment lab, 12 en manquaient, ce qui constitue 18 %.

Les essais dont il s'agit ont également mis en évidence ce point qu'il n'existe pas de parallélisme absolu entre la sécrétion de l'acide chlorhydrique libre et la production des ferments gastriques; ce serait donc s'exposer à commettre une erreur que de vouloir préjuger de la quantité des ferments d'après l'abondance plus ou moins grande de l'acide chlorhydrique libre. On ne saurait, pourtant, conclure à l'absence de toute relation entre les deux éléments en question et, de fait, MM. Mixa et Votruba ont été à même de s'assurer que, parmi les sujets atteints d'hyperchlorhydrie, on en trouve un grand nombre chez lesquels le taux de la pepsine est supérieur à la normale, la proportion des malades avec diminution de la pepsine étant, au contraire, fort petite, tandis que pour les hypochlorhydriques c'est l'inverse qui a lieu.

D'autre part, il n'y a pas, non plus, de relation constante entre la sécrétion de la pepsine et celle du ferment lab. Dans 54 % des cas, le taux de la première correspondait à la quantité de présure, mais chez 46 % des sujets les chiffres obtenus pour les deux ferments étaient très dissemblables ; tantôt la proportion de ferment lab était exagérée, celle de la pepsine étant normale, tantôt la teneur du suc gastrique en présure était normale, alors que le taux de la pepsine était au-dessus ou au-dessous de la moyenne. La quantité d'acide chlorhydrique ne paraît, d'ailleurs, avoir aucune influence sur ces variations, que les auteurs ont constatées dans tous les types de chimisme gastrique.

Comme une diminution considérable — et, à plus forte raison, l'absence complète — des ferments gastriques et de leurs zymogènes témoigne toujours d'une lésion grave de l'appareil glandulaire de l'estomac, on comprend combien il importe non seulement de doser l'acide chlorhydrique libre ou combiné, mais encore d'apprécier la richesse du suc gastrique en ferments.

Pour ce qui est de la valeur diagnostique du chimisme stomacal dans les différents états morbides, MM. Mixa et Votruba arrivent à conclure qu'aucune affection ne présente à cet égard un type parfaitement déterminé et toujours le même. Aussi estiment-ils que l'on ne saurait, en vue d'un diagnostic précis, se contenter d'une analyse du suc gastrique, en négligeant les autres méthodes d'exploration.

Au point de vue thérapeutique, et abstraction faite des indications créées par la maladie primordiale, les auteurs recommandent d'associer au traitement diététique de l'hyperchlorhydrie l'emploi de la magnésie calcinée, qui donnerait des résultats de beaucoup supérieurs à ceux que l'on obtient avec le bicarbonate de soude : en expérimentant sur eux-mêmes, ils ont effectivement pu s'assurer que, deux heures après l'absorption de 1 gramme de magnésie calcinée, l'acidité totale du suc gastrique ne dépasse pas 2 % (la proportion de l'acide chlorhydrique libre étant seulement de 1.2 %), tandis que, une heure et demie après l'administration de 5 grammes de bicarbonate de soude, on constate déjà une hyperacidité considérable de 4.2 % (2.6 % d'acide chlorhydrique libre). Quant au traitement médicamenteux de l'hypo et de l'anachlorhydrie, il devra comprendre l'usage de l'acide chlorhydrique et aussi de la pepsine dans les cas où ce ferment est notablement diminué ou fait même complètement défaut, sans que l'on puisse, du reste, compter sur une modification réelle du chimisme gastrique : ce que l'on obtient le plus souvent, en pareille occurrence, c'est une simple amélioration subjective. (*Sbornik klinicky*, VI, 3.) — L. CH.

Syphilis et grossesse, par M. B. Novy.

L'auteur relate un fait qui montre, une fois de plus, que la loi de Colles ou de Baumès — d'après laquelle un enfant procréé syphilitique par un père atteint de vérole n'infecterait jamais sa mère saine en apparence — n'est pas sans comporter quelques restrictions.

Il s'agit d'une femme qui, mariée à l'âge de vingt ans avec un homme ayant contracté la syphilis six années auparavant, devint bientôt enceinte et accoucha prématurément d'un enfant débile, lequel présenta au bout de cinq semaines une paralysie du bras gauche, suivie de périostite syphilitique de l'humérus du même côté. Allaité par sa mère pendant neuf mois, cet enfant offrit encore d'autres manifestations spécifiques et finit par succomber à l'âge de deux ans et demi, avec des signes de dégénérescence amyloïde des reins. Dix-neuf mois après son premier accouchement, cette femme — qui, durant ce laps de temps, avait toujours été bien portante — mit au monde un autre enfant, né à terme et sain en apparence. La mère se mit à l'allaiter et, au bout de trois mois, elle contracta un chancre mammaire des plus typiques, en même temps que l'on remarquait des érosions sur les lèvres du nourrisson, qui ne tarda, du reste, pas à succomber à l'hérédo-syphilis. Le chancre de la mère fut suivi de tout un cortège de manifestations syphilitiques, telles que roséole, plaques muqueuses buccales, céphalée, douleurs osseuses, etc.

Comme le mari de cette femme n'avait eu, depuis son mariage, aucun accident syphilitique et que, d'autre part, la patiente n'avait offert ni pendant ses deux grossesses, ni dans l'intervalle, aucun signe de vérole à la période secondaire, on ne saurait évidemment admettre, dans ce cas, une contamination directe par le mari, pas plus qu'une syphilis conceptionnelle par « choc en retour ». Les caractères de l'ulcération mammaire ne laissaient, d'ailleurs, aucun doute sur la nature du mal.

Ainsi donc, une femme saine, après avoir mis au monde deux enfants syphilitiques et être restée indemne en allaitant son premier nourrisson, n'en a pas moins été contaminée par son second enfant.

Si l'on tient compte que, pour être rare, le fait en question est cependant loin d'être unique (M. Finger a recueilli 25 observations analogues dans la littérature médicale), on comprend qu'il y ait lieu de ne pas perdre de vue l'éventualité d'une infection même dans les cas où c'est la mère elle-même qui allaite son enfant syphilitique. (*Casopis lékaru ceskych*, 8 avril 1905.) — L. CH.

Sur l'interprétation du signe de Flint,
par M. J. Thomayer.

On sait que dans l'insuffisance aortique, même sans association de rétrécissement mitral organique, on peut percevoir, outre le souffle au second temps et à la base du cœur, un souffle ou frémissement présystolique à la pointe, souffle et frémissement connus sous le nom de *signe de Flint.* Il est généralement admis que le phénomène en question est dû à un rétrécissement *fonctionnel* de l'orifice mitral, le reflux du sang dans le ventricule venant refouler la grande valve de la mitrale, laquelle entre alors en vibration.

Toutefois, en observant de près un certain nombre de malades atteints d'insuffisance aortique, M. Thomayer a été à même de se rendre compte que cette explication du mécanisme suivant lequel se produirait le signe de Flint est, en réalité, mal fondée. Il a, en effet, constaté que ce signe coexiste avec une dilatation notable de la moitié gauche du cœur, et ne tarde pas à disparaître aussitôt que cette dilatation a diminué d'une manière assez appréciable. Or, il est évident que si l'interprétation susmentionnée était exacte, c'est l'inverse qui devrait avoir lieu, l'hypothèse du refoulement de la grande valve mitrale par l'onde aortique rétrograde étant beaucoup plus plausible dans un cœur relativement peu volumineux que dans un cœur très dilaté.

Cela étant, et en se basant sur la coïncidence du signe de Flint avec une dilatation considérable du cœur gauche, l'auteur serait porté à mettre ce signe sur le compte de l'ectasie du ventricule gauche : l'orifice mitral, ne participant pas à cette dilatation au même titre que la cavité ventriculaire, subirait une transformation linéaire qui, au point de vue de la physiologie pathologique, équivaudrait à un rétrécissement et se traduirait par le même souffle présystolique; quand le ventricule gauche tend à recouvrer ses dimensions normales, ce souffle, qui est une des conséquences mécaniques de la dilatation du ventricule, disparaît. (*Sbornik klinicky*, VI, 2.) — L. CH.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE PARIS

Arnal (A.-E.). Luxations trapézo-métacarpiennes.

Blumenfeld. Contribution à l'étude de l'orchite au cours de la fièvre typhoïde.

Chevé (F.). Le tampon en obstétrique.

Cousin (R.). La tuberculose et les mutualités à Paris.

Decroo (J.). La kératose essentielle des extrémités congénitale et héréditaire; sa pathogénie.

Delacroix (M.). Contribution à l'étude clinique de la leucémie aiguë lymphatique.

Delamarre (A.). Contribution à l'étude des sarcomes des fosses nasales.

Deschamps (H.). Du catgut : catgut antiseptique, catgut aseptique.

Ferreira (J.). Le dédoublement du second bruit du cœur.

Foubert (F.-L.). Les désinsertions vaginales.

Gaillard (Ch.). Des cylindres urinaires; valeur séméiologique et pronostique.

Gaultier (R.). Essai de coprologie; exploration fonctionnelle de l'intestin par l'examen des fèces.

Guérin (P.-J.). Contribution à l'étude clinique des vomissements avec acétonémie chez les enfants (essai de recherches sur les origines de ce syndrome).

Hédouin (C.). Des néphrites bilatérales consécutives à des lésions traumatiques d'un seul rein.

Landrin (A.). De l'iboga et de l'ibogaïne.

Lebrun (E.). Pathogénie et traitement des éventrations post-opératoires.

Lemaire (L.). L'urobiline; sa valeur séméiologique.

Mignot (F.-E.). Le péril vénérien et la prophylaxie des maladies vénériennes.

Monod (G.). Les formes frustes de la démence précoce.

Nancel-Penard (H.). Les épithéliomas de la face et la radiothérapie.

Nivet (A.). Contribution à l'étude de l'énucléation des fibromes utérins.

Parmentier (H.). Analyse spectrale des urines normales ou pathologiques : sensito-colorimétrie.

Porre (F.). De la gastrostomie et, en particulier, du procédé par torsion.

Rathery (F.). Le tube contourné du rein.

Ricou (J.). Essai sur les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale.

Roche (G.). Des torsions de l'épiploon.

Royet (G.). Méningite cérébro-spinale d'origine otitique.

Signoret (H.). De la déchloruration dans la phlegmatia alba dolens d'origine puerpérale.

Simonot (A.). Du prurit vulvaire réflexe dans la métro-vaginite aiguë.

Troller (D.). Essai sur le diabète sucré syphilitique.

Trombert (L.). Contribution à l'étude des troubles de la sensibilité objective dans l'acroparesthésie.

Valery (Ch.). Du traitement d'urgence des ruptures utérines pendant le travail.

Viollet (M.). Des traumatismes crâniens dans leurs rapports avec l'aliénation mentale.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Browning (C. H.). Observations on the development of the granular leucocytes in the human fœtus. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, janv.)

Dujarier (Ch.). Anatomie des membres (dissection; anatomie topographique). In-8°, 304 p. avec planches.

Jung (Ph.). Untersuchungen über die Innervation der weiblichen Genitalorgane. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Recherches sur l'innervation des organes génitaux de la femme.

Max (E.). Abnormales topographisches Verhalten der Carotis interna und des Bulbus der Vena jugularis zur Paukenhöhle. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er, 7 et 14 janv.) — Anomalie des rapports de la carotide interne et du golfe de la jugulaire avec la caisse du tympan.

Poli. Sur la distribution du tissu adénoïde dans la muqueuse nasale. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Pollack (B.). Die Färbetechnik für das Nervensystem. 3e éd. In-8°, 158 p. Berlin. — Les méthodes de coloration du système nerveux.

Potocki (J.) et **Branca** (A.). L'œuf humain et les premiers stades de son développement; éléments d'embryogénie. In-8°, 196 p. avec fig.

Sereni (S.). Ricerche sul « Nebenkern » delle cellule pancreatiche. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXIV, 2.)

Testut (L.) et **Jacob** (O.). Traité d'anatomie topographique, avec applications médico-chirurgicales. T. Ier : tête; rachis; cou; thorax. In-8°, 796 p. avec fig.

Yearsley (M.). La constance et les variétés de l'épine de Henle. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 14 janv.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Camp (C. D.). Fibrous nodules in the cerebral pia-arachnoid, causing the appearance of tuberculous meningitis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, janv.)

Giannuli (F.). Peculiare reperto istopatologico in un demente paralitico. (*Policlinico*, partie méd., XII, 2.)

Harbitz (F.). Untersuchungen über die Häufigkeit, Lokalisation und Ausbreitungswege der Tuberkulose, insbesondere mit Berücksichtigung ihres Sitzes in den Lymphdrüsen und ihres Vorkommens im Kindesalter. In-8°, 164 p. Christiania. — Recherches sur la fréquence, la localisation et les voies de propagation de la tuberculose, notamment au point de vue de son siège dans les ganglions lymphatiques et de sa fréquence chez l'enfant.

Lannois (M.) et **Porot** (A.). Paraplégie flasque avec exagération des réflexes rotuliens et trépidation épileptoïde (examen histologique). (*Lyon méd.*, 15 janv.)

Matuszewski (S.). Ueber absteigende Hinterstrangsdegeneration. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 1.) — Sur la dégénérescence descendante des cordons postérieurs.

Moeli. Ueber das centrale Höhlengrau bei vollständiger Atrophie des Sehnerven. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 2.) — La substance grise intraventriculaire dans l'atrophie complète du nerf optique.

Mouriquand (G.). Remarquable analogie de structure entre un foyer néoplasique secondaire et sa tumeur primitive. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Oeconomakis (M.). Ueber umschriebene mikrogyrische Verbildungen an der Grosshirnoberfläche und ihre Beziehung zur Porencephalie; *Tænia pontis* als pedunculäres Bündel, compensatorische Hypertrophie auf motorischem Gebiete. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 2.) — Malformations microgyriques circonscrites de la surface cérébrale et leurs rapports avec la porencéphalie.

Pagliari (F.). Contributo allo studio della microcefalia. (*Policlinico*, partie méd., XII, 2.)

Reuling (R.). A case of right-sided infantile hemiplegia, with a description of the pathological changes found in the brain and the spinal cord. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, janv.)

Rhein (J. H. W.). A pathological study of acute myelitis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, janv.)

Rubesch (R.). Zur Kenntnis der Galaktocele. (*Prag. med. Wochensch.*, 26 janv.)

Samelson-Kliwansky (Lina). Ein Beitrag zur Kenntnis der Mammacysten mit butterähnlichem Inhalt. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 1.) — Des kystes mammaires à contenu butyroïde.

Schridde (H.). Zur Histologie des Rhinoscleroms; ein Beitrag zur Plasmazellenfrage und zur Genese der hyalinen Körperchen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIII, 1.)

Schwalbe (K.) et **Lubarsch** (O.). Ueber die Schaffer'schen Magenschleimhautinseln der Speiseröhre. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 1.) — Présence, dans l'œsophage, des îlots de muqueuse stomacale décrits par Schaffer.

Shumway (E. A.) et **Buchanan** (Mary). Histological examination of the eyes in a case of amaurotic family idiocy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Simmonds (M.). Ueber Alterssäbelscheidentrachea. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 1.) — La trachée sénile en fourreau de sabre.

Spiller (W. G.). A pathological study of amaurotic family idiocy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Vincentelli. Péricardite latente. (*Marseille méd.*, 15 janv.)

Wagner (G. A.). Ueber Verkalkung in den Fimbrien der Tuben. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 3.) — Sur la calcification des franges tubaires.

Warnecke (F.). Ueber die Hodgkin'sche Krankheit. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 3.)

Wegelin (K.). Ueber das Adenokarzinom und Adenom der Leber. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 1.) — Sur l'adénocarcinome et l'adénome du foie.

Zeliony (G. P.). Pathologisch-histologische Veränderungen der quergestreiften Muskeln an der Injektionsstelle des Schlangengiftes. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 1.) — Altérations histo-pathologiques du muscle strié au point d'injection de venin de serpent.

Zilgien. Manuel théorique et pratique des autopsies. In-18, 382 p. avec fig.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Calendoli (E.). Sulla disinfezione degli sputi tubercolari. (*Policlinico*, 29 janv.)

Cioffi (E.). Smidollamento delle capsule surrenali in due tempi. (*Gazz. degli Osped.*, 8 janv.) Evidement, en deux temps, de la substance médullaire des capsules surrénales.

Citron (J.). Ueber das Verhalten der Favus- und Trichophytonpilze im Organismus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIX, 1.)

Edmunds (A.). The effect of salts of potassium, ammonium, and bile salts upon blood pressure. (*Brit. Med. Journ.*, 14 janv.) — Action des sels de potasse, d'ammoniaque et des sels biliaires sur la pression sanguine.

Floresco (N.). Transplantation des organes : conditions anatomiques et technique de la transplantation du rein. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Fränkel (C.). Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Empfindlichkeit der Kaninchen für die Erzeugnisse von Bakterien. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 janv.) — Influence de l'alcool sur la réceptivité du lapin à l'égard des produits microbiens.

Herxheimer (G.) et **Hall** (J. W.). Ueber die Entkapselung der Niere. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 1.) — Sur la décapsulation du rein.

Küster (E.). Ueber Kaltblütertuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 janv.) — La tuberculose des animaux à sang froid.

Lhoták (K.). O podmínkách urcujících projevy duseni. (*Casopis lékaru ceskych*, 1er janv.) — Recherches expérimentales sur les conditions de la suffocation.

Lombroso (U.). Sur la structure histologique du pancréas après ligature et section des conduits pancréatiques. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Marshall (G. G.). An experimental study of the movements produced in the stomach and bowels by electricity. (*Med. Record*, 7 janv.) — Des mouvements produits dans l'estomac et dans l'intestin par l'électricité.

Offergeld. Experimenteller Beitrag zur toxischen Wirkung des Chloroforms auf die Nieren. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 3.) — Action toxique du chloroforme sur le rein.

Palier (E.). An experimental study of lactic acid formation, with special reference to the stomach. (*Amer. Medicine*, 7 janv.)

Pässler (H.). Beitrag zur Pathologie der Basedow'schen Krankheit. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 3.)

Pröscher (F.). Ueber experimentelle Erzeugung von Lymphocytenexsudaten. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 1.)

Richet (Ch.). Etude sur l'alimentation des chiens tuberculeux. (*Rev. de méd.*, janv.)

Strehl (H.). Ueber die Nerven der Bauchhöhle, insbesondere den Plexus cœliacus, und ihren eventuellen Einfluss auf die Pulsfrequenz bei Peritonitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 3.) — Les nerfs de la cavité abdominale (particulièrement le plexus cœliaque) et leur influence sur la fréquence du pouls dans la péritonite.

Uribe y Troncoso. Recherches expérimentales sur la filtration de liquides salins et albumineux à travers la chambre antérieure, et son rôle dans la genèse du glaucome. (*Ann. d'oculist.*, janv.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Desgrez (A.) et **Ayrignac** (J.). Etude des échanges nutritifs dans les dermatoses. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Kayser (H.). Diphthericantitoxinbestimmungen bei Mutter und Neugeborenen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 1-2.) — Dosage de l'antitoxine diphtérique chez la mère et le nouveau-né.

Langstein (L.) et **Steinitz** (F.). Die Kohlenstoff- und Stickstoffausscheidung durch den Harn beim Säugling und älteren Kinde. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 1-2.) — L'excrétion de carbone et d'azote par l'urine chez les nourrissons et chez les enfants du premier âge.

Löb (A.). Beitrag zum Stoffwechsel Magenkranker. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 1-2.) — Sur le métabolisme dans les maladies de l'estomac.

Magnus-Levy (A.). Respirationsversuche an diabetischen Menschen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 1-2.)

Robertson (W. F.) et **Wade** (H.). Researches into the etiology of carcinoma : on the presence of plasmodiophoræ in carcinomatous tumours and the successful culture of the parasites. (*Lancet*, 28 janv.)

Santini (A.) et **Romani** (D.). Ricerche comparative sul potere agglutinante ed emolitico degli essudati e trasudati; loro valore diagnostico differenziale. (*Policlinico*, parte méd., XII, 1.)

Schlüter (R.). Die Anlage zur Tuberkulose. In-8°, 323 p. Vienne. — La prédisposition à la tuberculose.

Schütz (A.). Zur Kenntnis der natürlichen Immunität des Kindes im ersten Lebensjahre. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 1.) — Sur l'immunité naturelle pendant la première année de la vie.

Steensma (F. A.). Beschouwingen over de nierfunctie onder normale en pathologische omstandigheden, in verband met de formules van Koranyi, Claude en Balthazard. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 14 janv.) — La fonction rénale à l'état normal et pathologique.

Thiemich (M.). Ueber die Herkunft des fötalen Fettes. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 1.) — Sur l'origine de la graisse fœtale.

Truhart (H.). Zum ersten Ursprung der modernen Inseltheorie deim Diabetes mellitus. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 7 janv.)

Turró (R.) et **Pi y Suñer** (A.). Mécanisme physiologique de l'immunité naturelle. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Unterberger (S.). Sur le rôle de la prédisposition dans la tuberculose pulmonaire (en russe). (*Prakt. Vratch*, 8 janv.)

Wakefield (H.). A contribution to the etiology of malaria, and to the analysis of some relations of meteorology to chemical pathology. (*Med. Record*, 21 janv.)

Weigert (R.). Ueber den Einfluss der Ernährung auf die chemische Zusammensetzung des Organismus. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 1.) — Influence de l'alimentation sur la constitution chimique de l'organisme.

Ziegler (E.). Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie. I. Band : Allgemeine Pathologie. 11e éd. In-8°, 810 p. avec fig. Iéna.

MÉDECINE

Galbraith (W. J.). 50 consecutive cases of pneumonia without a death. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 janv.) — 50 cas de pneumonie sans mortalité.

Gervino (A.). Lo spostamento del cuore verso destra negli aumenti di pressione endopleurici sinistri. (*Policlinico*, partie méd., XII, 1.) — Le déplacement du cœur vers la droite dans l'augmentation de la pression endopleurale gauche.

Morris (R. S.) et **Edmunds** (C. W.). Observations on the blood pressure in disease. (*Med. News*, 14 janv.) — Sur la pression sanguine dans les maladies.

Oefele (von). Wechselbeziehungen zwischen Kot und Ausatmungsluft. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 30 janv.) — Rapports réciproques entre les fèces et l'air expiré.

Orlovsky (Z.). Des rapports qui existent entre les diarrhées d'origine parasitaire et l'achylie gastrique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 15 janv.)

Orth (J.). Beitrag zur Kenntnis des Lungenemphysems. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 janv.) — Sur l'emphysème pulmonaire.

Patry. Craquements sous-scapulaires. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

Peigerová (Mlle). Nová pozorování o substituci svalové. (*Casopis lékaru ceskych*, 21 janv.) — 2 cas de suppléance musculaire.

Pianori (R.). Del soffio splenico. (*Policlinico*, 15 janv.)

Ponfick (E.). Topographischer Atlas der medizinisch-chirurgischen Diagnostik. 5e fasc. In-4°, 16 planches, avec texte en allemand, en anglais et en français. Iéna.

Reitter (K.). Zur Diagnose der Embolie der Arteria mesenterica superior. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 janv.)

Riebold (G.). Zur Kenntnis der Komplikationen der Polyarthritis rheumatica acuta von seiten der Haut. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 3-4.) — Sur les complications cutanées du rhumatisme polyarticulaire aigu.

Russell (J. W.). On the relation between various atmospheric conditions and the occurrence of cerebral hæmorrhage. (*Lancet*, 28 janv.)

Sacconaghi (G. L.). Il pellagrotifo. (*Gazz. med. ital.*, 5, 12, 19 et 26 janv.)

Sahli (H.). Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. 4e éd. In-8°, XXXIII-1048 p. avec fig. Vienne. — Traité de diagnostic clinique.

Schilling (J. F.). Der üble Mundgeruch. (*Wien. med. Presse*, 22 janv.) — Le *fœtor ex ore*.

Shively (H. L.). A clinical study of myoidema with especial reference to its occurrence in pulmonary tuberculosis. (*New York Med. Journ.*, 14 janv.)

Tedeschi (E.). Sull'importanza clinica delle « emorragie occulte » del canale digerente. (*Gazz. degli Osped.*, 22 janv.)

Thomayer (J.). K vykladu Flintova priznaku. (*Sbornik klinicky*, VI, 2.) — Sur l'interprétation du signe de Flint.

Umber. Die Magensaftsekretion des (gastrostomierten) Menschen bei « Scheinfütterung » und Rectalernährung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 janv.) — La sécrétion stomacale chez les gastrostomisés soumis à « l'alimentation simulée » ou à l'alimentation rectale.

Unterberger (S.). Herz-Lebervergrösserungen, ein Frühsymptom der Schwindsucht. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 21 janv.) — L'augmentation de la matité cardio-hépatique en tant que signe précoce de la phtisie.

Vanysek (R.). Ctyri pripady aneurysmatu aorty s kompressi arteriæ pulmonalis. (*Casopis lékaru ceskych*, 7 et 14 janv.) — 4 cas d'anévrysme de l'aorte avec compression de l'artère pulmonaire.

Westerveld (H. W.). Een geval van pseudo-perforatie van de maag. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 28 janv.) — Pseudo-perforation de l'estomac.

Whitacre (H. J.). The pathology and treatment of diabetic gangrene of the lower extremity. (*New York Med. Journ.*, 21 et 28 janv.) — Pathologie et traitement de la gangrène diabétique du membre inférieur.

Wolff (A.). Ueber aplastische lymphatische Leukämie und über Stillstand (Remission) bei Leukämie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 janv.)

MALADIES INFECTIEUSES

Allyn (H. B.). The diagnosis of tuberculous cavities in the lung. (*Amer. Medicine*, 4 fév.)

Anderson (K.). A case of typhoid fever presenting some unusual features. (*Lancet*, 4 fév.)

Ascoli (V.). Successioni morbose della malaria a carico del sistema nervoso. (*Policlinico*, parte méd., XII, 2.)

Bailey (J. H.). Cryoscopy of cerebrospinal fluid in epidemic cerebrospinal meningitis. (*Med. Record*, 11 fév.)

Bassu (E.). Considerazioni sopra un caso di perniciosa comitata pura emorragica. (*Gazz. degli Osped.*, 5 fév.) — Un cas de fièvre pernicieuse larvée hémorrhagique pure.

Bindi (F.). Edema acuto circoscritto in malarico. (*Gazz. degli Osped.*, 12 fév.)

Bolton (Ch.). Primary heart failure as the immediate cause of death in acute diphtheritic toxæmia. (*Lancet*, 4 fév.) — Défaillance primitive du cœur comme cause de mort dans la toxémie diphtérique.

Hahn (M.). Ueber einige Beobachtungen während der diesjährigen Choleraepidemie in Südrussland und russisch Mittel-Asien. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 janv.)

Rietema (S. P.). Over sterfte aan longtuberculose in Nederland. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 14 janv.) — La mortalité par tuberculose pulmonaire aux Pays-Bas.

Rottenstein (S.). Ein schwerer Fall von Tetanus. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 janv.)

Ruediger (G. F.). The mechanism of streptococcus infection. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 janv.)

Sakorraphos (M.). Sur un nouveau syndrome clinique d'origine très probablement paludique : le chloropaludisme. (*Rev. de méd.*, janv.)

Takasu (K.). Ueber das Blut der an Kakke leidenden Säuglinge und Erwachsenen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 4-6.) — Du sang des nourrissons et des adultes atteints de béribéri.

Thiroux. Peste endémique, bubons climatiques, lymphangite infectieuse de la Réunion et érysipèle de Rio. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

White (M. J.). Pathological characters, diagnosis, and epidemiology of bubonic plague. (*Med. Record*, 28 janv.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Senator (H.). Aphasie avec hémiplégie gauche chez une droitière (en russe). (*Prakt. Vratch*, 15 janv.)

Siefert. Ein Beitrag zur Paranoiafrage. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 2.)

Spiller (W. G.). General or localized hypotonia of the muscles in childhood (myatonia congenita). (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, janv.)

Spratling (W. P.). Gluttony or « food poisoning » as a cause of symptomatic epileptic convulsions. (*Med. Record*, 28 janv.) — La gloutonnerie ou l'« empoisonnement alimentaire » en tant que cause de convulsions épileptiques symptomatiques.

Stransky (E.). Zur Lehre von der Amentia. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er janv.)

Tanzi. Trattato delle malattie mentali. In-8°, 763 p. avec fig. Milan.

Thomas (A.). Syndrome cérébelleux et syndrome bulbaire. (*Rev. neurol.*, 15 janv.)

Thomayer (J.). Prispevek k vedomostem o obrnach svalu dychacich. (*Casopis lékaru ceskych*, 1er janv.) — Paralysies respiratoires.

Treitel. Ueber die Beziehungen von Imbecillität und Taubstummheit. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 2.) — Sur les rapports de l'imbécillité avec la surdi-mutité.

Triboulet (H.), **Mathieu** (F.) et **Mignot** (R.). Traité de l'alcoolisme. In-8°, 485 p.

Trombetta (E.). Sulla soglia della pazzia. (*Clinica moderna*, 11, 18 et 25 janv.) — Au seuil de la folie.

Van Dam (J.). Een atypisch geval van polyneuritis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 28 janv.)

Van Wart (R. M.). The nervous symptoms accompanying pernicious anemia. (*Med. News*, 14 janv.)

Vitek (A.). Ein Decubitusgeschwür am Penis bei der Tabes dorsalis. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er janv.)

Warda (W.). Zur Geschichte und Kritik der sogenannten psychischen Zwangszustände. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 1 et 2.) — Les obsessions; étude historique et critique.

Wedekind (L. L. von). Meralgia paræsthetica, following typhoid fever. (*New York Med. Journ.*, 21 janv.)

Wehrung (G.). Beitrag zur Lehre der Korsakoff'schen Psychose mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Anatomie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 2.)

Weisenburg (T. H.). Bulbar symptoms occurring with carcinoma of parts other than the nervous system, and resulting from intoxication. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, janv.)

Weygandt (W.). Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemieen. In-8°, 102 p. Halle.

CHIRURGIE

Paterson (P.). A case of encysted cerebral abscess. (*Lancet*, 28 janv.)

Randolph (B. M.). A case of spontaneous arrest of growth in an endothelioma, with subsequent inflammatory absorption. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Riedel. Ueber die Behandlung des Panaritium. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 janv.) — Le traitement du panaris.

Robinson (B.). Sudden death, especially from embolism following surgical intervention. (*Med. Record*, 14 janv.) — La mort subite, notamment par embolie à la suite d'une intervention chirurgicale.

Robson (A. W. Mayo). An operation for appendicectomy. (*Brit. Med. Journ.*, 21 janv.)

Roth. Zur Sauerstoff-Chloroformnarkose; Aufforderung zu einer Statistik. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 7 janv.) — Sur l'anesthésie par l'usage combiné de l'oxygène et du chloroforme.

Sandelin (E.). Cheiloplastik bei totalem Verluste der Unterlippe; eine Kombination der Morgan'schen « Visirplastik » mit Schulténs Schleimhaut-Muskelplastik. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 1.) — Chéiloplastie par une combinaison de la méthode de Morgan avec celle de Schultén, dans un cas de destruction totale de la lèvre inférieure.

Santucci (A.). Sulle ernie del Littre. (*Clinica moderna*, 18 et 25 janv.)

Sauerbruch. Die Anastomose zwischen Magen und Speiseröhre und die Resektion des Brustabschnittes der Speiseröhre. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 28 janv.) — L'anastomose gastro-œsophagienne et la résection du segment thoracique de l'œsophage.

Schlesinger (A.). Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie der Coxa vara. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 3.)

Schloffer (H.). Ueber Darmstrikturen nach Unterbrechung der mesenterialen Blutzufuhr. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 3.) — Sur les rétrécissements de l'intestin consécutifs à l'interruption de la circulation sanguine du mésentère.

Schmincke (A.). Zur Frage der « Holzphlegmone » (phlegmon ligneux du cou, Reclus). (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 7 janv.)

Schwartz (G.). Ein operativ behandelter Fall von Pneumonomycosis aspergillina. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 1-2.)

Sharpe (N. W.). Hepatic abscess : history; distribution; frequency; etiology. (*Amer. Medicine*, 28 janv.)

Sheldon (J. G.). The surgical treatment of chronic dyspepsia due to defective drainage, and chronic inflammation of the stomach resulting from gastric atony and dilatation. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Sherman (H. M.). Congenital dislocation of the hip; an argument concerning the method of its treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 janv.) — Sur la luxation congénitale de la hanche, notamment au point de vue de son traitement.

Sick (K.). Zur diagnostischen Bedeutung der Hämatemesis bei Appendicitis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 3-4.)

Spiller (W. G.) et **Frazier** (C. H.). The treatment of acute anterior poliomyelitis by nerve transplantation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 janv.)

Stenger. Ueber die Arten der nach Kopfverletzungen auftretenden Neurosen; die traumatische Labyrinthneurose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 janv.) — La névrose labyrinthique consécutive aux traumatismes crâniens.

Suter (F. A.). Zur Casuistik der Fingertumoren. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 3.) — Sur les tumeurs des doigts.

Tillmanns (H.). Ueber Behandlung durch venöse Stauung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 janv.) — Le traitement par la stase veineuse.

Tilton (B. T.). Some considerations regarding wounds of the liver. (*Ann. of Surgery*, janv.) — Sur les plaies du foie.

Van Trooijen (G. P.). Iets over tendovaginitis crepitans in verband met de ongevallenwet. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 21 janv.) — La tendovaginite crépitante au point de vue de la loi sur les accidents du travail.

Vautrin. Considérations sur les plaies chirurgicales des gros vaisseaux lymphatiques. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er déc. 1904 et 1er janv.)

Viannay (Ch.). Etude critique sur l'opération de Trendelenburg. (*Rev. de chir.*, janv.)

Wallis (F. C.). The results of two cases of injection of paraffine. (*Lancet*, 28 janv.)

Watts (S.). Loss of entire lower lip; repair by flap from the arm. (*Ann. of Surgery*, janv.) — Perte de la lèvre inférieure en totalité; autoplastie à l'aide d'un lambeau prélevé sur le bras.

Wenzel. Zur Pathogenese und Radikaloperation der grossen Mastdarmvorfälle. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 1.) — Pathogénie et cure radicale des grands prolapsus du rectum.

Ziffer (H.). Skopolamin-Morphin-Narkose. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

OPHTALMOLOGIE

Peters (A.). Weitere Bemerkungen zur Trachomfrage und zur Therapie chronischer Konjunktivalerkrankungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 janv.)

Segal (S.). Correction de l'astigmatisme hypermétropique de l'œil droit après transplantation du muscle droit externe dans un cas de strabisme convergent (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 8 janv.)

Todd (F. C.). An exact and secure tucking operation for advancing an ocular muscle. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 janv.)

Tridon (P.) et **Darcanne-Mouroux** (Mme). Sur un cas de dermoïde de l'œil. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

Trousseau (A.). Histoire d'un épithélioma palpébral. (*Ann. d'oculist.*, janv.)

Veasey (C. A.). Clinical and histologic observations on sympathetic ophthalmia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 janv.)

Weeks (J. E.). Operative procedure on the exciting and the sympathizing eye in cases of sympathetic ophthalmia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 janv.)

Wehrli (E.). Ueber die Beziehungen der während der Geburt entstehenden Retinalblutungen des Kindes zur Pathogenese des Glioma retinæ. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 janv.) — Rapports des hémorrhagies rétiniennes obstétricales de l'enfant avec la pathogénie du gliome de la rétine.

Worth (C.). Das Schielen; Aetiologie, Pathologie und Therapie. (Trad. de l'anglais par E. H. Oppenheimer.) In-8°, 134 p. avec fig. Berlin. — Le strabisme.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Riss. Symphyséotomie pour rétrécissement pelvien dans un cas de grossesse gémellaire. (*Marseille méd.*, 1er janv.)

Robb (H.). The early diagnosis of cancer of the fundus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.) — Le diagnostic précoce du cancer du fond de l'utérus.

Rosenberg (J.). Three cases of excessive fetal development. (*Med. Record*, 7 janv.)

Schauta (F.) et **Hitschmann** (F.). Tabulæ gynæcologicæ. In-4°, 29 planches en couleurs, avec texte explicatif. Vienne.

Schmidlechner (K.). Fall von Tetania gravidarum. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 janv.)

Schmitt (Ch.) et **Lambert** (P.). Des rapports de la notencéphalie et de l'obstétrique. (*Gaz. méd. de Nantes*, 14 et 21 janv.)

Schottländer (J.). Zur histologischen Diagnose bei Frühstadien von Uterustuberkulose. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Sur le diagnostic histologique de la tuberculose utérine au début.

Seeligmann (L.). Ueber Embryotomie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 janv.)

Simon (M.). Vorfall und Gangrän des erweiterten Ureterenendes. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 janv.) — Prolapsus et gangrène de l'extrémité inférieure d'un uretère dilaté.

Starcke (E.). Ueber Geburten, beziehungsweise Spätgeburten, bei Riesenwuchs der Kinder, und über die Dauer der menschlichen Schwangerschaft. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 3.) — Sur la grossesse prolongée en cas de fœtus géant et sur la durée de la grossesse humaine.

Stewart (R. W.). Albuminuria and nephritis of pregnancy and labor. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Strassmann (P.). Paralyse des nicht schwangeren Uterus? (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 janv.) — Paralysie de l'utérus non gravide?

Sutcliffe (J. A.). Removal of a dermoid cyst and a decomposing fetus from the uterus by abdominal section. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Theilhaber (A.). Zur Pathologie und Therapie der Salpingitis chronica. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 et 17 janv.)

Thompson (W. M.). Dermoid cyst of the ovary complicating labor. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Vladimirov (V.). L'opération césarienne d'après le procédé de Fritsch (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 8 janv.)

Walsh (G.). Ruptured ectopic pregnancy, with reference to cases of the acute intraperitoneal type. (*Med. News*, 28 janv.) — Rupture d'une grossesse extra-utérine.

Werner (J.). Zur Berechnung des « absoluten Heilungsprozentes » in der Statistik des Uteruskarzinoms. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 janv.) — Sur le pourcentage absolu de guérisons dans les statistiques relatives au cancer de l'utérus.

PÉDIATRIE

Neumann (H.). Der Säuglings-Skorbut in Berlin. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 janv.) — Le scorbut infantile à Berlin.

Orgler (A.). Ueber Entfettungskuren im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 1.) — Les cures d'amaigrissement chez l'enfant.

Pick (J.). Ueber Nierenentzündung im Säuglingsalter als Complication von Darmerkrankungen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 4-6.) — La néphrite du nourrisson en tant que complication des affections intestinales.

Profichet. A propos de la paralysie douloureuse des jeunes enfants. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 janv.)

Quest (R.). Ueber den Kalkgehalt des Säuglingsgehirns und seine Bedeutung. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 1.) — Sur la teneur en chaux du cerveau du nourrisson.

Reichelt (J.). Ulcus ventriculi im Kindesalter. (*Wien. méd. Presse*, 15 janv.) — L'ulcère de l'estomac chez l'enfant.

Rocaz (Ch.). Un cas de pseudo-tétanos des nouveau-nés. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 29 janv.)

Rothschild (H. de). Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson et des enfants du premier âge. T. II. In-8°, 727 p. avec fig.

Russell (R. H.). On the pathology and treatment of the herniæ of children and their relation to conditions in the adult. (*Lancet*, 7 janv.)

Smorodintzev (A.). Un cas d'occlusion intestinale aiguë chez une fillette de cinq ans (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 29 janv.)

Weigert (R.). Ueber einen Fall von angeborener Stenose der Aorta an der Einmündung des Ductus arteriosus Botalli. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 7 janv.) — Rétrécissement congénital de l'aorte au niveau de l'embouchure du canal artériel de Botal.

Zangger (Th.). Beitrag zur Therapie der infantilen Bronchopneumonie. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er janv.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Préobrajensky (S.). Du rôle du nez et du pharynx dans l'acte de la parole et de la voix (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 8 et 15 janv.)

Rocha (L.). Das perfurações da membrana tympanica e seu tratamento. (*Brazil-medico*, 15 janv.)

Saint-Hilaire (E.). Contribution à l'étude de la pathogénie de la surdi-mutité. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Semon (Sir Felix). Soft fibroma of the larynx and neck, removed by external operation, without opening the cavity of the larynx. (*Brit. Med. Journ.*, 7 janv.)

Smurthwaite (H.). Chronic suppurative otitis media; the necessity of early, systematic, and energetic treatment. (*Brit. Med. Journ.*, 28 janv.)

Snow (S. F.). Tic douloureux and other neuralgias from intranasal and accessory sinus pressures. (*New York Med. Journ.*, 14 janv.)

Toubert (J.). L'évidement fronto-ethmoïdal; procédé simplifié d'opération radicale des sinusites frontales récidivées. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Wells (W. A.). Two cases of objective aural tinnitus due to the action of tubo-palatal muscles. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 21 janv.)

Whitehead (A. L.). Nasal disease as a cause of headache. (*Brit. Med. Journ.*, 28 janv.) — Les affections du nez en tant que facteurs étiologiques de la céphalalgie.

Zarniko (C.). Sur la formation de kystes dans les cartilages du nez. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Carvalho (A. de). Docimasie fémoro-épiphysaire. (*Ann. d'hyg. publ.*, janv.)

Cohen (S. Solis). The proper scope of scientific (so-called expert) testimony in trials involving pharmacological questions. (*New York Med. Journ.*, 7 et 14 janv.)

Deléarde. Définition de l'accident; les maladies professionnelles; l'état antérieur à l'accident. (*Echo méd. du Nord*, 1er janv.)

Eichhorst (H.). Ueber Quecksilbersepsis. (*Med. Klinik*, 1er janv.) — Sur l'infection septique d'origine hydrargyrique.

Galli-Valerio (B.). Die Agglutination der roten Blutkörperchen des Menschen durch homologe und heterologe Sera und ihre Verwendung in der gerichtlichen Medicin. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 21 janv.) — L'agglutination des hématies humaines par des sérums homologues et hétérologues et son utilisation en médecine légale.

Kjölseth (Marie). Undersögelser over deflorationens anatomiske tegn. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, janv.)

Kob (M.). Beitrag zur Kenntnis des Botulismus. (*Med. Klinik*, 1er janv.)

Lesser (A.). Stereoskopischer gerichtsärztlicher Atlas. 4e partie. In-8°, 50 planches, avec texte explicatif. Breslau. — Atlas stéréoscopique de médecine légale.

Parisot (P.). De la valeur des signes de pédérastie passive habituelle. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er janv.)

Saint-Martin (L. G. de). Sur le dosage spectrophotométrique de petites quantités d'oxyde de carbone dans l'air et dans le sang. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Wood (C. A.). Poisoning by wood, or methyl alcohol and its preparations as a cause of death and blindness. (*New York Med. Journ.*, 7 janv.)

Zaniboni (B.). Ematuria renale creduta traumatica. (*Gazz. degli Osped.*, 15 janv.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Greene (G. W.). The vasodilators and contractors. (*New York Med. Journ.*, 21 janv.)

Heinrich (M.). Zur Methodik und Kasuistik der Behandlung von Darmkrankheiten mit Heidelbeerdekokt. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, janv.) — La décoction de baies de myrtille en lavement contre l'entérocolite muco-membraneuse.

Hunter (J. W.). The treatment of digestive disorders. (*Med. Record*, 14 janv.)

Kichensky (D.). Les propriétés bactéricides du perborate de soude et quelques observations relatives à son emploi thérapeutique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 8 janv.)

Labzine (M.). Contribution au traitement de la fièvre récurrente (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, janv.)

Lemoine (G.) et **Gérard** (E.). Formulaire et consultations médicales. In-18, 776 p.

Mackie (W.). Some clinical uses of iodic acid and the iodates. (*Lancet*, 21 janv.)

Melikov (P.) et **Pissarjevsky** (L.). Le perborate de soude (en russe). (*Roussk. Vratch*, 8 janv.)

Neudörfer (A.). Zur intravenösen Sauerstoffinfusion. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 janv.) — De l'injection intraveineuse d'oxygène.

Oefele (F. von). Pyrosis und ihre Behandlung auf Grund von Kotanalysen. (*Wien. med. Presse*, 29 janv.) — Le pyrosis et son traitement basé sur l'analyse des fèces.

Oppenheim (M.). Die kombinierte Chinin-Jodbehandlung des Lupus erythematosus nach Holländer und eine Erklärung für diese Therapie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 janv.)

Osborne (O. T.). The management of pneumonia. (*New York Med. Journ.*, 7 janv.)

Piazza (A.). La cura mercuriale della tabe. (*Policlinico*, partie méd., XII, 1.)

Pillon. Paralysie diphtérique tardive guérie par les injections de sérum. (*Arch. de méd. des enfants*, janv.)

Podobansky (V.). Contribution à l'étude de l'emploi des injections sous-cutanées de sulfate d'atropine contre l'occlusion intestinale aiguë (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, janv.)

Roux (J.) et **Tisserand**. Les injections épidurales contre les douleurs des membres inférieurs et de la partie inférieure du tronc. (*Loire méd.*, janv.)

Schmidt (A.). Die Behandlung der habituellen Obstipation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 janv.)

Seaver (J. W.). The therapeutic value of massage in acute diseases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 janv.)

Silvestri (T.). A proposito del trattamento mercuriale nel morbo di Pott. (*Gazz. degli Osped.*, 26 janv.)

Steinitz (F.) et **Weigert** (R.). Ueber Demineralisation und Fleischtherapie bei Tuberkulose. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 1.) — Sur la déminéralisation et la zomothérapie dans la tuberculose.

Stiller (B.). Die innere Behandlung der Gallensteinkrankheit. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er janv.) — Le traitement médical de la lithiase biliaire.

Zuccalà (F.). Un caso di afta cachettica curata col siero antidifterico. (*Gazz. degli Osped.*, 22 janv.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Halberstädter (L.). Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Ovarien. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 janv.)

Imbert (A.). A propos de la radiothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 janv.)

Kunwald (L.). Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Sonnenlicht. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 janv.) — Héliothérapie de la tuberculose laryngée.

Ledingham (J. C. G.) et **McKerron** (R. G.). The X-ray treatment of leukemia. (*Lancet*, 14 janv.)

Lesser (E.). Zur Finsenbehandlung des Lupus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 janv.)

Lovett (R. W.) et **Brown** (P.). The relation of radiographic appearances to clinical symptoms in hip disease. (*New York Med. Journ.*, 28 janv.) — Concordance des constatations radiographiques avec les signes cliniques dans la coxalgie.

Marquès (H.). Le radium et les corps radioactifs; propriétés physiques et biologiques; applications thérapeutiques. (*Montpellier méd.*, 8 et 15 janv.)

Meyer (E.) et **Eisenreich** (O.). Die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 janv.)

Motchane (V. O.). Ein Fall des Wasserkrebses, geheilt bei der Anwendung des roten Lichtes. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XL, 4-6.) — Noma guéri par la lumière rouge.

Perugia (A.). Carcinoma del palato duro guarito col radio. (*Gazz. degli Osped.*, 1er janv.)

Schein (M.). Röntgenstrahlen in der Dermatologie. (*Pest. med.-chir. Presse*, 8 et 15 janv.)

Schieffer. Weitere Beiträge zur Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 janv.)

BACTÉRIOLOGIE

Alfvén (A.). Difteribacillens tenacitet vid olika temperaturer. (*Hygiea*, janv.) — La résistance des bacilles diphtériques à différentes températures.

Blandini (E.). Ricerche sulla modificazione della virulenza del bacillo coli in rapporto alla alimentazione con latte di vacca crudo e sterilizzato, preso come ordinariamente si pratica e con latte di capra crudo e sterilizzato, raccolto asetticamente. (*Pediatria*, janv.)

Braun, **Roussel** et **Job**. Le bacille spécifique de la dysenterie épidémique. (*Lyon méd.*, 1er janv.)

Grünberg et **Rolly**. Beitrag zur Frage der agglutinierenden Eigenschaften des Serums Typhuskranker auf Paratyphus- und verwandte Bakterien. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 janv.)

Korte et **Steinberg**. Weitere Untersuchungen über die bakterizide Reaktion des Blutserums der Typhuskranken. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 3-4.)

Pfeiffer (R.) et **Friedberger** (E.). Ueber antibakteriolytische (antagonistische) Substanzen normaler Sera. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 janv.)

Sarwey (O.). Bakteriologische Bemerkungen zur Heisswasser-Alkoholdesinfektion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 janv.) — Considérations bactériologiques sur la désinfection à l'eau chaude et à l'alcool.

RÉPERTOIRE CLINIQUE

Une cinquième maladie éruptive : le mégalérythème épidémique.

Ce n'est que par un lent travail de dissociation que la clinique et l'épidémiologie sont parvenues à dégager, à titre d'entités morbides distinctes et autonomes, les trois maladies éruptives classiques de l'enfance : la scarlatine, la rougeole et la rubéole. Jusqu'au milieu du dix-huitième siècle, la rougeole était confondue avec la scarlatine, voire même avec la variole; quant à la rubéole, son autonomie n'a été reconnue que dans ces derniers temps, et il suffit de remonter à une vingtaine d'années pour voir un des pédiatres les plus autorisés écrire, au sujet de cette affection, ce qui suit : « En Allemagne, on a cru longtemps à l'existence d'une entité morbide distincte, la rubéole, qui participerait à la fois de la nature de la rougeole et de celle de la scarlatine. *On sait aujourd'hui* qu'il n'en est rien et *que la rubéole est un simple mélange, très variable suivant les cas, des symptômes des deux fièvres éruptives qui coexistent côte à côte* » (1). Or, à l'heure actuelle, il est, au contraire, parfaitement établi que la rubéole — maladie spécifique — doit être soigneusement distinguée d'avec les éruptions mixtes de rougeole et de scarlatine.

Cette œuvre de dissociation, grâce à laquelle la rougeole a pu définitivement être séparée des divers érythèmes morbilliformes et de la rubéole, a été poursuivie plus loin, et on tend maintenant à reconnaître que, tout comme jadis la rougeole, le terme de *rubéole* englobe trop de choses disparates et que le prétendu polymorphisme extraordinaire de l'exanthème rubéolique s'explique — tout au moins en grande partie — par le cadre trop large assigné à cette maladie et par les diagnostics erronés qui en résultent. C'est ainsi que la soi-disant *rubéole scarlatineuse*, qui avait longtemps été considérée comme une simple variété de rubéole, est, en réalité — comme nous l'avons montré dans un précédent article (2) — une affection autonome, une *quatrième* maladie éruptive n'ayant de la rubéole que le nom et qu'il conviendrait de désigner plutôt sous le nom de *pseudo-scarlatine épidémique*. Il y a plus : à côté de ces quatre affections exanthématiques — rougeole, rubéole, scarlatine, pseudo-scarlatine épidémique —, il en est une *cinquième* qui, décrite d'abord, elle aussi, comme une variété de rubéole, a été ensuite érigée, par différents auteurs et sous des désignations diverses (*érythème infectieux aigu, érythème infectieux morbilliforme, megalerythema epidemicum, erythema simplex marginatum*, etc.), en entité morbide distincte et indépendante.

Observé maintes fois en Autriche et en Allemagne, où il a fait l'objet d'un assez grand nombre de publications, cet état morbide est encore fort peu connu ailleurs que dans ces deux pays, et — les travaux allemands mis à part — nous n'avons trouvé dans la littérature médicale, sur la maladie en question, qu'un article de M. Shaw (3) et qu'une très courte « revue générale » (non signée), publiée dans un recueil français de pédiatrie (4). Encore convient-il de faire remarquer que l'auteur américain a écrit son travail à la suite d'un séjour à Vienne, où il a eu l'occasion de voir dans le service de M. Escherich nombre de cas d'érythème infectieux aigu; quant à la note précitée, qui semble jusqu'à présent être la seule publication française consacrée à cette nouvelle variété d'érythème, elle en donne, en réalité, une notion complètement fausse, en l'identifiant avec la « quatrième maladie » : celle-ci serait tout simplement le megalerythema sous un autre nom, « l'une ayant été baptisée en Amérique, l'autre en Allemagne ». Nous avons précédemment fait justice de cette bizarre légende qui attribue à la *fourth disease* une origine américaine et, d'autre part, à propos du diagnostic différentiel de cette affection, nous avons, chemin faisant, montré combien peu fondée était cette prétendue identité de la quatrième maladie avec la « nouvelle variété d'érythème » décrite en Allemagne.

Quoi qu'il en soit, cette confusion même suffit pour prouver l'intérêt qu'il y a à étudier de près la « cinquième maladie ».

(1) A. D'Espine. Article « Rougeole », *in* « Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique » de S. Jaccoud, t. XXXII, p. 20. Paris, 1882.

(2) L. Cheinisse. L'identité de la « quatrième maladie » avec la « rubéole scarlatineuse ». (*Semaine Médicale*, 1905, p. 145-147.)

(3) H. L. K. Shaw. Erythema infectiosum. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv. 1905.)

(4) Nouvelle variété d'érythème. (*Arch. de méd. des enfants*, août 1904.)

I

Dès 1886, M. Tschamer a eu l'occasion d'observer à Gratz, au cours d'une épidémie de rubéole, une trentaine de cas qui le frappèrent par certaines particularités, notamment par la localisation spéciale de l'exanthème, laissant presque toujours le cou et le tronc complètement indemnes. Malgré ce caractère singulier de l'éruption, il crut avoir affaire à une forme abortive de la rubéole, qu'il décrivit, quelques années plus tard, sous le nom de *örtliche Rötheln* (rubéole locale) (1). En 1891, M. Gumplowicz (2) relata 17 cas d'une maladie éruptive qu'il avait été à même d'étudier, l'année précédente, dans la clinique pédiatrique de la même ville, sous la direction de M. Escherich : nettement distincte de la rougeole, laquelle sévissait alors dans la localité, cette affection rappelait par les caractères et la localisation de l'exanthème (siégeant, de préférence, sur les joues, sur le côté extenseur des membres supérieurs et le côté fléchisseur des cuisses) les observations de M. Tschamer. Aussi, à l'exemple de cet auteur, M. Gumplowicz n'hésita-t-il pas à rattacher l'état morbide en question à la rubéole.

Ayant, quelque temps après, eu l'occasion d'observer une épidémie de rubéole vraie, M. Escherich fut, cependant, amené à se convaincre que l'exanthème décrit par M. Tschamer et par M. Gumplowicz, d'un côté, et la rubéole, de l'autre, constituaient deux affections distinctes, opinion qu'il exprima, au douzième Congrès international des sciences médicales, tenu à Moscou, à propos d'une communication dans laquelle M. Tobeitz (3), après avoir relaté une série de cas analogues à ceux de M. Tschamer, déclarait ne voir entre ces faits et la rubéole que des différences secondaires, imputables à des circonstances locales ou individuelles influençant la biologie de l'agent pathogène.

Une grande épidémie mixte de rubéole et d'érythème infectieux, survenue à Gratz en 1899, ne fit que confirmer M. Escherich dans sa pensée, et son assistant, M. Schmid (4), consacra un travail à la description de l'épidémie en question et au diagnostic différentiel des deux exanthèmes (5).

Dans le courant de la même année, et avant même la publication du mémoire de M. Schmid, M. Sticker, appelé à observer aux environs de Giessen (à Wetzlar, Lich, etc.) une épidémie d'exanthème nettement distinct des fièvres éruptives classiques, érigea cet exanthème en affection autonome, à laquelle il donna le nom d'*érythème infectieux aigu* (1).

(1) A. Tschamer. Ueber örtliche Rötheln. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1889, XXIX, 3.)

(2) L. Gumplowicz. Casuistisches und Historisches über Rötheln. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1891, XXXII, 3.)

(3) A. Tobeitz. Zur Polymorphie und Differentialdiagnose der Rubeola. (*Arch. f. Kinderheilk.*, 1898, XXV, 1-2.)

(4) A. Schmid. Ueber Rötheln un Erythemepidemien. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 nov. 1899.)

(5) Il est donc absolument inexact de prétendre, comme le fait l'auteur de la note précitée (*Arch. de méd. des enfants*, août 1904, p. 490), que « d'après Escherich... cet érythème ne serait qu'une variété de rubéole ».

Cette nouvelle variété d'érythème, observée depuis lors à Berlin, à Vienne, à Solingen, etc., a fait l'objet de la thèse d'un des élèves de M. Sticker (2) et de toute une série de communications et travaux (avec observations personnelles) dus à MM. Feilchenfeld (3), Heimann (4), Plachte (5), Pospischill (6), Escherich (7), etc. C'est assez dire que l'affection dont il s'agit est loin d'être rare et que, à l'heure actuelle, on dispose de matériaux largement suffisants pou essayer de présenter, dans un tableau d'ensemble, les traits essentiels de sa symptomatologie.

II

Maladie contagieuse, l'érythème infectieux de Sticker se manifeste toujours sous forme épidémique, s'associant le plus souvent à une épidémie de rougeole ou de rubéole. Dans la plupart des cas, l'affection frappe les enfants d'une même famille ou d'une même école. L'âge des petits patients varie habituellement entre quatre et douze ans; on a, toutefois, signalé un cas chez un bébé de quatorze mois (Schmid).

La maladie survient, de préférence, au printemps ou au cours de l'été. Autant que l'on peut en juger d'après les cas suivis de très près, la durée de la période d'incubation varie entre six et quatorze jours. Tels sont, du moins, les chiffres admis par M. Escherich et ses élèves; pour M. Plachte, l'incubation serait ordinairement de cinq à dix jours et ne se prolongerait jusqu'à deux semaines que d'une manière exceptionnelle. Toujours est-il qu'elle est notablement moins longue que celle de la rubéole, dont la durée varie entre dix-sept et vingt-quatre jours.

L'affection peut s'annoncer par quelques prodromes, tels que malaise général, sensation de fatigue, mal de gorge, etc.; mais, le plus souvent, elle débute d'emblée par l'éruption, qui, dans la plupart des cas, en constitue le symptôme le plus important, voire même l'unique manifestation, l'état général des petits patients restant parfaitement normal pendant toute la durée de la maladie.

Etant donnée cette importance de l'éruption, il convient d'en préciser les caractères, la localisation et la durée.

Un premier point à retenir, c'est que le processus morbide porte exclusivement sur le tégument externe : on n'observe point de modifications tant soit peu constantes des muqueuses. L'exanthème débute par la face, notamment par les joues dont la peau devient plus ou moins rouge, chaude et turgescente, sans que le malade éprouve, au niveau de ces parties, la moindre

(1) Sticker. Die neue Kinderseuche in der Umgebung von Giessen (Erythema infectiosum). (*Zeitsch. f. prakt. Aerzte*, 1er juin 1899.)

(2) E. Berberich. Eine Epidemie von acutem Erythem bei Kindern in der Umgebung von Giessen (Erythema infectiosum acutum). (*Thèse de Giessen*, 1899.)

(3) L. Feilchenfeld. Erythema simplex marginatum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 août 1902, p. 596.)

(4) Heimann. (Bericht über die XV. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Köln am 8. November 1903, in *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1904, LIX, 2, p. 252.)

(5) Plachte. Das Megalerythema epidemicum; die Grossflecken (Erythema infectiosum Sticker), ein acutes Kinderexanthem. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 fév. 1904.)

(6) D. Pospischill. Ein neues als selbständig erkanntes akutes Exanthem. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 fév. et 23 juin 1904.)

(7) Escherich. Demonstration zweier Fälle von Erythema contagiosum. (*Gesellschaft der Aerzte in Wien*, séance du 20 mai 1904, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 182.)

douleur ou démangeaison. La coloration disparaît sous l'influence de la pression du doigt pour réapparaître aussitôt après. Confluente sur les joues, l'éruption est nettement délimitée vers les sillons naso-labiaux, la pâleur du menton et des alentours de la bouche tranchant vivement avec la coloration intense de la région malaire. La tuméfaction et la rougeur de la peau s'atténuent vers les oreilles, où l'exanthème se termine par une ligne festonnée ou dentelée. Tel est l'aspect le plus constant et le plus caractéristique d'un enfant atteint d'érythème infectieux au début, aspect qui peut facilement donner le change à un observateur profane, en lui faisant prendre le teint coloré du petit malade pour le signe d'une santé florissante.

D'autres fois, l'éruption se présente sous la forme de grosses taches, dont la coloration varie du rose pâle au rouge violacé. En observant l'élément éruptif à l'état isolé, on constate qu'il présente une partie centrale œdématiée et saillante, qui s'abaisse graduellement en allant vers la périphérie. Cette maculo-papule persiste de vingt-quatre à quarante-huit heures; puis, son centre surélevé subit comme un affaissement et perd sa coloration rouge, qui fait place à un teint gris brunâtre, lequel, à son tour, ne tarde pas à disparaître, et, comme cette métamorphose régressive s'étend rapidement à la périphérie de chaque tache, la peau récupère bientôt son apparence normale, sans qu'il y ait la moindre induration ou cicatrice, sans qu'il y ait non plus la moindre trace de pigmentation ou de desquamation (1).

Pendant que l'exanthème de la face subit cette régression, il se produit une éruption plus ou moins analogue sur les quatre extrémités, où elle se propage de la racine du membre vers son segment distal, de sorte que ce sont les mains et les pieds qui sont atteints en dernier lieu. L'exanthème intéresse surtout la face externe des bras et des cuisses; les taches y sont beaucoup plus étendues que sur les joues et atteignent les dimensions d'une pièce de 5 francs ou de la paume de la main. Aussi leur métamorphose régressive donne-t-elle lieu à des dessins curieux : la partie centrale une fois affaissée, le reste de la tache se présente d'abord comme une large bande rouge, affectant la forme d'une guirlande; puis, au fur et à mesure que progresse le processus de guérison, cette bande se rétrécit de plus en plus pour ne former finalement qu'une ligne rouge, fine et dentelée. Ces contours, nettement dessinés, des éléments éruptifs peuvent, par leur association, communiquer aux téguments l'apparence d'une carte géographique ou un aspect marbré (*cutis marmorata*).

Le plus souvent, l'érythème épargne le tronc; en tout cas, l'éruption s'y montre très discrète, sous la forme de quelques taches disséminées sur la poitrine et sur le dos.

L'exanthème s'efface et disparaît suivant le même ordre qui a présidé à son extension : c'est d'abord la peau de la face et du tronc qui reprend son aspect normal, tandis que les extrémités conservent, quelque temps encore, leurs taches, et alors même que celles-ci ont disparu, on n'en voit pas moins persister, pendant plusieurs jours, les dessins réticulaires ou « géographiques », les marbrures de la peau que nous venons de mentionner. Ces derniers vestiges de l'éruption deviennent même très accentués sous l'influence de toute irritation de la peau, de la chaleur du lit, etc.

L'exanthème mis à part, on ne note pas de symptômes constants et nettement caractérisés. La langue peut être légèrement chargée, mais elle ne présente jamais l'aspect framboisé, propre à la langue scarlatineuse. Les ganglions lymphatiques ne sont pas tuméfiés, et on ne remarque pas de congestion des conjonctives. Il n'existe pas de coryza, ni de toux. On ne trouve rien d'anormal dans les urines, et à aucune période de la maladie on ne constate de fièvre (1).

A côté de cette forme habituelle de l'érythème infectieux aigu, M. Pospischill (2) a décrit deux états morbides qu'il croit pouvoir rattacher à la même affection : l'une, variété *scarlatinoïde*, paraît identique à cette forme particulière d'exanthème aigu que M. Trammer a décrite, il y a quelques années, sous le nom de *scarlatinoïs* (3); l'autre, variété *morbilloïde*, rappellerait de très près la rougeole et serait, en quelque sorte, propre à l'érythème infectieux des enfants en bas âge, le tableau clinique de l'érythème ressemblant d'autant plus à l'exanthème morbilleux que le petit patient est plus jeune. M. Pospischill propose de réunir ces trois formes morbides (*érythème infectieux*, *scarlatinoïde* et *morbilloïde*) sous la désignation commune d'*exanthema variabile*. Ajoutons que, d'après M. Sticker (4), ces trois aspects différents d'érythème infectieux peuvent être observés chez un seul et même sujet, soit à divers moments de l'évolution de la maladie, soit simultanément dans différentes régions du corps.

La durée totale de l'affection est de six à dix jours; il est bon, toutefois, de faire remarquer que sous l'influence de certaines causes occasionnelles, telles que frictions exercées sur les membres, exposition à la lumière solaire, exercices physiques violents, etc., il peut se produire des rechutes (Berberich).

III

Voilà donc une affection qui, quoique survenant souvent au cours d'épidémies de rougeole ou de rubéole, présente une physionomie suffisamment caractérisée pour qu'on puisse la séparer à la fois et de ces deux fièvres éruptives, et des divers érythèmes que l'on observe dans l'enfance.

Aussi, tout en reconnaissant le rôle de M. Sticker dans la démonstration de l'autonomie de la maladie en question — rôle qu'il partage, du reste, avec l'école pédiatrique de Gratz —, croyons-nous que le professeur de Giessen a été moins bien inspiré, lorsque pour consacrer cette autonomie, pour marquer le caractère *sui generis* de la nouvelle affection, il a choisi un terme aussi peu tranché et expressif que celui d'*érythème infectieux aigu*. Cette dénomination présente, à notre avis, l'inconvénient de laisser complètement dans l'ombre le caractère *spécifique* de la maladie : ne serait-on pas, en effet, tout aussi fondé à l'appliquer à la scarlatine, à la rougeole ou à la rubéole, voire même à un érythème infectieux d'origine chirurgicale ou traumatique?

D'autre part, l'étiquette *Erythema simplex marginatum*, sous laquelle l'affection a été décrite par M. Feilchenfeld, tout en caractérisant, dans une certaine mesure, la lésion cutanée, ne laisse aucunement soupçonner sa nature contagieuse et épidémique.

Cela étant, nous croyons qu'il serait préférable d'adopter la dénomination de *megalerythema epidemicum*, proposée par M. Plachte et qui présente l'avantage d'indiquer à la fois un des traits les plus caractéristiques de la symptomatologie de l'affection et la propagation épidémique de celle-ci.

Quoi qu'il en soit, il est évident que l'état morbide en question mérite d'avoir sa place dans le groupe des maladies éruptives et d'être mieux connu qu'il ne l'était jusqu'à présent, ne fût-ce qu'en raison des erreurs de diagnostic, souvent préjudiciables, que risquerait de commettre le praticien qui ne serait pas familiarisé avec le mégalérythème épidémique.

Ces erreurs peuvent être et ont réellement été d'autant plus fréquentes que, maintes fois, la maladie survient, comme nous l'avons déjà fait remarquer, au cours d'épidémies de rougeole ou de rubéole. C'est assez dire combien il importe d'avoir présentes à l'esprit toutes les particularités susceptibles de faciliter le diagnostic différentiel.

Et d'abord, pour ce qui est de la rubéole, avec laquelle l'érythème infectieux a été si longtemps confondu, on tiendra le plus grand compte de la localisation de l'exanthème : dans le megalerythema, le tronc reste presque toujours indemne ou, tout au moins, n'est que tardivement atteint, tandis que dans la rubéole, où la généralisation de l'éruption se fait très vite, le tronc est intéressé dès les premières heures. De plus, dans cette dernière affection, l'engorgement ganglionnaire constitue un phénomène à peu près constant, alors qu'il fait défaut dans l'érythème infectieux. Enfin, pour être relativement peu intenses, les phénomènes généraux, et notamment l'hyperthermie, ne sont pas rares au cours de la rubéole, tandis qu'ils manquent complètement chez les sujets atteints de mégalérythème.

Le diagnostic différentiel d'avec la rougeole est moins malaisé, surtout en raison de l'absence de l'énanthème, lequel tient, comme on le sait, une si grande place dans la symptomatologie morbilleuse.

Il est peu probable que l'on éprouve une difficulté quelconque à différencier l'érythème infectieux d'avec la scarlatine, les deux maladies n'ayant, en somme, rien de commun. Mais il serait loin d'en être de même pour cette variété particulière d'exanthème aigu que M. Trammer a décrite sous le nom de *scarlatinoïs* et que M. Pospischill, ainsi que nous le disions tantôt, serait porté — tout comme M. Trammer lui-même — à rattacher au megalerythema, dont elle se distingue, toutefois, par sa très courte durée (trois jours au maximum) et par l'existence d'une desquamation.

Nous ne reviendrons pas sur le diagnostic différentiel d'avec la pseudo-scarlatine épidémique, que nous avons déjà étudié dans ce journal (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 145-147).

Restent les affections cutanées, telles que le pityriasis rosé, les érythèmes médicamenteux ou d'origine toxique, et surtout l'érythème exsudatif polymorphe de Hebra.

Pour le pityriasis rosé — malgré une certaine similitude des lésions de la peau —, le diagnostic est assez aisé, cette dermatose s'accompagnant d'un prurit plus ou moins intense et affectant une marche chronique, sans compter qu'elle ne porte que rarement sur la face et ne se propage pas sous forme d'épidémie.

Les éruptions médicamenteuses seront d'autant plus faciles à différencier d'avec le megalerythema que la localisation, l'évolution cyclique et le caractère épidémique, propres à cet érythème, leur feront défaut.

Quant à l'érythème exsudatif polymorphe de Hebra, on se basera surtout sur la localisation des lésions aux pieds et aux mains, sur l'existence de phénomènes généraux plus ou moins

(1) Nous devons, cependant, signaler le cas observé par M. Plachte et dans lequel une légère desquamation furfuracée se produisit au niveau de la partie supérieure de la région sternale, où l'érythème avait été particulièrement accentué.

(1) L'épidémie observée en 1900 à Coblentz par M. Tripke (Kalender für Frauen- und Kinderärzte, Kreuznach, 1901; cité par M. Plachte) et décrite sous la dénomination d'*érythème infectieux fébrile* fait exception à cette règle, mais, précisément en raison de ce fait et de la gravité des troubles généraux notés au cours de l'épidémie en question, il nous semble difficile pour le moment et faute d'autres constatations analogues, de rattacher l'épidémie de Coblentz au « megalerythema epidemicum », et de diviser la maladie en question, comme le fait M. Tripke, en deux variétés, l'érythème infectieux fébrile et l'érythème infectieux afébrile.

(2) D. Pospischill. Ein neues als selbständig erkanntes akutes Exanthem. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 juin 1904.)

(3) Trammer. Scarlatinois. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 mars 1901.)

(4) G. Sticker. Ueber das in Giessen und Umgebung wieder auftretende akute, infectiöse Erythem. (*Med. Gesellschaft in Giessen*, séance du 25 oct. 1904, in *Deutsche med. Wochensch.*, 22 déc. 1904, p. 1950.)

graves, ainsi que sur ce fait que les parties malades restent fraîches (Kaposi), la température des régions atteintes par le megalerythema étant, au contraire, élevée.

Le diagnostic d'érythème infectieux aigu une fois établi d'une manière certaine, le praticien n'a guère à faire de thérapeutique active. Le pronostic de l'affection est essentiellement bénin, celle-ci ne comportant ni complications graves, ni suites fâcheuses.

Le petit patient doit cependant garder la chambre pendant toute la durée de la maladie, et cela non seulement en vue de son isolement (qui peut prendre fin aussitôt que l'érythème a disparu), mais surtout parce que les sorties prématurées et la fatigue physique risquent de prolonger l'affection, prédisposent à des rechutes et peuvent même entraîner des complications. C'est ainsi que MM. Sticker et Berberich ont vu survenir, chez deux convalescents (1), des douleurs articulaires avec tuméfaction des genoux et des jointures tibio-tarsiennes, à la suite de promenades prolongées.

Dr L. Cheinisse (de Paris).

BULLETIN

L'épidémie actuelle de méningite cérébro-spinale dans l'Europe centrale.

Connue depuis un siècle environ dans notre pays où elle a revêtu à l'occasion la forme épidémique — comme ce fut notamment le cas en 1837 —, la méningite cérébro-spinale existe à peu près constamment en France à l'état sporadique, subissant de temps à autre des exacerbations passagères : c'est ce qui eut lieu en particulier à Paris il y a près de sept ans (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 281-284). Les renseignements contenus dans la *Statistique médicale de l'armée* sont des plus démonstratifs à l'égard de ces exacerbations : en 1895, par exemple, on note pour toute l'armée 54 cas et 35 décès, dont 29 et 14 pour la seule garnison de Vitré; quatre ans plus tard, un bataillon de chasseurs à pied caserné à Antibes fournit 7 cas, dont 6 mortels, les chiffres pour l'ensemble de l'armée étant respectivement 31 et 23, etc.

Pour les autres pays, des épidémies plus ou moins graves ont été signalées également en Suède (1854), aux Etats-Unis (1862-1864), etc.

En Allemagne, depuis la grande épidémie partie de Silésie en 1863, de petits foyers se sont produits sporadiquement, surtout en hiver et au printemps, mais sans présenter de caractère inquiétant. Or, il y a près de six mois, la situation a changé; comme on le verra par les détails qui suivent, la maladie, issue cette fois encore de Silésie, a pris, en Allemagne même et dans certaines provinces autrichiennes, une extension qui, sans justifier entièrement l'émotion qui s'est emparée des populations intéressées, nécessite cependant des mesures énergiques pour protéger les régions jusqu'ici indemnes et empêcher l'infection de franchir les frontières des Etats limitrophes.

Ce sont les parties extrêmes de la Silésie allemande, confinant à la frontière russe, et plus exactement la régence d'Oppeln, qui ont été tout d'abord touchées. Dès la fin du mois de novembre dernier, quelques cas éclataient à Königshütte et dans la petite ville voisine de Neu Heiduk, puis, peu après, diverses localités des districts de Beuthen-campagne et de Tarnowitz, dans la même régence, étaient à leur tour contaminées. Malgré les mesures prophylactiques aussitôt prises (isolement des malades, désinfection des locaux et des vêtements, etc.), le nombre des cas augmentait rapidement durant le mois de décembre 1904 et les premiers mois de la présente année, si bien qu'au 31 mars dernier l'épidémie intéressait 22 districts sur les 25 que compte la régence d'Oppeln, ainsi que 6 districts de la régence de Breslau, y compris la ville de Breslau elle-même; quelques soldats du sixième corps d'armée prussien étaient également infectés. Au total, on a relevé officiellement, pour cette période de quatre mois environ, *1,088 cas avec 582 décès.*

Comme toujours, ce sont les jeunes gens qui ont fourni le plus fort contingent de malades : sur 1,006 cas enregistrés dans la régence d'Oppeln, 903, soit 89.2 %, concernent des sujets de moins de quinze ans, dont 583, ou 57 % du chiffre global, des enfants au-dessous de sept ans; les malades de plus de quinze ans figurent seulement au nombre de 103, représentant une proportion de 10.8 %.

Ces faits n'ont pas été sans soulever en Allemagne une vive émotion, qui a trouvé son écho au Landtag prussien. Le 6 avril, le ministre des cultes répondait à une interpellation à ce sujet en assurant que toutes les mesures nécessaires avaient été mises en vigueur; M. le docteur Kirchner, conseiller privé, qui avait été chargé d'une mission en Silésie où il avait pu observer de ses propres yeux de nombreux malades, prenait la parole après le ministre et faisait aux députés prussiens une véritable conférence sur la pathogénie et la symptomatologie de la maladie; il signalait, à ce propos, que le pouls, au cours de l'affection, lui avait paru le plus souvent non pas ralenti, comme l'enseignent la plupart des classiques, mais bien au contraire accéléré, battant à 190 et au-dessus. Il ajoutait que la nature de l'épidémie ne saurait faire de doute, car M. le professeur von Lingelsheim, directeur de la station de recherches bactériologiques installée à Beuthen, en plein centre contaminé, avait réussi à isoler le diplocoque de Weichselbaum dans les 760 cas soumis à ses investigations.

En dépit des prévisions officielles, l'épidémie a continué ses ravages. Le 17 avril, on nous signalait qu'il y avait eu dans le district de Kattowitz (régence d'Oppeln), au cours de la dernière semaine écoulée, 43 cas nouveaux et 23 décès; pour la ville de Kattowitz seule, le nombre des cas nouveaux était de 7, celui des morts de 8. Huit jours plus tard, dans le même district, on comptait — pour la semaine finissant le 25 avril — 47 cas et 27 décès; depuis le début de l'épidémie, il n'y avait pas eu moins de 358 cas, dont 203 mortels. Dans le district de Beuthen, le nombre des cas, du 13 au 19 avril, s'élevait à 31, celui des décès à 12.

Jusqu'ici, les deux régences les plus orientales de la Silésie allemande — Oppeln et Breslau — étaient seules intéressées; la troisième, celle de Liegnitz, beaucoup plus occidentale, puisqu'elle confine au Brandebourg et à la Saxe prussienne, ne devait pas tarder à être atteinte; le 18 avril, en effet, on signalait des cas à Altlöbau, à Oberlausitz, à Lautitz; quatre jours après, 2 étaient diagnostiqués à Lauban.

La Silésie allemande ainsi frappée dans son ensemble, la maladie ne pouvait manquer de se répandre dans les régions limitrophes. Autant qu'on en peut juger par les renseignements recueillis, elle semble s'être dirigée tout d'abord vers le sud, pénétrant, par la Silésie autrichienne, dans l'empire austro-hongrois, où elle se répandait aussitôt vers l'est, en Galicie. De fait, on nous signale qu'il y a eu, dans cette dernière province, depuis le 31 janvier jusqu'au 8 avril, 437 cas avec 188 décès; 78 communes, appartenant à 21 districts, sont contaminées. Il est curieux que la Silésie autrichienne ait été sensiblement moins touchée que la Galicie : la maladie y a été constatée tout d'abord à Zarzicz, dans le district de Bielitz, tout près de la frontière allemande; de là elle a envahi 23 autres districts, mais elle n'a occasionné en tout que 64 cas avec 21 décès; et elle ne paraît pas devoir s'étendre davantage, car, le 26 avril, il ne restait, pour toute la province, que 33 malades en traitement et aucun nouveau cas ne s'était déclaré depuis une semaine.

Plus récemment, la maladie a passé également la frontière russe : la méningite, importée de la Silésie allemande, a été observée à Sosnovice et à Lodz, dans la Pologne russe; de plus, d'assez nombreux cas auraient éclaté dans la garnison de Minsk, beaucoup plus à l'est par conséquent.

Entre temps, cependant, l'épidémie faisait de sensibles progrès en Allemagne : non pourtant qu'elle se soit propagée par infiltration à partir des provinces de l'Est, qu'elle ait faite « tache d'huile », selon l'expression consacrée. En effet, la région contaminée — en dehors de la Silésie — forme, sur la carte d'Allemagne, comme une tache sombre au nord-ouest de l'empire : elle comprend essentiellement le Brunswick, le Hanovre, la Westphalie, la province rhénane. Or, à part un cas suivi de mort constaté chez un artilleur, le 10 avril, à Cassel, en Hesse-Nassau, toute la vaste région comprise entre le foyer silésien et le foyer nord-occidental — elle correspond notamment au Brandebourg — paraît être demeurée indemne, si l'on fait abstraction de quelques cas survenus ces jours derniers à Berlin. Il en est de même des provinces du nord-est (Poméranie, Prusse occidentale et orientale, Posnanie), du royaume de Saxe et aussi des Etats du sud-ouest, la Bavière y compris le Palatinat, le Wurtemberg, le grand-duché de Bade : nous avons cependant à mentionner, pour ces dernières parties de l'empire, 4 cas, dont 2 suivis de mort, enregistrés à Munich en une semaine, mais n'ayant nullement l'allure épidémique; et 4 cas constatés tout récemment dans le district de Bonndorf (grand-duché de Bade). Par contre, le foyer hanovrien se prolonge vers le nord, par le Mecklembourg-Schwerin et le Schleswig-Holstein.

Voici, du reste, dans l'ordre chronologique où ils nous sont parvenus, les documents relatifs à ce foyer nord-occidental :

Le 8 avril, un cas est signalé à Brunswick, chez une jeune paysanne venue de Cracovie (Galicie). Le 14, 2 cas apparaissent aux environs d'Asseln, en Westphalie. Le 15, il y a un cas (suivi de mort) à Barop, et 2 à Lüdenscheid, localités situées l'une et l'autre, comme Asseln, dans la régence westphalienne d'Arnsberg; le même jour, un cas mortel est constaté à Begesack, en Hanovre. Le 18, un second cas est diagnostiqué dans le duché de Brunswick, à Heimburg; un décès survient à Bordesholm, dans le Schleswig-Holstein, et un cas — le premier dans la province rhénane — est signalé à Horst; enfin, toujours le 18, un homme arrivé depuis peu de Thionville, dans la Lorraine annexée, succombe à Stade, dans le Hanovre. Le 19, on annonce 6 cas à Ribnitz, dans le Mecklembourg-Schwerin. Le 24, un décès se produit à Solingen, et le lendemain un autre à Rheydt, deux localités de la province rhénane; le 25 également, on signale encore un cas à Königslutter, dans le Brunswick.

Comme on le voit par cet exposé, l'affection ne paraît pas avoir, dans cette région, une bien grande virulence. D'autre part, quoique la première malade dont il soit fait mention fût récemment arrivée de Galicie à Brunswick, il n'est guère possible, vu la presque simultanéité des cas apparus en Westphalie, dans le Hanovre, le duché de Brunswick, bientôt aussi dans le Schleswig-Holstein et la province rhénane, de croire à une maladie d'importation; en réalité, d'après l'allure générale de la morbidité, il semble moins s'agir d'une véritable épidémie que de l'exacerbation passagère d'une maladie infectieuse qui existe à l'état endémique en Allemagne comme en France.

Cependant, le fait que les cas survenus depuis une quinzaine de jours sont groupés sur une étendue relativement restreinte, dans une région très industrielle, où la population est particulièrement dense et qui se trouve en re-

(1) Berberich. (*Loc. cit.*, obs. 14 et 36.)

lations continuelles avec la Hollande, la Belgique et notre frontière de l'Est, commande une certaine réserve et exige la mise en vigueur des mesures prophylactiques les plus sérieuses, d'autant plus que, si nous n'avons pas d'indications précises au sujet de la mortalité dans le foyer du nord-ouest de l'Allemagne, les chiffres que nous avons mentionnés au début de cet article, relativement à l'épidémie silésienne, correspondent à une mortalité de plus de 53 % et témoignent suffisamment de la gravité de la maladie (1).

MÉDECINE PRATIQUE

La dilatation bimanuelle du col utérin pendant le travail.

Dans les cas où la non-dilatation du col de la matrice (en l'absence de lésions cancéreuses) constitue l'unique cause de dystocie ou bien lorsque la dilatation de la portion cervicale de l'utérus s'impose en tant qu'opération préliminaire destinée à permettre d'introduire la main ou un instrument quelconque dans la cavité utérine, un médecin russe, M. le docteur S. G. Krachevsky (de Ochmiany), a recours — pour peu que l'orifice du col admette un peu plus d'un doigt — au procédé que voici :

La patiente étant couchée sur le dos, on se place à sa droite et, après avoir, à l'aide de l'index droit, trouvé le museau de tanche, on y introduit la phalangette de ce doigt. La face palmaire de l'index tournée en avant et le doigt recourbé en crochet, on déplace doucement le col et on le retient ensuite près de la face postérieure de la symphyse pubienne. Cela fait, on insinue dans le col l'index gauche (en le faisant glisser sur la face dorsale de son congénère de la main droite), et, la face palmaire de ce doigt — également recourbé en crochet au niveau de l'articulation de la troisième phalange — regardant en arrière, on procède à la dilatation lente et progressive du col. Comme points d'appui, on utilise d'abord les articulations réunissant la première et la deuxième phalange, puis, les jointures métacarpo-phalangiennes. Le col une fois quelque peu dilaté par l'action des index seuls, on poursuit l'opération en associant à ces doigts le médius de chaque main; ce second temps de la manœuvre est, du reste, beaucoup plus facile à réaliser que le premier et aussi plus inoffensif pour la parturiente, les doigts agissant sur une étendue deux fois plus grande. Ce sont surtout les doigts de la main gauche qui doivent entrer en jeu, en repoussant les tissus vers l'excavation du sacrum, pendant que les doigts de la main opposée retiennent la paroi antérieure du col contre la symphyse pubienne.

La dilatation doit être faite en plusieurs poussées, avec des intervalles de quelques secondes, et, comme elle est assez douloureuse, il faut la pratiquer pendant les contractions utérines. Au début, la résistance éprouvée par les doigts est assez grande, mais à chaque nouvel effort la manœuvre devient de plus en plus aisée. Lorsque la distance entre les phalanges recourbées des doigts antérieurs et des doigts postérieurs atteint 8 centimètres, la dilatation peut être considérée comme suffisante pour permettre d'introduire dans la matrice la main ou le forceps. L'opération nécessite, en moyenne, de trente secondes à une minute et demie.

Notre confrère emploie le procédé en question depuis 1891 : appelé à cette époque-là à accoucher d'urgence une primipare atteinte d'éclampsie, et pris au dépourvu (l'unique ballon dont il disposait laissant passer l'eau), il eut l'idée de recourir à la dilatation bimanuelle du col, telle que nous venons de la décrire. Depuis lors, M. Krachevsky a eu l'occasion d'expérimenter cette manœuvre dans 13 autres cas, et toujours il s'en est très bien trouvé.

D'après l'expérience de notre confrère, le procédé dont il s'agit présenterait l'avantage d'être à la fois très simple et inoffensif : en examinant les femmes aussitôt après l'accouchement et au bout d'un laps de temps plus ou moins long, M. Krachevsky n'a jamais pu déceler de rupture du col; alors même qu'il survient une déchirure, elle reste toute superficielle, n'intéressant que la muqueuse et ne laissant subsister, dans la suite, aucune trace.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le sérum quininé en injections sous-cutanées contre les formes graves de paludisme.

Convaincu que les accidents locaux assez fréquemment observés à la suite des injections sous-cutanées ou intra-musculaires de sels de quinine sont dus à la causticité des solutions concentrées habituellement prescrites, et désireux, d'autre part, d'associer à l'action spécifique de l'alcaloïde les effets toniques et diurétiques du sérum artificiel, un médecin militaire français, M. le docteur M. Malafosse, pratique, dans les cas de paludisme où existe un état infectieux grave, des injections sous-cutanées de sérum artificiel contenant 2 ‰ de bichlorhydrate de quinine : 250 c.c. de ce liquide renferment donc 0 gr. 50 centigr. de substance active. Depuis quatre ans, notre confrère a largement employé cette méthode dans plus de 100 cas de fièvre typhopalustre particulièrement graves (et aussi dans 3 cas de fièvre puerpérale) et il en a obtenu d'excellents résultats.

D'ailleurs, en dehors même des circonstances où il y a lieu de faire une véritable infusion d'eau salée physiologique, ce qui amène tout naturellement à diluer la quinine dans le sérum artificiel, M. Malafosse — adoptant en cela une ligne de conduite fort analogue à celle de MM. Gualdi et Gallenga (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 86) — a pour règle de ne jamais injecter une solution de bichlorhydrate de quinine dont le titre dépasse 5 %; souvent même il prescrit une solution à 2 % seulement; en outre, il se sert comme excipient, au lieu d'eau pure, de sérum artificiel.

Il va sans dire qu'il est nécessaire d'injecter d'assez grandes quantités de ces solutions, puisqu'il faut 25 c.c. de la solution à 2 % pour représenter les 0 gr. 50 centigr. de sel qui sont contenus dans 1 c.c. de la solution classique à 50 % : la seule précaution à prendre, d'après notre confrère, est d'éviter d'introduire plus de 10 c.c. de liquide en un même point de l'organisme (tissu cellulaire sous-cutané de la fesse ou de la face externe de la cuisse). Ces injections, aussi aisées à pratiquer avec la seringue de Roux que les injections ordinaires avec la seringue de Pravaz, n'exposeraient pas aux mêmes inconvénients que ces dernières : M. Malafosse a pu en faire plus de 3,000 chez des paludéens de tout genre, sans avoir à enregistrer le moindre accident.

Importance des traumatismes même anciens au point de vue de l'apparition du tétanos à la suite des injections sous-cutanées de quinine.

Nous avons tout dernièrement fait connaître les résultats de recherches expérimentales de M. Vincent, démontrant que les injections sous-cutanées de quinine sont susceptibles, chez les animaux de laboratoire, de réveiller une infection tétanique latente; et notre confrère en concluait qu'il convient d'être très prudent en matière d'injections quiniques, chez tout paludéen atteint d'une plaie mal soignée ou porteur de la moindre excoriation ayant pu livrer passage au bacille de Nicolaïer (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 87). Un médecin exerçant en Macédoine, M. le docteur I. M. Théodoridès (de Serrès), nous communique un fait qui prouve que cette circonspection est de mise même au cas où le traumatisme « suspect » est de date déjà ancienne.

« Un homme âgé de cinquante-huit ans, nous écrit notre confrère, s'était coupé à la partie interne de l'avant-bras gauche avec des ciseaux de jardinier; l'artère radiale fut intéressée, et il s'ensuivit une hémorrhagie considérable. Séance tenante, je procédai à la ligature du vaisseau blessé, et le malade guérit en quelques jours, sans aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité.

« Après *trois ans* d'une santé florissante, cet homme fut atteint d'accès paludéens à forme rémittente. La quinine administrée par l'estomac et par la voie rectale étant restée sans effet, je fis des injections quiniques avec une stricte asepsie. Les accès furent coupés, mais le troisième jour éclata un tétanos formidable qui emporta le malade en quarante-huit heures.

« J'estime que dans ce cas le traumatisme ancien avait introduit dans l'organisme des bacilles du tétanos qui demeurèrent à l'état latent jusqu'à ce que les injections de quinine vinssent réveiller leur virulence. Au point de vue pratique, ce fait démontre que tout médecin, avant d'injecter de la quinine à un paludéen, devra s'informer avec le plus grand soin de l'existence possible de traumas antérieurs. »

L'extension testiculaire contre la cryptorchidie.

Dans 8 cas de cryptorchidie, M. le docteur O. Lanz, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine d'Amsterdam, a employé avec succès une méthode opératoire qu'il désigne sous le nom d'*extension testiculaire*, et dont voici la technique :

Après incision de la paroi antérieure du canal inguinal, on fend le processus péritonéo-vaginal, on le dissèque d'avec le testicule et on en pratique l'ablation comme dans la cure radicale de hernie. Le cordon spermatique étant bien isolé, on procède à la reconstitution de la paroi profonde du canal inguinal suivant la méthode de Bassini. On fait alors glisser une sonde le long du gubernaculum jusque vers le fond de la bourse que l'on refoule aussi loin que possible. Puis, sur la pointe de la sonde, on pratique, à la peau du scrotum et au dartos, une boutonnière à travers laquelle, au moyen d'une pince à forcipressure pénétrant de dehors en dedans, on va chercher le bout libre d'un fil dont on a préalablement fixé l'autre extrémité au gubernaculum près du pôle inférieur du testicule. On attire au dehors l'extrémité libre du fil et on la fixe par une bandelette adhésive à la peau de l'une des cuisses ou bien on l'attache à une attelle qu'un bandage plâtré retient entre les deux cuisses écartées. Pour terminer, on rapproche les lèvres de la plaie inguinale au moyen d'un surjet et on panse au collodion; la boutonnière scrotale est fermée par un simple point de suture.

La tension élastique que réalise ce procédé donnerait des résultats supérieurs à ceux de l'orchidopexie. En ce qui concerne la nature du fil à employer, M. Lanz a observé que le catgut peut céder prématurément; aussi conseille-t-il de faire usage de préférence d'un fil en caoutchouc et de fixer celui-ci directement à l'albuginée.

Traitement de la méningite cérébro-spinale par l'iodate de soude.

Depuis que M. le docteur J. Ruhemann (de Berlin) a pour la première fois préconisé l'emploi thérapeutique de l'acide iodique et de ses sels, ces médicaments ont trouvé de nombreuses indications cliniques, que nous avons signalées

(1) Ajoutons que la méningite cérébro-spinale n'est pas en ce moment le fâcheux apanage de l'Europe centrale ; quelques cas ont en effet été signalés dans diverses parties de l'Angleterre, notamment à Londres et à Liverpool; à Irthlingborough, dans le Northamptonshire, M. le docteur W. Robb a pu constater 3 cas survenus successivement dans une seule et même maison.

D'autre part, certaines parties des Etats-Unis, en particulier l'Etat de New-York, sont depuis plusieurs mois déjà éprouvées par cette affection : dans le seul Etat sus-mentionné, elle a causé 1,211 décès en 1904 contre 271 en 1903; pour les trois premiers mois de 1905, on a enregistré plus de 800 cas. Dans l'Etat de Massachusetts, la mortalité par méningite cérébro-spinale, de 65 en 1903 et de 55 en 1904, n'a pas été inférieure à 87 pour les mois de janvier, février et mars 1905. L'épidémie serait cependant en décroissance, d'après les derniers renseignements qui nous sont transmis.

au fur et à mesure qu'elles se produisaient (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 196, 1895, p. 409, 1900, p. 414 et 1903, p. 364).

Récemment, notre confrère a eu l'occasion de constater que l'iodate de soude était également susceptible de rendre d'excellents services contre la méningite cérébro-spinale. Le cas qu'il a observé concerne un enfant de treize ans, que l'on considérait comme perdu en raison des symptômes graves (convulsions, cyanose, état typhoïde, hémiplégie) qu'il présentait.

M. Ruhemann eut alors l'idée d'administrer au petit malade une solution au soixantième d'iodate de soude dans l'eau, à raison de trois demi-cuillerées à soupe par jour. Dès la première prise, l'état général s'améliora, la défervescence s'ébaucha. Le lendemain, la température redevint normale, la céphalée cessa, et, dans l'espace de quelques jours, les contractures musculaires, notamment la rigidité de la nuque, disparurent entièrement. Quinze jours après le début du traitement par l'iodate de soude, la guérison était complète.

Les grands lavages de l'urèthre avec des solutions fortes de nitrate d'argent comme traitement abortif de la blennorrhagie.

L'année dernière, nous avons fait connaître les bons résultats obtenus par M. C. Engelbreth dans 30 cas de blennorrhagie traités par les grands lavages de l'urèthre à l'aide de solutions fortes de nitrate d'argent (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 232).

De son côté, M. le docteur A. Berg (de Riga) a eu recours à la même méthode dans 46 cas d'uréthrite blennorrhagique au début. Notre confrère emploie toutefois une solution argentique moins concentrée que celle dont M. Engelbreth se sert (0.2 % au lieu de 0.5 %) et il ne fait l'injection que sous une pression de 50 centimètres.

Sur les 46 malades traités de la sorte, la blennorrhagie a pu être coupée 31 fois, soit dans les deux tiers des cas. Et la proportion des succès est plus élevée encore si l'on considère comme contre-indications du traitement abortif, non seulement l'inflammation du méat, ainsi que le veut M. Engelbreth, mais aussi l'aspect trouble de l'urine, les mictions douloureuses ou la sensibilité de l'urèthre à la pression, en un mot tout signe de participation de l'urèthre postérieur et toute manifestation inflammatoire appréciable sans le secours du microscope : sur les 20 derniers malades que M. Berg a eu l'occasion de soigner, et chez lesquels il a tenu compte de ces contre-indications, la guérison a été obtenue 15 fois, soit dans les trois quarts des cas.

La radiothérapie contre le cancer de l'utérus.

L'efficacité des rayons de Röntgen contre les néoplasmes profonds étant contestée par la majorité des auteurs, il nous paraît intéressant de signaler un cas de cancer du corps de l'utérus, où la radiothérapie aurait donné une guérison complète à M. le docteur A. J. Cleveland (de Norwich).

Il s'agit d'une femme de quarante ans, atteinte d'une tumeur cancéreuse du fond de l'utérus, affectant une marche rapide et qui avait été jugée inopérable lors d'une laparotomie exploratrice. On eut alors l'idée de faire une tentative avec les rayons de Röntgen : trois fois par semaine, on fit agir pendant une quinzaine de minutes un tube de Crookes placé à environ 15 centimètres de la paroi abdominale. Au bout de treize séances, une radiodermite força à suspendre le traitement. Les progrès jusqu'alors n'avaient pas été très marqués, et les douleurs étaient même demeurées tellement intenses que la nuit on devait recourir à l'opium pour les calmer.

Après un mois d'interruption, on reprit la radiothérapie, et cette fois, au bout de douze séances, l'amélioration fut très manifeste : les douleurs et les pertes diminuèrent considérablement, l'état général se remonta, le poids du corps augmenta et le sommeil revint. Un mois plus tard, les douleurs et les hémorrhagies reparurent, mais elles cédèrent promptement à quelques nouvelles applications radiothérapiques.

Six mois après le début du traitement par les rayons X, la tumeur avait entièrement disparu et les organes pelviens paraissaient être revenus à leur état normal. La guérison se maintient depuis près d'un an.

Traitement de la gingivite des diabétiques par le sulfure de calcium.

Partant de cette considération que le sulfure de calcium rend d'excellents services dans le traitement des furoncles chez les diabétiques, M. le docteur L. Barkan (de New-York) a eu l'idée d'employer ce topique contre les gingivites dont il n'est pas rare de voir atteints les malades en question. Dans 6 cas — dont 2 de gingivite purulente — où notre confrère a eu recours au mode de traitement dont il s'agit, les résultats auraient été excellents. Ils n'auraient pas été moins bons dans 2 faits, concernant également des gingivites purulentes, où M. le docteur C. Vetter (de New-York) a de son côté prescrit du sulfure de calcium.

Influence des rayons de Röntgen sur la tuberculose testiculaire.

Chez un homme de cinquante-six ans qui avait antérieurement subi l'ablation du testicule gauche pour tuberculose de cet organe, M. le docteur W. B. De Garmo (de New-York) a eu l'idée de soumettre à des applications radiothérapiques l'autre testicule qui, à son tour, était devenu volumineux, dur et douloureux spontanément et à la pression, de sorte que l'on avait toute raison de le croire également atteint de tuberculose. On pratiqua en tout 126 séances de dix minutes chacune, l'ampoule étant maintenue à 25 centimètres de la région malade. Dès la première séance, la douleur disparut; l'enflure s'atténua graduellement et lorsqu'au bout de dix mois et demi on cessa le traitement, le testicule était de forme, de volume et de consistance entièrement normaux en apparence.

TRENTE-QUATRIÈME CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 26 au 29 avril 1905.

Le traitement des affections inflammatoires aiguës par l'hyperémie passive.

M. Bier (de Bonn). — Les instruments nécessaires à l'application de l'hyperémie passive sont fort simples. Ils consistent, d'une part, en appareils de succion ou d'aspiration (cloches en verre de dimensions variables, analogues à celles des ventouses, dans lesquelles on fait le vide à l'aide d'une poire en caoutchouc ou d'une seringue) et, d'autre part, en simples bandes ou tubes de caoutchouc, utilisés pour pratiquer la ligature des membres. Lorsque le foyer inflammatoire ne présente pas encore de collection purulente, il est inutile de faire la moindre incision. Lorsque, au contraire, il y a suppuration, il suffit de faire de très petites incisions, souvent de simples piqûres, d'où il résulte que la méthode a un caractère essentiellement conservateur. Dans les cas de furoncles avec bourbillon de tissus nécrosés, il est bon, quand c'est possible, d'extraire ce dernier avec des pinces. L'appareil doit être laissé en place pendant cinq minutes, afin d'arrêter toute circulation dans la partie traitée, puis on suspend l'application durant trois minutes et l'on recommence la même manœuvre pendant environ trois quarts d'heure en tout.

Les malades soignés de la sorte accusent de suite un grand soulagement.

La durée moyenne du traitement pour un furoncle, par exemple, est de cinq jours. J'ai aussi appliqué la méthode à 6 cas d'anthrax, tous suivis de guérison.

Voici maintenant un premier malade atteint depuis dix jours d'une inflammation phlegmoneuse de la région axillaire; nous pratiquons une petite incision et appliquons l'appareil à aspiration séance tenante. De même dans ce deuxième cas, où il s'agit d'un abcès de la région sous-maxillaire.

Le troisième patient que je vous présente a une lymphangite diffuse de l'avant-bras; ici, nous placerons la bande de caoutchouc, assez fortement serrée, au-dessus du coude. Il ne faut pas se laisser trop effrayer par la rougeur et l'œdème consécutifs à la ligature du membre, mais je tiens à ajouter qu'il est nécessaire de surveiller attentivement le malade, ce qui exige un personnel de garde expérimenté; par conséquent, le traitement par la ligature du membre n'est guère applicable, pour le moment du moins, que dans les services hospitaliers ou les cliniques. La bande doit être laissée en place au moins pendant dix heures et souvent jusqu'à vingt-deux heures consécutives. Après qu'on l'a enlevée, le membre est placé en position élevée. Il est utile, afin de ménager la peau, de changer de place la bande soir et matin et — si le sujet a une peau délicate — d'intercaler une bande de gaze entre les téguments et la bande élastique.

Voici encore un jeune garçon atteint d'une arthrite suppurée de l'articulation interphalangienne du médius, chez lequel vous pouvez constater que ladite articulation a repris sa mobilité complète; ce résultat a été acquis en quelques jours de traitement; les douleurs ont entièrement disparu.

D'aussi bons effets ont été obtenus chez ce cinquième malade, affecté depuis dix jours d'un panaris du pouce avec tendo-vaginite suppurée. Il a suffi d'une petite incision à la face antérieure du doigt, suivie d'aspiration, pour faire disparaître toute douleur et pour rétablir les mouvements au bout de vingt-quatre heures. A ce propos, je tiens à attirer votre attention sur la nécessité de ne jamais introduire de mèche dans les incisions pratiquées en vue de cette méthode.

Pour les applications de la ligature élastique au niveau de l'aisselle, il est nécessaire, afin d'éviter une escharre possible, d'intercaler une garniture de feutre entre la peau et le tube et d'envelopper ce dernier d'une couche de ouate.

L'hyperémie passive ne favorise aucunement, contrairement à ce qu'on pourrait craindre *a priori*, la nécrose menaçante que l'on observe souvent dans les cas de panaris. Cette méthode peut être également appliquée aux affections siégeant à la tête, telles que mastoïdite et dacryocystite.

J'ai encore employé ce moyen thérapeutique dans 18 cas de mastite, avec une durée moyenne de traitement de trois semaines, dans 120 furoncles (durée moyenne de traitement, cinq jours), dans 18 mastoïdites, dans 2 dacryocystites et dans plusieurs cas de parulie.

Injection d'antitoxine tétanique dans les troncs nerveux.

M. Küster (de Marbourg). — Dans le tétanos consécutif à une plaie des extrémités par exemple, il faut admettre que le principe toxique se propage de la périphérie au centre, en partie du moins, par la voie des troncs nerveux; aussi paraît-il possible d'arrêter en quelque sorte le passage du virus en pratiquant des injections d'antitoxine sur lesdits troncs nerveux. Je puis, pour ma part, relater un fait qui plaide en faveur de ce moyen de traitement.

Un homme de trente-sept ans, employé dans un laboratoire bactériologique, se blessa avec un flacon contenant une culture de tétanos qui se répandit sur la plaie. Je lui fis immédiatement une injection sous-cutanée d'antitoxine au voisinage de la plaie. Durant six jours il ne se produisit aucune manifestation morbide, mais le septième jour survinrent de la rigidité et de la contracture des muscles du bras; une nouvelle injection fut pratiquée. Les symptômes augmentant toutefois d'intensité, je fis une incision dans la région axillaire, et, après isolement des nerfs du plexus brachial, j'injectai de l'antitoxine tétanique dans les troncs nerveux; puis, au moyen d'une deuxième incision dans la région sus-claviculaire, les gros troncs du plexus cervical furent traités de la même manière. Dès le lendemain à huit heures du matin, la contracture avait sensiblement diminué et à onze heures elle avait complètement disparu. Il est vrai de dire qu'à la suite de cette intervention, des douleurs, provoquées probablement par une myosite, ainsi qu'un lé-

ger œdème, persistèrent pendant plusieurs mois. Les réactions musculaires aux courants électriques se montrèrent dès lors entièrement normales.

M. Franz König (d'Iéna). — Je désirerais savoir si, dans ce cas, il y avait des symptômes absolument caractéristiques de l'affection, tels que trismus, tension des muscles abdominaux, etc.

M. Küster. — Il existait un leger trismus, mais pas de contracture des muscles abdominaux.

M. Hertle (de Gratz). — Dans un cas de tétanos très prononcé, avec trismus intense, nous avons également pratiqué — après excision de la plaie — des injections d'antitoxine dans les troncs nerveux. Il se produisit de suite une notable amélioration dans l'état du malade, et nous avions déjà grand espoir de guérison, quand tous les symptômes reparurent avec une nouvelle intensité et la mort s'ensuivit rapidement.

En réalité, si une injection d'antitoxine dans le nerf est capable d'arrêter momentanément la propagation du virus de la périphérie aux centres nerveux, elle ne peut pas avoir d'influence sur l'intoxication déjà existante de ces derniers.

M. Kocher (de Berne). — J'ai vu une fois la guérison survenir à la suite de l'emploi de cette méthode, mais les cas de tétanos présentant une très grande variété d'allure, je ne pense pas que l'on doive trop attendre de ce mode de traitement.

Abcès rénaux et périrénaux consécutifs à des furoncles ou à d'autres petits foyers de suppuration périphériques.

M. Jordan (de Heidelberg). — Depuis l'année 1899, j'ai réuni 12 observations d'abcès rénaux et périrénaux qui se sont développés à la suite de furoncles ou d'autres petites suppurations périphériques du même genre, telles que panaris, abcès divers, etc. Il s'agit certainement dans ces cas d'une infection hématogène comparable à celle que l'on observe dans l'ostéomyélite et la thyroïdite infectieuses.

Ces abcès peuvent rester longtemps (souvent pendant plusieurs semaines) absolument intra-rénaux. Au début ce sont toujours les signes généraux d'intoxication qui dominent la scène. Les symptômes locaux manquent la plupart du temps; l'urine ne renferme pas d'éléments anormaux (pas de pus notamment), ce qui rend le diagnostic difficile et amène fréquemment une confusion avec la fièvre typhoïde, une méningite ou l'appendicite. Comme symptômes autorisant à admettre l'existence d'un abcès intra-rénal, je mentionnerai — outre l'existence d'une porte d'entrée pour l'infection (furoncle, panaris) — la sensibilité à la pression au-dessous de la douzième côte et quelquefois aussi une augmentation appréciable de volume du rein affecté.

Le pronostic est relativement favorable. Le traitement consiste à inciser l'abcès le plus tôt possible, alors qu'il est encore intra-rénal; la guérison, qui se fait par granulation, demande de quatre à huit semaines. On observe parfois une période de fièvre post-opératoire qu'il faut attribuer, je crois, à la persistance de petits abcès miliaires du rein, lesquels peuvent guérir spontanément. Dans 2 cas avec complications toutes spéciales, j'ai dû recourir à la néphrectomie.

M. J. Israel (de Berlin). — Je suis également partisan convaincu de l'intervention hâtive dans ces cas d'abcès intra-rénaux. En ce qui concerne le diagnostic, on trouve quelquefois des globules sanguins dans l'urine, ce qui rend l'existence d'un abcès plus probable, et légitime d'autant plus l'opération.

Dans un des cas que j'ai observés, l'infection avait eu pour point de départ la muqueuse nasale.

Du moment le plus propice à l'intervention chirurgicale dans l'appendicite.

M. W. Körte (de Berlin). — Un des points les plus importants et en même temps les plus discutés de la question du traitement de l'appendicite est celui du moment le plus favorable à l'intervention chirurgicale. Dès 1889, quelques chirurgiens, M. Kümmell entre autres, et plus tard (1899) M. Rehn et M. Riedel, se sont nettement prononcés en faveur de l'opération précoce. Cette manière de voir ne rencontra pas tout d'abord beaucoup de partisans. Mais le nombre de ces derniers a été depuis lors en augmentant d'année en année.

Pour ma part, sur 80 cas d'intervention précoce, je n'ai pas perdu un seul malade. L'opération dès le début de la crise a en outre l'avantage d'éviter sûrement les suites éloignées de l'appendicite, avec retentissement grave sur d'autres organes. Je crois donc à tous les points de vue devoir insister formellement sur la nécessité de l'intervention précoce, avant que la péritonite se déclare.

Dans les cas où nous ne sommes appelés auprès du malade qu'après le troisième jour (période intermédiaire), j'estime l'expectative préférable et je me borne, le cas échéant, à ouvrir les abcès qui peuvent se produire. En effet, les opérations radicales exécutées durant cette période intermédiaire de l'affection m'ont donné une mortalité assez élevée (15.7 %), et de plus j'ai souvent observé la production de fistules stercorales.

Quant à l'intervention chirurgicale pratiquée dans les cas de péritonite en pleine évolution, elle fournit de très mauvais résultats (mortalité 60 %).

Un point de détail secondaire ayant cependant son importance, et qui plaide également en faveur de l'opération précoce, consiste dans le fait que les difficultés opératoires augmentent à mesure que les adhérences deviennent plus étendues. J'ai eu d'autre part l'occasion d'observer certains malades, gens nerveux pour la plupart, atteints d'une véritable phobie de l'appendicite, dont ils croient ressentir tous les symptômes. Il peut arriver qu'on se laisse entraîner à intervenir chirurgicalement dans un cas de ce genre, mais on constate souvent qu'après l'opération les symptômes n'ont pas disparu.

Pour me résumer, je recommande donc dans la période aiguë d'opérer le plus tôt possible, dans la période intermédiaire de se tenir sur l'expectative, enfin de pratiquer l'intervention à froid chez tous les malades ayant eu une atteinte manifeste d'appendicite.

M. Roux (de Lausanne). — Lorsque l'appendicite est reconnue dès le début et que son diagnostic paraît certain (en raison d'une crise antérieure par exemple), je suis partisan de l'intervention immédiate, à condition qu'il ne se soit pas écoulé plus de trente-six heures depuis le commencement de la crise. Passé ce moment, j'estime l'intervention « à tout prix » beaucoup plus dangereuse que l'expectative avec diète absolue et l'opium administré en suppositoires.

Depuis plusieurs années, je n'ai vu mourir aucun malade et je n'ai observé aucun cas de péritonite septique, lorsqu'il n'y avait pas eu erreur de diagnostic ou qu'on n'avait pas donné de purgatifs, d'aliments ou de médicaments par la bouche.

Avec la diète absolue et un traitement négatif, j'ai pu attendre presque toujours l'opération « à froid » qui m'a donné 2 morts seulement sur 1,220 interventions.

Plutôt que de chercher à améliorer encore nos statistiques en opérant un grand nombre de malades, dont certains n'ont peut-être pas même d'appendicite, il me semble qu'il serait plus utile de renseigner le public sur les bienfaits de la diète absolue, en cas de « mal de ventre » à début brusque.

M. Kümmell (de Hambourg). — J'ai été pendant assez longtemps partisan du traitement expectant dans l'appendicite, mais, en ce qui concerne Hambourg tout au moins, j'ai pu constater que la fréquence et la gravité de cette affection se sont certainement accrues dans ces dernières années et je suis dès lors devenu nettement favorable à l'intervention précoce.

Sur 80 opérations au début, je n'ai eu que 3 morts à déplorer; je dois reconnaître toutefois que, dans 6 de ces faits, l'examen anatomo-pathologique de l'appendice m'a paru démontrer que l'affection était susceptible de guérir spontanément. Dans un grand nombre d'autres cas, j'ai rencontré des altérations profondes de l'appendice, lesquelles auraient pu entraîner des suites fort graves, et qui cependant n'avaient produit chez le malade que des symptômes insignifiants.

Comme M. Körte, je suis opposé à l'intervention dans la période intermédiaire de l'affection, et je me borne également alors à évacuer les abcès qui se présentent. Il est préférable, pour intervenir radicalement, d'attendre que l'inflammation se soit complètement refroidie.

M. Rotter (de Berlin). — Jusqu'à 1903, j'opérais simplement les cas graves, me bornant à l'expectative dans les cas légers. En agissant de la sorte, j'ai eu 2 % de mortalité chez les non opérés, 10 % chez les opérés avec péritonite circonscrite et 54 % dans les cas de péritonite diffuse, soit une mortalité moyenne de 17 %. Or, durant l'année dernière, sur 30 cas opérés dès le début, je n'ai pas eu un seul décès; sur 27 cas opérés alors qu'il n'existait encore qu'un exsudat séreux, la mortalité a été de 3.7 % et sur 33 interventions pratiquées dans le cours de la péritonite suppurée, elle a atteint seulement 24 %, soit en moyenne, pour ces 90 cas, une mortalité de 10 %.

Je tiens à ajouter que j'ai rencontré une péritonite suppurée 4 fois sur 25 malades opérés le premier jour, et 31 fois sur 65 malades opérés le deuxième jour. J'en conclus qu'il est tout indiqué d'opérer le plus tôt possible.

M. Sonnenburg (de Berlin). — Je crois que nous devons distinguer deux groupes principaux d'appendicite : d'une part, les cas présentant en quelque sorte une péritonite diffuse d'emblée — où il faut opérer dès les premières vingt-quatre heures —, et, d'autre part, ceux où l'inflammation reste localisée : ici nous attendons que l'inflammation soit refroidie pour opérer. J'estime qu'il est possible la plupart du temps de poser un diagnostic assez précis pour permettre de suivre cette règle de conduite. Dans les cas douteux, chez les enfants, par exemple, je suis partisan de l'opération précoce.

M. Riese (de Britz). — Si nous pouvions, dans tous les cas, prévoir sûrement la gravité relative que prendra l'appendicite, j'adopterais certainement la manière de procéder de M. Sonnenburg. Mais je crois qu'un diagnostic aussi précis n'est guère possible, et c'est pourquoi je suis toujours et de plus en plus partisan de l'opération précoce.

M. Schlange (de Hanovre). — Je considère aussi l'opération faite tout au début comme le meilleur parti à prendre, et j'estime que le public et les médecins de famille devraient être de plus en plus rendus attentifs à ce fait, que ce n'est que dans cette période de début que nous pouvons véritablement et sûrement sauver le malade, en évitant les altérations graves et souvent insidieuses de l'appendice, causes de la mort dans les périodes tardives.

M. Rehn (de Francfort-sur-le-Mein). — Je crois également qu'il n'est pas possible de poser un pronostic certain de l'appendicite. L'unique but que nous devions poursuivre, c'est la guérison radicale; le seul moyen que nous ayons pour l'obtenir, c'est l'opération précoce.

D'autre part, d'après mon expérience personnelle, je ne pense pas que l'intervention dans la période intermédiaire soit entièrement à rejeter : sur 37 cas opérés dans ces conditions, j'ai eu 18 guérisons.

M. Payr (de Gratz). — Le diagnostic des complications éventuelles de l'appendicite présente de très grandes difficultés. Ni la température, ni le pouls ne nous donnent, au début du moins, des indications bien nettes. Seule la contracture des muscles abdominaux me paraît être un des symptômes les plus caractéristiques des cas graves.

M. Sprengel (de Brunswick). — Je suis également partisan de l'opération précoce, tout en estimant, comme M. Rehn, que l'on ne doit pas s'abstenir systématiquement d'intervenir dans la période intermédiaire.

Indications et résultats de la néphrectomie, spécialement dans les cas de tuberculose rénale.

M. Rovsing (de Copenhague). — Je dispose actuellement de 112 néphrectomies pour affections rénales diverses. C'est en me basant sur cet ensemble de faits que je voudrais tirer quelques conclusions relatives aux indications et aux résultats de cette intervention, surtout en matière de tuberculose rénale.

La première question que nous avons à résoudre, en présence d'un malade auquel nous nous proposons de faire une néphrectomie, est celle de savoir si l'autre rein est encore sain

et capable de fonctionner normalement; cette question a surtout une importance capitale dans la tuberculose rénale. Il s'agit ensuite de déterminer jusqu'à quel point l'étendue des lésions supposées justifie ou impose l'opération. Dans la tuberculose rénale, certains chirurgiens sont d'avis de temporiser au début; ce n'est que lorsqu'une guérison spontanée leur paraît décidément impossible, même après un traitement longtemps prolongé, qu'ils se décident à intervenir chirurgicalement. Cette conduite ne saurait, à mon avis, se justifier, attendu que dans ces cas l'expectation expose les malades à de graves dangers d'infection secondaire et que, de la sorte, tout le bénéfice d'une intervention précoce est irrémédiablement perdu. Les résections partielles du rein ne sont pas à recommander, car il est difficile, pour ne pas dire impossible, de déterminer avec certitude l'étendue des lésions. Je pose donc en principe que tout rein atteint de tuberculose, même limitée, doit être enlevé en totalité, et cela le plus tôt possible.

Lorsque la vessie est déjà profondément atteinte, la néphrectomie peut devenir inutile. Toutefois, il ne faut pas considérer la tuberculose vésicale comme une contre-indication absolue à l'opération. En effet, cette complication est susceptible de guérir, après l'extirpation du rein primitivement affecté, sous l'influence d'un traitement approprié, à l'aide par exemple d'injections phéniquées à 5 %. Sur les 47 cas de tuberculose rénale que comprend ma statistique, près de la moitié des malades étaient déjà atteints de lésions vésicales avancées; cependant, la moitié environ des patients de ce groupe ont guéri. J'ajouterai qu'il est indispensable de soumettre à un examen rigoureux, portant spécialement sur les reins, tout sujet atteint de tuberculose génitale, afin d'être à même de pratiquer à temps l'opération, s'il y a lieu.

Pour en revenir à la question du diagnostic fonctionnel des reins, diverses méthodes ont été proposées dans ce but, à savoir le cathétérisme des uretères, la réaction à la phloridzine, les injections de bleu de méthylène ou de carmin d'indigo, la cryoscopie du sang et de l'urine et la détermination quantitative de l'urée.

Le cathétérisme des uretères a été rendu pratique grâce aux instruments parfaits et très maniables mis à notre disposition par M. Casper et par M. Albarran entre autres, et je n'hésite pas à déclarer que cette méthode me paraît la plus sûre de toutes. Les injections de bleu de méthylène par exemple ne donnent pas des résultats constants ni sûrs; c'est ainsi que des reins même profondément dégénérés peuvent laisser passer la matière colorante. Le carmin d'indigo n'est guère plus infaillible. L'investigation à l'aide de la phloridzine et la cryoscopie sont déjà préférables, quoiqu'elles m'aient fourni des résultats très contradictoires. Quant au dosage de l'urée, mes expériences personnelles m'ont démontré que, si la quantité d'urée est normale, le rein peut être considéré comme sain, mais l'inverse n'est pas toujours vrai.

J'ajouterai encore que la séparation intravésicale des urines ne donne pas des résultats aussi sûrs que le cathétérisme des uretères. Ce procédé est, du reste, inapplicable quand la vessie est déjà infectée.

En résumé, j'estime que seul le cathétérisme des uretères est capable de nous fournir des indications vraiment précises. Dans tous les cas où, par le cathétérisme urétéral, j'ai recueilli une urine normale, c'est-à-dire ne contenant ni bacilles, ni pus, je n'ai pas hésité à opérer, et c'est en partie grâce à cette manière de procéder que les résultats de ma statistique se sont sensiblement améliorés ces dernières années. Alors qu'avant 1901, sur 52 cas de néphrectomie, j'avais une mortalité de 13.2 %, depuis cette époque, sur 60 opérations, la mortalité s'est trouvée abaissée à 3 %.

M. J. Israel. — Je ne puis que confirmer la plupart des opinions émises par M. Rovsing sur la valeur relative des diverses méthodes de diagnostic fonctionnel des reins, et j'estime comme lui qu'en dehors du cathétérisme des uretères aucune de ces méthodes ne présente une grande valeur. La cryoscopie, aussi bien que la méthode à la phloridzine, offre de nombreuses causes d'erreur.

Pour ce qui est de la glycosurie phloridzique, par exemple, la réaction peut se produire un jour et pas le lendemain. Cela étant, on a proposé de tirer des conclusions non pas du fait même de la réaction, mais du temps que celle-ci met à se produire (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 162 et 177). Cette manière de procéder n'est cependant guère sûre.

Au reste, toutes ces méthodes ne nous fournissent que des indications très relatives sur le fonctionnement du rein. Elles nous montrent bien si l'organe travaille encore, mais ne nous disent pas si sa capacité fonctionnelle totale est suffisante dans le cas donné.

Dans les néphrectomies que j'ai pratiquées avant 1901, j'avais une mortalité de 25 %, tandis que depuis cette époque, la proportion des décès est tombée à 10 % environ. Comme M. Rovsing, j'attribue, pour une part, cette amélioration aux données fournies par le cathétérisme des uretères. Cependant, je ne pense pas que ce soit le seul facteur en jeu, attendu que nombre d'auteurs qui s'abstiennent en principe de cette méthode de diagnostic obtiennent également aujourd'hui de meilleurs résultats qu'autrefois. Cela tient notamment à ce que nous sommes maintenant en mesure de reconnaître plus aisément et plus rapidement la nature de l'affection, ce qui nous permet d'opérer de bonne heure et dans de meilleures conditions.

M. L. Casper (de Berlin). — L'utilité du cathétérisme des uretères est incontestable; aussi cette méthode est-elle à juste titre généralement admise et recommandée. D'autre part, le procédé de l'injection de phloridzine est susceptible de donner des indications certaines et précises. Je l'ai appliqué à une nouvelle série de 100 malades; jamais la réaction n'a manqué et les conclusions que j'en ai tirées se sont trouvées confirmées. Je ne prétends pas, cela va sans dire, que la méthode soit parfaite, mais les cas où elle est en défaut constituent certainement de rares exceptions.

M. Kümmell. — Je n'ai jamais prétendu que la cryoscopie des urines dût être employée à l'exclusion de toutes les autres méthodes de diagnostic fonctionnel du rein. Il est certain, par exemple, que le cathétérisme des uretères donne souvent d'emblée des résultats positifs, mais il est des cas où ce procédé est inapplicable et d'autres où il ne donne que des indications douteuses. C'est alors que la cryoscopie peut être d'une utilité incontestable; ses résultats m'ont toujours paru précis et constants : j'admets en principe que, lorsque le point de congélation est normal, c'est qu'il reste assez de tissu rénal sain pour autoriser la néphrectomie; lorsqu'il est abaissé, les fonctions de l'organe sont insuffisantes.

M. Kapsammer (de Vienne). — La cryoscopie de l'urine ne me paraît pas fournir plus de renseignements que la recherche du poids spécifique. Quant à la cryoscopie du sang, elle ne donne pas des résultats constants. En revanche, le procédé à la phloridzine me semble bon, si l'on tient compte non pas seulement de la valeur de la réaction, mais du temps qu'elle met à se produire.

M. Völcker (de Heidelberg). — Je tiens à dire que la méthode au carmin d'indigo m'a fourni de bons résultats.

M. Th. Cohn (de Königsberg). — En présence des opinions si contradictoires qui viennent d'être formulées, on peut se demander si la technique des différentes méthodes a toujours été scrupuleusement observée par les divers expérimentateurs. En tout cas, d'après mes observations personnelles, la cryoscopie du sang ne saurait nous donner des indications sûres.

M. E. Frank (de Berlin). — Le cathétérisme des uretères n'est pas toujours praticable. Nous devons alors avoir recours à la séparation intravésicale des urines. Il est vrai que lorsque la vessie est déjà largement tuberculisée, cette méthode n'est pas utilisable; mais dans beaucoup de cas de tuberculose primitive d'un seul rein, la vessie n'est, elle aussi, affectée que d'un côté et le séparateur peut alors rendre de bons services. Un des avantages de cette méthode d'investigation, c'est qu'elle n'influence pas l'activité des reins, comme le fait le cathétérisme des uretères, lequel provoque ordinairement de la polyurie.

M. Kocher. — Le séparateur nous donne certainement dans bien des cas des indications sûres, sans qu'il soit nécessaire de recourir au cathétérisme des uretères, beaucoup plus compliqué.

Je demanderai à M. Rovsing de quelle manière il traite l'uretère, lorsqu'il est affecté?

M. Barth (de Dantzig). — Le cathétérisme des uretères, suivi de l'examen microscopique et bactériologique de l'urine, constitue assurément la méthode de choix, mais j'estime que ce n'est pas une raison pour rejeter d'emblée tous les autres procédés : cryoscopie, injection de phloridzine, etc., qui peuvent être des adjuvants précieux et qui nous donnent, soit avant, soit après l'opération, des garanties de sécurité qui ne sont pas à dédaigner.

M. Pels-Leusden (de Berlin). — Les recherches expérimentales tendant à éclaircir la question de la localisation de la tuberculose rénale n'ont pas jusqu'ici fourni grand résultat; les tentatives d'infection par la voie hématogène entre autres ont toujours échoué. J'ai à mon tour essayé d'injecter des cultures pures de tuberculose bovine dans les artères rénales : sur 10 expériences de ce genre, j'ai réussi 9 fois à produire des foyers isolés de tuberculose dans les reins, mais je n'ai jamais constaté d'infection secondaire des voies urinaires (uretères, vessie). Peut-être serait-il possible de déterminer ces dernières lésions en pratiquant quelque traumatisme de la muqueuse de ces organes et créant de la sorte un *locus minoris resistentiæ*.

M. Rovsing. — J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt tout ce qui vient d'être dit, mais j'avoue que ni M. Casper, ni M. Kümmell n'ont réussi à me faire partager leur manière de voir. Les méthodes qu'ils préconisent — injections de phloridzine, cryoscopie — nous indiquent simplement que le rein fonctionne encore, mais ne nous disent pas dans quelle mesure il fonctionne. Je ne crains pas d'affirmer que la cryoscopie est non seulement insuffisante, mais même nuisible et dangereuse, puisqu'elle nous expose dans certains cas à nous abstenir chez des malades parfaitement opérables.

Pour conclure, je suis d'avis que toutes les méthodes de diagnostic fonctionnel des reins, à l'exception du cathétérisme des uretères, ne procurent qu'un certain degré de tranquillité d'esprit pour le médecin, mais aucune sécurité pour le malade.

Quant au traitement de l'uretère atteint, sur lequel M. Kocher m'a questionné, ma pratique consiste à sectionner ce conduit au thermocautère et à fixer son extrémité libre dans la plaie cutanée, afin d'éviter une infection rétropéritonéale. Du reste, la tuberculose des uretères guérit facilement dès que l'urine infectieuse n'y circule plus.

Traitement opératoire de la méningite purulente.

M. Kümmell. — Dans certains cas de péritonite suppurée, où nous sommes appelés à intervenir opératoirement, nous voyons parfois se produire une guérison alors même que nous sommes certains de n'avoir pu atteindre, nettoyer et désinfecter toutes les parties malades. De même, nous pouvons obtenir quelquefois de bons résultats dans la méningite suppurée par une simple trépanation. J'ai eu l'occasion d'observer un cas de ce genre. Il s'agissait d'un homme d'une cinquantaine d'années, atteint de méningite purulente, qui se trouvait déjà dans un état comateux profond. La ponction lombaire donna issue à un liquide purulent. Je pratiquai, sans avoir recours à la narcose, une large trépanation de la largeur d'une pièce de 5 francs environ. Dès le lendemain, le malade avait repris connaissance et il se rétablit entièrement.

J'ai également pratiqué la trépanation dans des cas de méningite tuberculeuse, mais sans autre résultat que de faire disparaître les douleurs atroces qui précèdent l'agonie. J'estime cependant que l'on devrait intervenir de la sorte plus souvent qu'on ne le fait généralement dans les cas de méningite suppurée, chez des malades qui sans cela succomberont sûrement.

De l'occlusion des fractures du crâne avec perte de substance.

M. Stieda (de Halle-sur-Saale). — J'ai réuni 48 observations de fractures du crâne traitées à la clinique chirurgicale de Halle durant les sept dernières années. En étudiant ces cas, j'ai pu me convaincre qu'une perte de substance

du crâne constitue toujours un *locus minoris resistentiæ* pour le malade, en sorte qu'il est indiqué, en présence d'une fracture récente du crâne avec perte de substance, de chercher à fermer celle-ci le plus tôt possible. On y parvient soit par la réimplantation primitive ou secondaire des fragments, soit par une opération ostéoplastique. C'est la réimplantation immédiate, lorsqu'elle est possible, qui nous a donné les meilleurs résultats. A la suite de la réimplantation secondaire, on observe souvent la résorption des fragments, des maux de tête, du vertige.

Simplification du procédé de résection de la troisième branche du trijumeau.

M. Lexer (de Berlin). — J'ai cherché à simplifier, plus encore que ne l'ont fait M. Kocher et M. Hildebrand, la technique de la résection de la troisième branche du trijumeau. Je pratique, dans ce but, une incision horizontale au niveau de l'arcade zygomatique. Cette dernière est temporairement réséquée et réclinée en bas et en avant; le muscle temporal est également attiré fortement en avant. De la sorte, l'artère méningée moyenne n'est pas mise au jour; toute l'opération demeure en quelque sorte sous-cutanée et donne facilement accès aux deuxième et troisième branches du trijumeau. Ce procédé est rapide, simple et peu sanglant.

La trachéo-bronchoscopie au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique.

M. Killian (de Fribourg-en-Brisgau). — Je ne veux pas répéter ici les points connus de ma méthode de trachéo-bronchoscopie. Je désire seulement ajouter quelques nouvelles considérations sur ce procédé. Il est utile en particulier pour l'étude des déformations de la trachée dans les cas de goitre, pour le diagnostic des anévrysmes ou des tumeurs du médiastin et tout spécialement pour l'extraction des corps étrangers du poumon. A l'heure actuelle, on a publié 87 observations de corps étrangers extraits par la bronchoscopie supérieure et j'estime qu'à l'avenir ce procédé devrait suffire dans les deux tiers ou les trois quarts des cas. Il est beaucoup plus facile à appliquer qu'on ne le croit en général. La seule petite difficulté que l'on rencontre est le passage du larynx, celui-ci se défendant un peu, mais cet inconvénient est facilement supprimé par l'anesthésie générale ou la cocaïnisation.

Des pneumonies survenant à la suite des opérations abdominales.

M. Kelling (de Dresde). — Ainsi que le montrent la plupart des statistiques, celle de M. von Mikulicz entre autres, la pneumonie est relativement fréquente à la suite des opérations abdominales, tout spécialement après la laparotomie. Si nous nous appliquons à rechercher les causes de cette complication, nous voyons que ces causes sont les unes prédisposantes et les autres directes.

Les premières sont d'abord l'âge, le sexe, l'alcoolisme et toutes les circonstances pouvant avoir une action déprimante sur la circulation générale (faiblesse cardiaque, etc.). Parmi elles, nous devons encore mentionner tout spécialement la narcose, qu'il s'agisse de l'éther ou du chloroforme. L'éther détermine peut-être plus facilement une irritation des voies respiratoires; aussi ne devra-t-on pas l'employer si les bronches ne sont pas absolument saines; en revanche, il provoque moins les vomissements. Le refroidissement peut également être compté comme cause prédisposante, en ce qu'il agit par voie réflexe sur les vasomoteurs pulmonaires. Enfin, la position du malade pendant l'opération, en particulier la position renversée, peut favoriser l'hypostase pulmonaire et, par conséquent, l'éclosion de la pneumonie.

Mais ces diverses causes prédisposantes ne suffisent pas en elles-mêmes à déterminer la pneumonie. Il faut encore à celle-ci, pour se développer, une cause directe : l'infection. Cette dernière peut se produire par trois voies différentes : la voie bronchique, la voie sanguine et la voie lymphatique.

Quand c'est la première qui entre en jeu, nous avons affaire à des bronchopneumonies, la plupart du temps par aspiration de substances nocives. Les malades opérés de laparotomie y sont tout spécialement exposés par le fait que, chez eux, les douleurs et la gêne abdominales provenant du pansement entravent en une certaine mesure la toux et l'expectoration. Le principal caractère de cette bronchopneumonie est qu'elle survient généralement tout de suite après l'opération.

L'infection par voie sanguine réalise la pneumonie par embolie, fréquente à la suite des opérations de hernie étranglée et d'appendicite. Dans ces cas, la fièvre ne survient que plusieurs jours après l'intervention.

Des recherches histologiques et diverses expériences physiologiques ont enfin démontré qu'une matière colorante, introduite dans la cavité abdominale, pouvait pénétrer directement dans la cavité pleurale en traversant le diaphragme par la voie des lymphatiques. Il se produit ainsi une pleurésie. Or, d'autres recherches de laboratoire ont prouvé qu'un liquide peut également pénétrer, à travers la plèvre viscérale, dans les poumons, lorsque ces derniers ont perdu leur élasticité normale pour une raison quelconque. Ces faits nous expliquent la possibilité de l'infection pneumonique par la voie lymphatique.

Du reste, d'autres recherches encore ont établi qu'il doit exister une communication directe entre les voies lymphatiques abdominales et la circulation sanguine. De plus, nous observons souvent après la laparotomie la production de thromboses dans de gros troncs veineux, souvent assez éloignés du champ opératoire, lesquelles peuvent également être le point de départ d'embolies pulmonaires. Enfin, l'on peut se demander si, dans les opérations abdominales, l'air ne joue pas, plus souvent que dans les autres interventions, un rôle infectant, étant donné qu'à chaque respiration du malade il pénètre dans l'abdomen et arrive en contact beaucoup plus intime avec la plaie et le péritoine.

J'ajouterai que la pneumonie post-opératoire est surtout fréquente à la suite des laparotomies pour affections septiques de l'abdomen.

Les mesures prophylactiques à prendre contre cette complication découlent des faits qui précèdent : elles consistent à s'abstenir de pratiquer la laparotomie chez les malades atteints en même temps de bronchite, à observer une asepsie rigoureuse, à prendre de grandes précautions pendant la narcose, à éviter tout refroidissement et toute cause pouvant favoriser l'hypostase pulmonaire.

M. Czerny (de Heidelberg). — Sur un total de 1,302 laparotomies pratiquées dans ma clinique durant les quatre dernières années, j'ai observé 52 cas de pneumonie post-opératoire. L'âge avancé des malades prédispose certainement à cet accident. Je ne saurais dire, d'après mes observations, s'il en est de même de l'alcoolisme et de l'abus du tabac. D'après ma statistique, le sexe n'exercerait pas d'influence.

A mon avis, la technique de la narcose joue un rôle capital dans la genèse de la pneumonie post-opératoire. Il est de toute importance de nettoyer soigneusement la bouche du malade lorsqu'il vomit, car le plus grand nombre de ces pneumonies sont certainement des pneumonies par aspiration. Je crois également que les douleurs et la gêne abdominale consécutives à l'opération favorisent ces accidents en rendant l'expectoration difficile.

Les interventions sur l'estomac et les voies biliaires m'ont fourni les deux tiers des pneumonies que j'ai observées, ce qui s'explique par la possibilité d'une propagation directe de l'infection à travers le diaphragme. Après l'opération de l'appendicite, la fréquence de la pneumonie est de 2 %. En revanche, j'ai eu à déplorer cette complication à la suite d'un assez grand nombre d'interventions gynécologiques, sans que je puisse trop m'expliquer pour quelle raison; peut-être la position de la malade pendant l'opération doit-elle être mise en cause.

Je recommande comme moyens préventifs la désinfection de la bouche, une conduite prudente dans la narcose et une asepsie rigoureuse au cours de l'intervention.

M. Kümmell. — L'anesthésie me paraît également jouer un rôle essentiel dans l'étiologie de la pneumonie post-opératoire, que j'ai observée 43 fois sur un total de 1,754 malades. Depuis que j'emploie la narcose avec injection préalable de scopolamine et de morphine, le nombre de ces accidents post-opératoires a considérablement diminué : la morbidité est tombée à 0.5 %, au lieu de 2.4 %, et aucun de mes malades n'est mort. J'injecte la scopolamine à la dose de 0 gr. 0005 décimilligrammes, additionnée de 0 gr. 01 centigr. de morphine.

M. Schloffer (d'Innsbruck). — Sur 403 cas d'opérations de hernie, j'ai vu se produire 28 pneumonies post-opératoires, dont 3 avec complication par embolie. La méthode de Paccini me paraît prédisposer davantage à cette complication que la méthode de Wölfler.

M. Trendelenburg (de Leipzig). — La proportion des pneumonies post-opératoires, dans ma statistique, est de 5 % après les laparotomies et de 1 % après les autres interventions. C'est la gastrostomie qui m'a donné le pourcentage le plus élevé : 30 %. En revanche, mes interventions sur les voies biliaires ne m'ont fourni que 1.4 % de complications pulmonaires, ce qui me porte à douter du rôle que peut jouer l'infection par voie lymphatique à travers le diaphragme. La proportion, à la suite des opérations gynécologiques, est de 2.8 %.

En ce qui concerne le sexe, le taux des pneumonies a été de 5.6 % chez les hommes et de 3 % chez les femmes. L'âge avancé expose certainement à cette complication.

M. Kausch (de Breslau). — Les précautions les plus essentielles à prendre, afin de prévenir la pneumonie post-opératoire, sont d'éviter tout refroidissement, en découvrant le moins possible le malade et en le transportant de suite après l'opération dans un lit chaud; en outre, de vider l'estomac avant l'intervention, de nettoyer soigneusement la bouche et de pratiquer le lavage de la cavité abdominale avec une solution salée. Il peut être bon également de faire faire par le patient lui-même un peu de gymnastique des bras après l'intervention.

Quant à la voie que suit l'infection, elle me paraît être surtout celle des lymphatiques.

En ce qui concerne la narcose, je ne pense pas que l'éther soit plus dangereux que le chloroforme. D'autre part, je ne vois pas bien comment la narcose avec administration préalable de scopolamine-morphine pourrait prévenir d'une façon quelconque la pneumonie post-opératoire, puisque l'expérience nous montre que celle-ci se produit également à la suite d'opérations sous anesthésie locale.

M. König. — On parle beaucoup de l'infection comme cause déterminante de la pneumonie post-opératoire, mais jusqu'ici, à ce qu'il me semble, on s'est peu préoccupé de savoir quel était le rôle joué par le pneumocoque dans cette infection.

M. Friedrich (de Greifswald). — J'estime que nous ne pouvons pas résoudre la question qui nous occupe par la production de statistiques, et je partage l'avis de M. König, à savoir qu'il serait avant tout désirable de rechercher quelle est la véritable nature de la pneumonie post-opératoire, s'il s'agit d'une infection spécifique par le pneumocoque, d'embolie, d'hypostase ou de bronchopneumonies par aspiration de corps étrangers. Je crois, en ce qui me concerne, que ces dernières sont les plus fréquentes et que la cause principale en est la narcose.

M. Heusner (de Barmen). — Je pense, pour ma part, que, dans la pneumonie post-opératoire, il s'agit d'une infection ordinaire par les pneumocoques, lesquels se trouvent presque constamment répandus dans diverses parties de l'organisme et peuvent aller, à un moment donné, se fixer en un lieu de moindre résistance.

M. Krönlein (de Zurich). — Ma statistique de pneumonies post-opératoires est beaucoup moins sombre que celles des orateurs que nous venons d'entendre. Le fait est que sur 1,409 laparotomies, je n'ai eu à enregistrer que 8 fois cette complication. Dans le courant d'une année, sur 407 opérations, je ne l'ai pas vue survenir une seule fois.

Au point de vue de l'étiologie, je ne crois pas à l'influence du refroidissement, mais j'attribue la plus grande importance à la narcose. J'emploie l'éther le plus pur et en quantité strictement nécessaire. L'anesthésie, en outre, ne doit pas être trop profonde et, d'autre part, il faut en restreindre le plus possible la durée. Je me contente d'une asepsie sèche, mais rigoureuse.

Résultats durables du traitement opératoire dans la maladie de Basedow.

M. Friedheim (de Hambourg). — On a souvent prétendu que les dangers de l'opération du goitre exophtalmique étaient hors de proportion avec les résultats qu'elle donne. Or, j'ai rassemblé et étudié les observations de 20 malades traités par la résection partielle de la tumeur thyroïdienne, et qui tous présentaient des symptômes graves et prononcés : chez 14 d'entre eux, une guérison durable a été obtenue; 5 ont été sensiblement améliorés; un est mort d'accidents tétaniques.

Tant que le goitre n'a été considéré que comme un simple symptôme du mal de Basedow, l'opération n'avait certainement pas sa raison d'être, mais depuis que l'on sait que la tumeur thyroïdienne est bien la cause de l'affection, il en est autrement.

La seule question délicate est de déterminer quelle quantité de tissu pathologique il convient d'enlever au juste. A cet égard, la manière de faire de M. Kocher, qui consiste à pratiquer l'extirpation progressive, en plusieurs séances s'il le faut, est très recommandable.

J'estime que, vu les résultats précaires du traitement médical et les dangers auxquels se trouvent exposés les malades par la nature même de l'affection, l'intervention chirurgicale est pleinement justifiée.

M. Kocher. — Les résultats opératoires les plus favorables, dans la maladie de Basedow, sont fournis par les opérations faites au début; les insuccès appartiennent tous aux cas trop avancés. Aussi est-il d'un intérêt capital pour les malades de se soumettre à l'opération le plus tôt possible.

La suture des plaies du poumon.

M. Garré (de Königsberg). — Les 700 cas de plaies du poumon que j'ai rassemblés comportent une mortalité de 40 %. Les causes de la mort sont généralement l'hémorrhagie interne et le pneumothorax; l'infection intervient aussi quelquefois, favorisée par le fait que, la plupart du temps, il n'est possible de désinfecter que la plaie extérieure du thorax.

Cela étant, on peut se demander si, dans ces cas de plaies pulmonaires, il n'y aurait pas lieu d'intervenir opératoirement plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'ici. J'ai eu l'occasion, pour ma part, d'observer un malade présentant une déchirure du poumon de 7 centimètres de long, datant de quatre jours et accompagnée d'un commencement de pleurésie. Je plaçai cinq sutures profondes dans le tissu pulmonaire et on vit aussitôt le poumon se dilater.

Bien que mon malade soit mort au bout de deux jours des suites de l'infection contractée dès avant l'intervention, je considère qu'il y a une indication positive à opérer dans les cas de ce genre. Dans la littérature médicale, j'ai trouvé 8 cas où la suture pulmonaire a été pratiquée, ce qui, avec mon observation personnelle, donne un total de 9 faits. Ce chiffre est trop faible évidemment pour qu'il soit possible d'en tirer des conclusions définitives; cependant, sur ces 9 cas, il y a eu 6 guérisons, ce qui est fort encourageant.

La thoracotomie pratiquée en vue de la suture pulmonaire doit être assez large pour que l'on puisse introduire la main dans la cavité thoracique. Le poumon rétracté est aussitôt attiré, désinfecté, suturé et fixé à la plaie cutanée.

M. König. — D'une façon générale, le poumon, au cas de lésions traumatiques, présente une grande tolérance. Aussi, lorsqu'il s'agit d'une rupture pulmonaire sous-cutanée, j'estime qu'il vaut mieux ne pas intervenir. Il est deux circonstances seulement qui, à mon avis, peuvent nécessiter une intervention hâtive, à savoir la section d'un gros vaisseau ou celle d'une bronche d'une certaine importance.

Trépanation pour épilepsie.

M. Friedrich relate 12 cas d'épilepsie d'origine diverse, trépanés avec succès par la méthode de Kocher (excision de la dure-mère).

M. Kümmell dit avoir pratiqué la trépanation dans une série de cas d'épilepsie, sans obtenir d'aussi bons résultats que M. Friedrich.

Dr S. Keser.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 25 avril et 2 mai 1905.

Sur un cas de trypanosomiase chez un blanc.

M. Laveran donne lecture, à l'occasion d'une observation de trypanosomiase chez un blanc, adressée par MM. L. Martin et J. Girard, d'un rapport que nous résumons ainsi :

Ce patient a présenté la plupart des symptômes de la maladie du sommeil et, bien que la dernière période de l'affection n'ait pas été caractérisée par une phase de léthargie, le diagnostic ne peut pas être mis en doute, puisqu'on a constaté l'existence du *Trypanosoma gambiense* dans le sang, la lymphe et le liquide céphalo-rachidien.

La somnolence, la léthargie et le coma sont trois états qui correspondent à trois degrés d'altération de l'encéphale chez les malades atteints de trypanosomiase, et l'on conçoit très bien que la mort puisse se produire avant que les altérations soient arrivées aux deuxième et troisième degrés. Si la léthargie et le coma font plus souvent défaut chez le blanc que chez le noir, c'est probablement que le premier, plus sensible à l'infection produite par le trypanosome de Gambie, y succombe plus vite que le second.

Le cas relaté par MM. Martin et Girard vient en somme à l'appui des faits, nombreux déjà, qui tendent à démontrer que la trypanosomiase humaine et la maladie du sommeil ne constituent qu'une seule et même entité morbide; le nom de maladie du sommeil, qui ne s'applique qu'à la période ultime de l'affection, doit donc être abandonné pour celui de trypanosomiase humaine.

Il n'est pas absolument certain, contrairement à l'opinion classique, que cette affection soit toujours fatalement mortelle. Chez le malade de MM. Martin et Girard, les injections hypodermiques d'acide arsénieux (2 injections à 0 gr. 012 milligr. et 1 à 0 gr. 016 milligr. de principe actif) ont eu pour effet de diminuer beaucoup le nombre des trypanosomes, mais l'infection était parvenue à une période trop avancée de son évolution pour qu'il fût possible d'enrayer sa marche. Pour entreprendre avec quelques chances de succès le traitement de la trypanosomiase humaine, il faudra donc pouvoir en faire le diagnostic de bonne heure.

Encéphalopathie saturnine à forme de méningo-encéphalite aiguë précoce.

M. Mosny lit, en son nom et au nom de M. Malloizel, l'observation d'un jeune homme de dix-neuf ans, qui entra à l'hôpital pour une crise de colique de plomb. Deux jours après la fin de cette crise, le patient fut pris tout à coup de maux de tête très violents, qui s'accompagnèrent bientôt de vomissements alimentaires et bilieux, de photophobie, de somnolence, etc. Ces accidents ne durèrent que quelques jours, mais ils se montrèrent de nouveau au bout de trois semaines et disparurent définitivement le troisième jour de ce second accès.

L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, pratiqué à diverses reprises, avait décelé l'existence de 7 à 9 lymphocytes seulement par champ d'objectif à immersion au cours de la colique de plomb; on trouvait, au contraire, plus de 100 lymphocytes par champ durant les accidents méningés.

Ce fait confirme donc le résultat des précédentes recherches de MM. Mosny et Malloizel sur le liquide céphalo-rachidien des saturnins, recherches démontrant que la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien qui s'observe chez les saturnins, en dehors même de tout accident aigu, peut, dans certains cas, atteindre les mêmes proportions que dans la méningite tuberculeuse : c'est à de tels faits que convient la dénomination de méningo-encéphalite saturnine aiguë.

L'orateur fait remarquer, en terminant, que cette méningo-encéphalite aiguë peut aboutir à une véritable paralysie générale, et qu'à ce point de vue il est légitime de rapprocher les effets nocifs du plomb sur le système nerveux de ceux du virus syphilitique.

Achondroplasie et rachitisme.

M. Durante lit sur ce sujet un travail que nous résumons ainsi :

Après avoir pendant longtemps confondu l'achondroplasie avec le rachitisme, on tend aujourd'hui à faire rentrer dans le cadre de l'achondroplasie presque tous les cas de rachitisme congénital. Ces deux affections possèdent cependant des caractères cliniques et histologiques très différents.

Cliniquement, le nain achondroplasique est reconnaissable à ses membres courts et boudinés, au volume exagéré de son crâne, dont l'ossification est normale, aux déformations des os longs de ses membres, qui sont épais, athlétiques, sans fractures et présentent des coudures angulaires symétriques, généralement juxta-épiphysaires. Le nain rachitique à la vérité peut être micromèle, mais ses os sont grêles, et, en outre, ils sont souvent le siège de fractures et de courbures à grand rayon, dues au ramollissement de leur tissu. Enfin le crâne de ces malades est presque toujours mal ossifié.

Au point de vue histologique, l'achondroplasie dépend d'une sclérose des cartilages de conjugaison, qui s'oppose à la formation des travées directrices. Le rachitisme représente plutôt un trouble fonctionnel des ostéoblastes, devenus incapables d'ossifier les travées formées régulièrement par le cartilage.

En ce qui concerne la pathogénie, le rachitisme envisagé comme un trouble fonctionnel peut être assimilé aux affections qui relèvent d'une auto-intoxication ou d'une insuffisance glandulaire. La sclérose de l'achondroplasie donne plutôt l'impression d'une maladie d'origine infectieuse.

Il faut, du reste, admettre que ces deux affections ne reconnaissent pas une cause toujours identique, et qu'elles peuvent dépendre de l'action de divers agents toxiques ou infectieux (alcool, syphilis, tuberculose, etc.). Bien qu'elles puissent coexister chez le même sujet, elles méritent, cependant, d'être considérées comme constituant chacune une entité propre.

Cette distinction est d'autant plus nécessaire que le pronostic diffère dans les deux cas. L'achondroplasie est une sclérose destructive et définitive. Le rachitisme, au contraire, est un trouble fonctionnel susceptible de guérir en laissant des déformations d'autant moins marquées que le traitement aura été institué plus tôt. On devra donc rechercher systématiquement cette dernière affection chez le jeune enfant et surtout chez le nouveau-né.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 avril 1905.

Sur la recherche du formol dans le lait.

M. E. Nicolas adresse une note sur un procédé de recherche du formol dans le lait, sensible à 1 pour 500.000. Il consiste simplement, après précipitation de la caséine et filtration, à ajouter au filtrat, reçu dans un tube à essai, quelques cristaux d'amidol; le tube est alors bouché. Au bout de quelques instants, au cas où le lait a été additionné de formol, on obtient une belle fluorescence verte. On peut activer la réaction en chauffant le liquide; il faut alors avoir soin de préalablement le débarrasser des substances albuminoïdes coagulables qu'il renferme, par l'addition d'acide acétique et filtration consécutive.

Production d'alcool et d'acétone par les muscles.

M. F. Maignan envoie la relation d'expériences d'où il résulte que les muscles, prélevés sur un animal vivant et placés dans des conditions qui leur permettent de survivre (séjour à l'étuve à 38° dans une solution de fluorure de sodium à 1 %), produisent de l'alcool et de l'acétone. Mais tandis que la quantité de cette dernière substance va toujours croissant, l'alcool augmente pendant les premiers jours pour diminuer ensuite : il est vraisemblable qu'il se transforme en acide acétique — car on trouve cette substance dans les tissus —, lequel se résout par oxydation en acide carbonique et eau.

La transformation du glucose en alcool n'est donc qu'un mode de destruction de ce glucose.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 17 avril 1905.

Les affections traumatiques de l'œsophage et leur traitement.

M. Glücksmann fait sur ce sujet une communication dans laquelle il s'élève contre cette idée, fort répandue dans le public et même chez nombre de médecins, que, après l'extraction d'un corps étranger de l'œsophage, tout rentre aussitôt dans l'ordre; il faut savoir que, bien au contraire, il se produit le plus souvent, lorsque le corps étranger est pointu, des érosions de la muqueuse qui peuvent s'infecter, provoquer des accidents fébriles, parfois même une septicémie généralisée.

Au point de vue du traitement des corps étrangers de l'œsophage, l'orateur se déclare essentiellement temporisateur, l'agent du délit étant parfois rejeté spontanément par un effort de toux ou de vomissement. On s'efforcera, par un interrogatoire précis, de se renseigner exactement d'abord sur la réalité du corps étranger, puis sur sa forme, ses dimensions, son siège, etc. Il sera bon, en outre, de recourir à la radiographie, un anévrysme pouvant déterminer des troubles de la déglutition susceptibles d'en imposer pour un corps étranger, et l'on conçoit combien le cathétérisme œsophagien serait dangereux en pareille occurrence. L'exploration du conduit au moyen des divers instruments sera toujours conduite très prudemment. Quant à l'extraction, M. Glücksmann la pratique au moyen de l'œsophagoscope, qui permet d'intervenir sous le contrôle constant de l'œil.

M. Alexander cite le cas d'une femme de cinquante-deux ans qui, après avoir avalé un os de lièvre, eut une fièvre élevée (jusqu'à 40°7) qui fit craindre des complications infectieuses; un cathétérisme prudent de l'œsophage ne permit pas de sentir le corps étranger, et tous les accidents cédèrent spontanément au bout de quelques jours.

M. A. Fränkel dit avoir observé un homme qui, au cours de son repas, ressentit une vive douleur au côté droit du pharynx. Vingt-quatre heures plus tard, de la fluctuation apparut dans la région cervicale droite; l'orateur fit une incision à ce niveau et put ainsi extraire un fragment osseux de 3 centimètres de longueur, qui avait dû perforer la paroi au niveau du ventricule de Morgagni.

Calcul biliaire volumineux spontanément expulsé.

M. F. Klemperer présente un homme qui avait eu dix-huit mois auparavant une crise légère de colique hépatique, et depuis lors offrait un ictère prononcé, quand il expulsa spontanément et sans accident, par les voies naturelles, un énorme calcul de cholestéarine, mesurant 8 centimètres de long sur 4 1/2 de large et pesant 50 grammes. Néanmoins l'ictère ne disparut pas, le foie demeura tuméfié, et l'état général commençait à décliner quand le malade, qui avait refusé toute intervention chirurgicale, rejeta un second calcul, qu'il ne put malheureusement pas recueillir; dès lors, tout rentra rapidement dans l'ordre.

Dr Villaret.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

MALADIES INFECTIEUSES

Basurgi (E.). Contributo clinico sugli ascessi post-tifici e l'influenza su questi delle iniezioni ipodermiche medicamentose. (*Gazz. degli Osped.*, 26 fév.)

Bosellini (P. L.). Ein Fall von Malleus acutus. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIV, 1.)

Breton (M.) et **Vansteenberghe** (P.). Deux cas de pseudo-rhumatisme au cours de la fièvre typhoïde. (*Echo méd. du Nord*, 26 fév.)

De Stella (H.). Toxines et antitoxines dans la diphtérie. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Duval (C. W.). Die Protozoen des Scharlachfiebers. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 3.) — Les protozoaires de la fièvre scarlatine.

Fibich (R.). Beobachtungen über eine Epidemie der tropischen Malaria in Mostar. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 fév.)

Fischer (T.). Ein Fall von Stomatitis aus klinischem und bakteriologischem Gesichtspunkt; Bacterium stomato-fœtidum, ein aërober Fäulniserreger. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIX, 3.)

Gaide. Note sur la tuberculose au Tonkin. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Gerest. Fièvres cryptogénétiques. (*Loire méd.*, fév.)

Gottstein (A.). Das periodische Auftreten der endemischen Seuchen. (*Med. Klinik*, 19 fév.) — La périodicité des maladies endémiques.

Herzog (M.). Tödliche Infection durch den Bacillus aureus fœtidus, nov. spec. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIX, 3.) — Infection mortelle par le *Bacillus aureus fœtidus*.

Hrach. Ein Masernfall mit abnormalem Verlaufe. (*Wien. med. Wochensch.*, 4 fév.) — Un cas de rougeole à évolution anormale.

Jochmann (G.). Die Bakterienbefunde bei Scharlach und ihre Bedeutung für den Krankheitsprocess. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 3-4.) — Les constatations bactériologiques dans la scarlatine et leur signification pour le processus morbide.

Kamen (L.). Die Infektionskrankheiten rücksichtlich ihrer Verbreitung, Verhütung und Bekämpfung. 1er fasc. In-8°, 64 p. Vienne. J. Safar.

Keuchenius (E. A.). Twee merkwaardige gevallen van genezen septicæmie na morbilli. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 18 fév.)

Kiréiev (M.). Valeur diagnostique et pronostique de l'éruption dans le typhus exanthématique (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 1.)

Maximovitch (I.). Les cas d'érysipèle d'origine hospitalière à l'hôpital militaire Ouiazdovsky de Varsovie, de 1893 à 1902 (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, janv. et fév.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Allaria (G. B.). Di un caso di paralisi morbillosa del nervo peroneo d'origine periferica. (*Gazz. degli Osped.*, 5 fév.)

Amenitzky (D.). 3 cas d'ataxie (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, fév.)

Benenati (U.). Il trauma psichico nella etiologia del morbo di Parkinson. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 15 janv.)

Biaute. Du somnambulisme. (*Gaz. méd. de Nantes*, 25 fév. et 4 mars.)

Binet-Sanglé (Ch.). Physio-psychologie des religieuses : les religieuses de Port-Royal (septième série de cinq observations). (*Journ. de neurol.*, 20 fév.)

Braillon. Hémorrhagie méningée sous-arachnoïdienne; ponction lombaire; guérison. (*Nord méd.*, 1er fév.)

Breton (M.) et **Looten** (J.). Aphasie sensorielle; cécité verbale et agraphie; absence de cécité psychique, d'aphasie optique et d'hémianopsie. (*Echo méd. du Nord*, 5 mars.)

Broglio (O.). Per l'eziologia del morbo di Little. (*Gazz. degli Osped.*, 19 fév.)

Brush (A. C.). The nature of traumatic sclerosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 fév.)

Buchholz. Ueber die Geistesstörungen bei Arteriosklerose und ihre Beziehungen zu den psychischen Erkrankungen des Seniums. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 2 et 3.) — Sur les troubles mentaux des artérioscléreux et leurs rapports avec les psychoses du vieillard.

Chardon et **Raviart**. Epilepsie et maladies intercurrentes. (*Echo méd. du Nord*, 22 janv.)

Cook (E. P.). Lumbar puncture; its value in diagnosis and treatment. (*New York Med. Journ.*, 25 fév.)

Dana (C. L.). The cerebellar seizure (cerebellar fits) a syndrome characteristic of cerebellar tumors. (*New York Med. Journ.*, 11 fév.) — L'attaque cérébelleuse comme syndrome caractéristique des tumeurs du cervelet.

Dercum (F. X.) et **Gordon** (A.). A case of multiple cerebrospinal sclerosis, with remarks upon the pathogenesis of the affection. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Descarpentries. Sur un cas de pied tabétique. (*Echo méd. du Nord*, 26 fév.)

Didrichsohn (V.). De l'épilepsie parasyphilitique (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, fév.)

Doutrebente. Psychose aiguë par auto-intoxication chez une épileptique de soixante-huit ans à la suite de troubles fonctionnels du tube digestif. (*Gaz. méd. de Nantes*, 4 fév.)

Evans (T. H.). The epileptic criminal. (*Med. Record*, 25 fév.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Boeck (C.). Fortgesetzte Untersuchungen über das multiple benigne Sarkoid. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIII, 1 et 2-3.)

Bouman (K. H.). Een geval van verkregen chronisch trophoedeem. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 25 fév.)

Bunch (J. L.). Sabouraud's method of ringworm treatment. (*Lancet*, 18 fév.) — Le traitement de la teigne d'après la méthode de Sabouraud.

Burián (A.). Durch Wanzenbisse verursachte Urticaria bullosa. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIII, 2-3.) — Urticaire bulleuse causée par des piqûres de punaise.

Dockrell (M.). An atlas of dermatology shewing the appearances, clinical and microscopical, normal and abnormal, of conditions of the skin. In-4°, 62 planches, avec texte explicatif. Londres. Longmans, Green et Cie.

Fasal (H.). Ein Fall von Darier'scher Krankheit. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIV, 1.)

Hoffmann (E.). Venenerkrankungen im Verlauf der Sekundärperiode der Syphilis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIII, 1 et 2-3.) — Les lésions veineuses au cours de la période secondaire de la syphilis.

Hughes (W. E.) et **Willson** (R. N.). Syphilis of the lung simulating phthisis. (*Med. News*, 25 fév.) — Syphilis du poumon simulant la phtisie.

Joseph (M.). Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 2. Teil : Geschlechtskrankheiten. 4e éd. In-8°, 434 p. avec fig. Leipzig. — Traité des affections vénériennes.

CHIRURGIE

Balacesco et **Cohn**. L'œsophagotomie externe cervicale comme traitement des corps étrangers de l'œsophage. (*Rev. de chir.*, sept. et oct. 1904; janv. et fév.)

Basile (G.). Diagnosi precoce della peritonite perforativa tifosa ed intervento. (*Policlinico*, 5 et 12 fév.)

Bäskow (A.). Ein Fall von Darminvagination infolge schweren Hebens mit Ausgang in Spontanheilung. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, fév. et avril.) — Invagination intestinale consécutive à un effort violent; guérison spontanée.

Bayer (K.). Ueber eine bisher noch nicht beschriebene Varietät der interparietalen Leisten-Hernie mit Bemerkungen zur radikalen Bruchoperation. (*Prag. med. Wochensch.*, 16 fév.) — Sur une variété non encore décrite de hernie inguinale interstitielle.

Bereznégovsky (N.). Sur les résultats fonctionnels des amputations partielles, uni ou bilatérales, du pied (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 1.)

Bernard. Deux cas d'ostéomyélite. (*Echo méd. du Nord*, 5 fév.)

Bernays (A. C.). The expectant treatment of appendicitis. (*Med. News*, 25 fév.)

Betti (O.). Sopra un raro modo di lesione dell'arcata arteriosa palmare profonda. (*Gazz. degli Osped.*, 5 fév.)

Bier (A.). Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperämie. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 janv., 7 et 14 fév.) — Traitement des suppurations aiguës par la stase hyperémique.

Brugger. Die Verwendung der Spiritusverbände. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 fév.) — Les pansements à l'alcool.

Cerné. Angiocholite infectieuse; opération; mort par pyohémie. (*Normandie méd.*, 1er fév.)

Cernezzi (A.). La trapanazione primitiva nelle fratture complicate della volta cranica. (*Riforma med.*, 18 janv.)

Cobb (Farrar). Interscapulo-thoracic amputation; report of operation for sarcoma of the humerus. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Cofler (A.). Lesioni multiple di nervi cranici per ferita d'arma da fuoco. (*Policlinico*, 5 fév.) — Lésions multiples des nerfs crâniens par armes à feu.

Connell (F. G.). Fat embolism of the lung, following fractures. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 fév.) — 2 cas d'embolie graisseuse du poumon consécutive à des fractures.

Courtin (J.) et **Bossuet** (G.). Section complète du nerf sciatique; suture nerveuse; retour partiel de la sensibilité et de la motilité. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 5 mars.)

Czerny (V.). Ueber Ileus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 fév.)

Dalla Vedova (R.). Per la genesi dell'esostosi borsata (exostosis bursata). (*Policlinico*, partie chir., XII, 1 et 2.)

Daniell (G. W. B.). Some observations on anæsthetic mixtures and sequences in general anæsthesia. (*Edinburgh Med. Journ.*, fév.)

Delfino (E.). Macroglossia congenita neurofibromatosa. (*Arch. per le scienze med.*, XXIX, 1-2.)

Del Greco (E.). Lussazione ileo-pubica da causa diretta. (*Clinica moderna*, 8 fév.)

Descarpentries (M.). Hématomyélie cervicale traumatique par coup de feu. (*Echo méd. du Nord*, 19 fév.)

D'Este (L. S.). Contributo alla batteriologia e al trattamento chirurgico dell'empiema pleurico. (*Morgagni*, janv. et fév.)

Dillon. Un cas de plaie pénétrante de l'abdomen avec prolapsus et lésion de l'intestin; un cas de fracture compliquée du crâne avec lésion du cerveau (en russe). (*Roussk. Vratch*, 5 fév.)

Dobbertin (R.). Zur chirurgischen Behandlung der Hämorrhoiden. (*Med. Klinik*, 19 fév.)

Donati (M.). Ipernefroma maligno del fegato. (*Arch. per le scienze med.*, XXIX, 1-2.)

Elting (A. W.). The surgical treatment of the tumors of the brain. (*Albany Med. Ann.*, fév.) — Le traitement chirurgical des tumeurs du cerveau.

Engels (E.). Die Desinfektion der Hände. In-8°, 158 p. avec fig. Iéna. — La désinfection des mains.

Federmann. Ueber Adhäsionsileus im Verlauf einer eitrigen Perityphlitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 4.)

Flint (C. P.). Traumatic rupture of the intestine without injury to the abdominal wall. (*Med. Record*, 18 fév.) — Rupture traumatique de l'intestin sans lésion concomitante de la paroi abdominale.

Frankenburger (J. M.). Inflammatory stricture of the rectum. (*Med. News*, 4 fév.)

Frazier (C. H.). Remarks upon the surgical aspects of tumors of the cerebellum. (*New York Med. Journ.*, 11 et 18 fév.)

Fullerton (A.). Colles's fracture and other fractures and disjunctions at the lower end of the radius and ulna. (*Lancet*, 18 fév.)

Glückmann (T.). Contribution à l'étude des arthrites pneumococciques (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 29 janv. et 5 fév.)

Godlee (R. J.). On shifting dulness and its importance in connexion with surgical diseases. (*Lancet*, 25 fév.) — Sur la matité migrante et sa signification dans les affections chirurgicales.

Grunert. Ueber pathologische Frakturen (Spontan-Frakturen). (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 2-3.)

Hausmann (Th.). Ueber die Palpation des Appendix und über die Appendicitis larvata. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 fév.)

Ruggi (G.). Processo nuovo per la cura del varicocele. (*Policlinico*, 1er janv.)

Sandberg (G.). Ein Beitrag zur Symptomatologie der Fistula gastrocolica carcinomatosa. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 1-2.)

Scudder (C. L.). An operation for inguinal hernia. (*Ann. of Surgery*, janv.)

UROLOGIE

Baldy (J. M.). Kidney diseases requiring surgical interference. (*Amer. Medicine*, 18 fév.) — Affections rénales nécessitant une intervention chirurgicale.

Bangs (L. B.). Hematuria as a symptom of hydronephrosis; nephrectomy; cure. (*Med. News*, 11 fév.)

Bödtker (A.). 2 kasus af prostatectomia perinæalis. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, fév.)

Bourgoignie. Indications de la néphrectomie. (*Policlinique*, 1er fév.)

Brewer (G. E.). A report of 84 operations on the kidney and ureter. (*Med. Record*, 18 fév.) — 84 interventions chirurgicales sur le rein et l'uretère.

Cernezzi (A.). Contributo alle ernie vescicali diverticolari. (*Gazz. degli Osped.*, 19 fév.)

Fiori (P.). Calcolosi e ristringimenti multipli dell'uretere; ureterotomia ed estesa uretero-etero-plastica. (*Policlinico*, partie chir., XII, 2.)

Fowler (H. A.). The diagnosis of renal and ureteral calculi. (*Med. Record*, 4 fév.)

Freyer (P. J.). Total enucleation of the prostate in advanced old age. (*Lancet*, 25 fév.)

Furniss (H. D.). On cystoscopy. (*Amer. Medicine*, 25 fév.)

Harrison (R.). Some cases of urethral stricture complicated with a prostatic false route or passage. (*Lancet*, 18 fév.)

Johnson (A. B.). Some observations on the diagnosis of renal calculus, with special reference to diagnosis by means of the X-rays. (*New York Med. Journ.*, 4 fév.)

Klotz (W. C.). Clinical studies in ureteric meatoscopy. (*Med. News*, 25 fév.)

Kuzmik (P.). Hypernephroma renis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 1.)

Libathinopoulos (R.). Περὶ χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως εἰς τὰς παθολογικὰς νεφρίτιδας. (Χειρουργικὴ ἐπιθεώρησις, fév.) — De l'intervention chirurgicale dans les néphrites.

OPHTALMOLOGIE

Ascunce. Etude sur le gliome de la rétine. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

Babinski (J.) et **Toufesco** (Mlle S.). Cyanose des rétines dans un cas de rétrécissement de l'artère pulmonaire sans cyanose généralisée. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

Bahr (C.). Ueber Staroperationen und Starreifung. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 fév.) — Opérations pour cataracte et maturation de la cataracte.

Cabannes et **Bonnet.** Des lésions du trijumeau (en particulier le trijumeau oculaire) consécutives aux fractures du crâne. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 29 janv.)

Carbone (A.). Due casi di atrofia dell'ottico conseguente a trauma del capo. (*Gazz. degli Osped.*, 5 fév.)

Chaillous (F.). Sur l'ophtalmie du nouveau-né. (*Gaz. méd. de Nantes*, 18 fév.)

Desbrières et **Bargy** (M.). Un cas de cataracte due à une décharge électrique industrielle. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

Dianoux. Glaucome et sclérotomie. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

Fialho (A. de). Tratamento da syphilis ocular; methodo de Prokhorov modificado. (*Gazeta clinica de S. Paulo*, fév.)

Gesang (B.). Ueber Wanderung von Fremdkörpern im Auge und Spontanausstossung derselben. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 fév.) — Sur la migration des corps étrangers de l'œil et leur expulsion spontanée.

Hansell (H. F.). Pulsating exophthalmos; successive ligation of both common carotid arteries; death. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 fév.)

Lewin (L.) et **Guillery** (H.). Die Wirkungen von Arzneimitteln und Giften auf das Auge. T. II. In-8°, 1046 p. avec fig. Berlin. — L'action des médicaments et des poisons sur l'œil.

Puccioni (G.). Adenoma delle glandole di Moll; contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio dei tumori palpebrali. (*Boll. dell'Osped. oftalm. della provincia di Roma*, III, 2.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld (F.). Die intrauterine Tätigkeit der Thorax- und Zwerchfellmusculatur; intrauterine Atmung. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.) — Sur l'activité intra-utérine du thorax et du diaphragme : respiration intra-utérine.

Allen (L. M.). Eclampsia. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Blau (A.) et **Cristofoletti** (R.). Ueber die Dauer der menschlichen Schwangerschaft. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.) — Sur la durée de la grossesse humaine.

Brodhead (G. L.). The treatment of the obstetric hemorrhages. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Brown (Le R.). Some conclusions after operating for two years on the pelvic diseases of insane women. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.) — Les interventions pour affections pelviennes chez des aliénées, d'après une expérience de deux années.

Burckhard (G.). Beobachtungen über die Gefahren Schultze'scher Schwingungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 fév.) — Sur les dangers de la manœuvre de Schultze.

Burr (T. S.). Report of a case of fibromata of the vulva. (*New York Med. Journ.*, 18 fév.)

Carbonelli (J.). Atlas d'anatomie obstétricale. In-4°, 24 p.

Coe (W. H.). An unusual case of pelvic abscess. (*Med. Record*, 25 fév.)

Davis (E. P.). The toxæmia of pregnancy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Drenkhahn. Erfahrungen über Atropinanwendung in der Frauenheilkunde. (*Therap. Monatsh.*, fév.) — Sur l'emploi de l'atropine en gynécologie.

Dreyfuss (A.). Ueber einen Fall von Drillingsgeburt bei einem Uterus bicornis unicollis. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 fév.) — Accouchement triple dans un cas d'utérus bicorne unicervical.

Essen-Möller (E.). Zur Wertschätzung der Myomoperationen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.) — Valeur des interventions pour fibromes.

Ewing (J.). The pathological anatomy and pathogenesis of the toxemia of pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Fehling (H.). Zur Technik der Alexander-Adams'schen Operation. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 fév.)

Fellner (O. O.). Soll und kann man in der Schwangerschaft operieren? (*Wien. med. Wochensch.*, 25 fév.) — Peut-on et doit-on opérer une femme enceinte?

Franqué (O. von). Schambeinschnitt nach Gigli. (*Prag. med. Wochensch.*, 2 et 9 fév.) — La pubiotomie d'après le procédé de Gigli.

Gennari (G.). Un caso di metrorragia interna. (*Gazz. degli Osped.*, 19 fév.)

Herff (O. von). Zur Frage der Wahrnehmung von Herztönen vor der Mitte der Schwangerschaft. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 fév.) — Sur la perception des bruits du cœur du fœtus de moins de quatre mois et demi.

Herz. Seltene gynäkologisch-geburtshilfliche Fälle. (*Wien. med. Wochensch.*, 21 et 28 janv., 4 et 11 fév.)

Hirschberg (A.). Ein neuer Fall von intrauteriner Skelettierung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 fév.)

Hughes (Helen). Retrodisplacement of the uterus. (*New York Med. Journ.*, 25 fév.)

Zweifel (P.). Ist die Symphysiotomie eine chirurgisch inkorrekte Operation? (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 janv.)

PÉDIATRIE

Bertolotti (M.). La puntura lombare nella pertosse a forma grave convulsiva; suo valore terapeutico e diagnostico. (*Gazz. med. ital.*, 16 fév.) — La ponction lombaire dans la coqueluche à forme convulsive grave.

Carrière (G.) et **Dancourt** (Ch.). Les vomissements hystériques chez l'enfant. (*Nord méd.*, 15 fév.)

Chenguelidzé (V.). Un cas de rhumatisme articulaire aigu chez un nourrisson de sept jours (en russe). (*Roussk. Vratch*, 5 fév.)

Donnan (W. D.). A case of acute lymphatic leukæmia. (*Brit. Med. Journ.*, 25 fév.)

Edsall (D. L.). Typhoidal insanity in childhood, with some notes as to its character and prognosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.) — La folie d'origine typhoïdique chez l'enfant.

Flesch (H.). Prognose des Trismus, Tetanus neonatorum und infantium, mit Berücksichtigung der Serotherapie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 et 9 fév.)

Gorokhov (D.). La spondylite tuberculeuse chez les enfants (en russe). (*Prakt. Vratch*, 29 janv., 5 et 12 fév.)

Graanboom (J.). Iets over de ziekte van Hirschsprung (megalocolon congenitum). (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 18 fév.)

Heubner (O.). Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der Energiebilanz beim Säugling. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 3.) — Sur le bilan de l'énergie chez le nourrisson.

Hohlfeld (M.). Ueber Osteogenesis imperfecta. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 fév.)

Joukovsky (V.). Hémorrhagie mortelle du foie dans un cas de syphilis héréditaire chez un nouveau-né (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 2.)

Koplik (H.). Posterior-basic meningitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Langmead (F.). On recurrent vomiting of childhood (cyclical vomiting). (*Brit. Med. Journ.*, 18 fév.)

Le Fort (R.) et **Bachmann**. Un cas d'hypothermie considérable et prolongée chez une enfant atteinte de tuberculoses multiples des membres. (*Echo méd. du Nord*, 19 fév.)

Maggioni (V.). Alcune note sulle infezioni gastro-enteriche dei lattanti. (*Gazz. degli Osped.*, 19 fév.)

McCleary (G. F.). Infantile mortality and infants milk dépôts. In-8°, 135 p. avec fig. Londres. P. S. King and Son.

Tada (G.). Beitrag zur Frage der Thymushypertrophie. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 1.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Barwell (H.). Laryngeal tuberculosis : its treatment and prognosis. (*Edinburgh Med. Journ.*, fév.)

Bentzen (S.). Corpus alienum laryngis. (*Hospitalstidende*, 22 fév.)

Brewer (G. E.). Two cases of tracheal stenosis from new growth. (*Med. News*, 11 fév.) — Deux cas de rétrécissement de la trachée dû à un néoplasme.

Bulletins et Mémoires de la Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris (année 1904). In-8°, 88 p.

Carter (W. W.). Growth of bone in the tonsil. (*Med. Record*, 4 fév.) — Néoformation osseuse dans l'amygdale.

Dahlgren (K.). Erfarenheter om den s. k. radikaloperationen vid kronisk varig otitis media. (*Hygiea*, fév.)

Dionisio (I.). La méthode radicale dans la chirurgie des cornets. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Escat (E.). A quoi expose un curettage trop chirurgical du naso-pharynx; rétrécissement consécutif à l'ablation de végétations adénoïdes. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Fein (J.). Zur Charakteristik der Nebenhöhleneiterungen. (*Wien. med. Wochensch.*, 11 mars.) — Sur la symptomatologie des empyèmes des cavités accessoires du nez.

Freudenthal (W.). The radical operation for empyema of the frontal sinus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 fév.)

Heryng (Th.). Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Kehlkopfkrankheiten. In-8°, XXXVI-388 p. avec fig. Berlin. — Les méthodes d'examen et de traitement des affections du larynx.

Ingals (E. F.). Fibrolipomatous tumor of the pharynx and larynx. (*Amer. Medicine*, 4 fév.)

Jacques (P.). Un cas d'œdème angionévrotique du larynx. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 fév.)

Laval (F.). Des tumeurs malignes du naso-pharynx. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

HYGIÈNE

Albert (H.). Insects; the rôle they play in the transmission of disease. (*New York Med. Journ.*, 4 fév.)

Ercklentz (W.). Das Verhalten Kranker gegenüber verunreinigter Wohnungsluft. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIX, 3.) — Influence de l'air vicié des habitations sur les malades.

Flügge (C.). Ueber Luftverunreinigung, Wärmestauung und Lüftung in geschlossenen Räumen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIX, 3.) — Sur la pollution de l'air, l'inhibition thermique et l'aération dans les espaces clos.

Gorgas (W. C.). Sanitary conditions as encountered in Cuba and Panama, and what is being done to render the Canal Zone healthy. (*Med. Record*, 4 fév.) — Les conditions sanitaires de Cuba et de Panama, ainsi que les améliorations hygiéniques dans la zone du canal interocéanique.

Heymann (B.). Ueber den Einfluss wieder eingeatmeter Expirationsluft auf die Kohlensäure-Abgabe. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIX, 3.) — Influence de la respiration d'air expiré sur l'élimination de l'acide carbonique.

Kersbergen (L. C.). Over de middelen der bestrijding der tuberculose. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 4 fév.) — La lutte contre la tuberculose.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Brouardel (P.). L'empoisonnement des ouvriers peintres par le blanc de céruse et les composés à base de plomb. (*Ann. d'hyg. publ.*, fév.)

Deléarde. Sur un cas de mort par asphyxie, avec persistance de l'oxyde de carbone dans le sang, deux mois et demi après le décès. (*Echo méd. du Nord*, 26 fév.)

Frank (A.). Zur Frage der traumatischen Entstehung von Herzmuskelerkrankungen. (*Prag. med. Wochensch.*, 23 fév.) — Les affections du myocarde d'origine traumatique.

Hamburger (H. J.). Zur Differenzierung des Blutes (Eiweiss) biologisch verwandter Tierspecies; eine Erweiterung der üblichen serodiagnostischen Methode. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 fév.) — Sur la différenciation du sang d'animaux d'espèces voisines.

Mahne (W.). Ueber Wismuth-Vergiftung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 fév.) — Empoisonnement par le bismuth.

Mills (C. K.). Some forms of insanity due to alcohol, especially in their medico-legal relations. (*Amer. Medicine*, 11 fév.)

Parisot (P.). Des faux témoignages des vieillards. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er fév.)

Patoir. Les formalités de l'internement des aliénés; la loi du 30 juin 1838; responsabilité du médecin. (*Echo méd. du Nord*, 12 fév.)

Roset (J.). Envenenamiento de los niños por el fruto del roldón. In-8°, 7 p. Barcelone.

Slavík (V.). Zlocin verejného násilí; slabodušchost s blbostí hranicící; prechodné pominutí smyslu. (*Casopis lékaru ceskych*, 4 fév.) — L'idiotie au point de vue médico-légal.

Stocker. Eine Belladonnavergiftung. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 fév.) — Empoisonnement par la belladone.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Almeida (T. de). O sulfato de atropina na dyspepsia catarrhal. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 fév.)

Barker (A. E.). A short note on subcutaneous alimentation. (*Amer. Medicine*, 11 fév.)

Bossi (L. M.). Di un nuovo metodo di sieroterapia della sifilide. (*Gazz. degli Osped.*, 26 fév.)

Braun (L.). Die kombinierte Digitalis-Koffein-Medikation. (*Wien. med. Presse*, 12 et 19 fév.)

Bulling. Inhalation von phenylpropiolsaurem Natron gegen Kehlkopf- und Lungentuberkulose. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 fév.) — Inhalations de phénylpropiolate de soude contre la tuberculose laryngée et pulmonaire.

Choupin (F.). Opothérapie rénale (méthode Renaut-Dubois); ingestion de macération de rognons crus de porc; résultats cliniques. (*Rev. de méd.*, janv. et fév.)

BACTÉRIOLOGIE

Baccarani (U.). La morfologia del bacillo tubercolare e il suo valore semeiologico. (*Policlinico*, 26 fév.)

Craig (C. F.). Observations upon the morphology and classification of the Mycobacterium (bacillus) tuberculosis. (*Med. News*, 25 fév.)

Dolley (D. H.). A bacteriologic study of the blank cartridge. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 fév.) — Etude bactériologique de la cartouche à blanc.

Gossner. Zur bakteriologischen Diagnose. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 fév.)

Kolle (W.). Einige Betrachtungen über die bakteriologische Untersuchung der Fæces. (*Med. Klinik*, 26 fév.) — De l'examen bactériologique des fèces.

Little (H. M.). Der Bacillus aerogenes capsulatus im Puerperalfieber. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 fév.)

Monti (E.). Osservazioni e critiche sperimentali sul metodo di von Drigalski-Conradi per le ricerche dei bacilli del tifo nelle feci. (*Arch. per le scienze med.*, XXIX, 1-2.)

NOUVELLES

FRANCE

~~ D'après une série de communications faites au Congrès des Sociétés savantes qui vient de se tenir à Alger, la vaccination antivariolique ferait beaucoup de progrès parmi les indigènes, notamment en Kabylie. Par contre, la variolisation perd progressivement du terrain et ne se pratique plus guère que dans le Sud-Oranais.

L'histoire des épidémies de variole en Algérie, et notamment dans les principaux ports, montre que la maladie a pu souvent se développer et s'accroître grâce à l'arrivée d'immigrants de qualité particulière. A Alger surtout, ces épidémies qui, à intervalles plus ou moins éloignés, sévissent sur toute la population, semblent prendre leur origine dans un quartier où habitent des Espagnols, plus ou moins récemment arrivés de leur pays natal. Les premiers cas sont constatés parmi les nouveaux venus, puis l'affection se propage dans le quartier et s'étend finalement à toute la ville. M. le docteur Crespin, médecin de l'hôpital des contagieux à Alger, a été à même de vérifier une fois de plus l'exactitude de ce fait, à l'occasion de l'épidémie de variole qui a sévi à Alger-Mustapha durant cet hiver. La maladie a fait son apparition vers le mois de novembre 1904, époque à laquelle il n'entrait à l'hôpital que des malades provenant du quartier espagnol; or, beaucoup de ces individus étaient arrivés depuis peu d'Espagne, et n'avaient jamais été vaccinés ou en tout cas n'étaient pas revaccinés. Ce n'est que pendant les mois de janvier et février 1905 que la variole sévit indistinctement dans les différentes parties de la ville.

Il y a lieu de signaler à ce propos que, de toutes les populations étrangères en Algérie, ce sont les Espagnols et les Italiens qui sont le plus réfractaires à la vaccination.

ALLEMAGNE

~~ La natalité dans l'empire allemand continue sa marche décroissante : elle était de 35.7 ‰ en 1901, de 35.1 ‰ en 1902, et elle n'est plus que de 33.9 ‰ en 1903. Mais cette diminution n'est pas propre seulement à la race germanique, puisque la natalité a aussi baissé dans la plupart des pays européens : Italie (de 36.5 en 1893 à 33.3 en 1902), Grande-Bretagne (de 30.7 en 1893 à 29.8 en 1902, 28.5 en 1903 et 27.6 en 1904), Danemark (de 30.8 en 1893 à 29.3 en 1902), Norvège (de 30.6 en 1893 à 28.9 en 1902), etc.

Néanmoins, si l'on compare le pourcentage de la natalité de ces divers pays à celui de la France, on trouve encore une grande différence, car c'est à peine si elle y atteint 22 ‰.

PRUSSE

~~ La Chambre des députés a adopté dernièrement un projet de loi portant création d'un Office spécial dénommé *Volkswohlfahrtsamt*, ce qui mot à mot peut signifier : Office pour le bien public. Si l'expression n'est pas très précise, les intentions du gouvernement et des représentants du pays le sont encore moins. Tout ce que nous savons, c'est que, d'après ce qu'a déclaré le ministre de l'intérieur, il s'agit de ne plus s'occuper seulement d'assister les malades, les faibles, les indigents, mais de ne pas négliger les personnes en bonne santé. L'avenir de notre pays, a-t-il dit, consiste à créer une population forte au point de vue physique, apte à endurer les rigueurs de la nature, capable de fournir un travail effectif, *et non point un peuple amolli et affaibli par l'application des mesures d'hygiène.*

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine. — M. H. VAQUEZ.

Des effets mécaniques de l'hypertension sur le système cardio-aortique.

Lorsque, au cours d'un accès aigu d'hypertension, tel que le réalise la colique de plomb, ou mieux encore l'attaque d'éclampsie, on examine le cœur et l'aorte du sujet atteint, on est frappé de l'apparition d'un double signe, dont l'un est immédiat, l'autre précoce; c'est, d'une part, l'accentuation clangoreuse du deuxième bruit aortique, de l'autre l'augmentation rapide de la surface de la matité cardiaque à la percussion. Parfois, à ces deux signes, vient s'en ajouter un troisième, un peu plus tardif; c'est un degré léger de dilatation aortique, qui peut dépasser d'un ou deux travers de doigt le bord droit du sternum.

La réunion de ces signes est d'une valeur très significative; elle nous indique que l'augmentation de la résistance vasculaire périphérique, substratum de l'hypertension, a pour corollaires obligés un accroissement de l'énergie cardiaque, une tension plus élevée du sang au niveau de l'appareil sigmoïdien aortique et, accessoirement, une augmentation de la capacité de l'aorte à son origine. Ces signes peuvent n'être que fugaces dans les cas que j'ai pris comme exemples — éclampsie, saturnisme aigu —, où l'hypertension est d'ordinaire transitoire. Ils peuvent persister, au contraire, et c'est même le fait habituel, au cours du mal de Bright quand la tension se maintient élevée. Enfin, particularité des plus importantes à retenir, ils peuvent subsister encore dans des cas où, à des crises prolongées ou répétées d'hypertension, a succédé un abaissement de la pression artérielle.

Ce phénomène de l'accentuation définitive du deuxième bruit aortique avec hypertrophie cardiaque n'est nulle part plus manifeste que dans l'intoxication saturnine chronique. Dans cette affection où, comme je vous l'indiquais naguère (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 385-387), des crises encéphalopathiques avec accès paroxystiques d'hypertension alternent avec des périodes de rémission, la persistance des signes que je viens de mentionner est comme le témoin révélateur de bouffées antérieures d'hypertension et permet souvent d'en prévoir le retour.

L'*accentuation du second bruit aortique*, donnant à l'auscultation ce caractère clangoreux si spécial, est un phénomène depuis très longtemps noté par Senhouse Kirkes et par Traube. Le premier de ces observateurs connaissait en effet les modifications que la gêne de la petite circulation apporte au caractère du deuxième bruit pulmonaire; il en avait conclu que, par analogie, une accentuation du deuxième bruit aortique devait révéler une augmentation de la résistance dans la grande circulation; Traube eut le mérite de montrer que cette assimilation des deux phénomènes était pleinement justifiée.

La plupart des cliniciens ont adopté l'opinion de Senhouse Kirkes et de Traube. Quelques-uns cependant, parmi lesquels Potain et aujourd'hui M. Krehl, ont pensé que l'éclat clangoreux du deuxième bruit aortique était plutôt révélateur d'aortite. « Il faut bien savoir, dit ce dernier auteur, que l'élévation du deuxième bruit aortique n'a presque rien à faire avec l'augmentation de la pression dans l'aorte, mais bien plus avec un changement local dans l'état du vaisseau. »

L'assertion de Potain et de M. Krehl peut paraître légitime si on la rapproche des constatations anatomiques habituelles. Dans la grande majorité des cas, en effet, on trouve, à l'autopsie des sujets qui ont présenté pendant leur vie une accentuation du deuxième bruit aortique, un degré plus ou moins notable d'induration des valvules et l'on est tenté d'admettre que cette accentuation dépend bien plus de la sclérose artérielle que des modifications de la pression intra-vasculaire.

Cependant, il faut remarquer que les faits auxquels nous faisons allusion concernent des malades ayant succombé à la suite d'accidents déjà anciens, comme il arrive pour les brightiques chez lesquels des lésions organiques définitives se sont progressivement installées. Ce qu'il nous faudrait connaître, c'est l'état de ces mêmes valvules non plus à la fin, mais dans le premier stade de l'hypertension, alors que pendant la vie l'accentuation du deuxième bruit aortique a déjà pu être constatée. Eh bien, examinez à ce point de vue l'aorte de femmes mortes en état de crises éclamptiques, vous la trouverez très habituellement saine; force vous sera donc de conclure avec moi que cette accentuation du bruit aortique peut résulter de causes purement mécaniques, comme l'hypertension artérielle.

La clinique nous permet aisément de confirmer ces données et de les interpréter. Si d'après ce que nous venons de dire l'on n'a pas lieu d'être surpris de constater chez un sujet un état clangoreux manifeste du deuxième bruit à la base, alors que la pression est de 25 à 28 centimètres de mercure, il faut, d'autre part, expliquer différemment les cas où un pareil caractère du bruit coïncide avec une pression normale. En pareilles circonstances on peut supposer qu'il y a eu des poussées antérieures d'hypertension, mais on doit affirmer que le sujet est, à coup sûr, atteint de sclérose de l'origine de l'aorte.

Ainsi donc, si l'accentuation du deuxième bruit aortique peut, en dehors des données de la sphygmomanométrie, faire supposer une hypertension habituelle, elle ne permet cependant pas, à elle seule, d'en affirmer l'existence. Toutefois cette présomption se change en certitude quand, à cet état clangoreux du bruit aortique, se joint une hypertrophie cardiaque portant sur le ventricule gauche. C'est ce que nous établirons tout à l'heure.

Assez récemment M. Cuffer, poussant plus loin encore l'analogie invoquée par Senhouse Kirkes, a pensé que l'augmentation de la tension artérielle pouvait déterminer, dans la grande comme dans la petite circulation, un défaut de synchronisme des appareils valvulaires. C'est ainsi, d'après cet auteur, que le dédoublement du premier bruit à la base nous révélerait l'existence de l'hypertension artérielle, tout à son début. Quelques observations personnelles nous conduiraient à admettre cette interprétation, mais nous préférons en attendre de plus concluantes encore et de plus nombreuses avant de nous décider définitivement.

L'*hypertrophie du ventricule gauche* est un phénomène précoce, avons-nous dit, et directement en rapport avec l'hypertension. Seule l'augmentation de la résistance périphérique force le cœur à s'hypertrophier, et cette influence s'explique par des raisons purement physiques. L'anatomie pathologique, qui aurait pu nous renseigner sur ce point, nous a conduits à considérer comme primordiales et provocatrices de l'hypertrophie des altérations qui sont cependant secondaires et consécutives. La sclérose myocardique, invoquée par MM. Debove et Letulle, peut bien, comme ces auteurs l'ont supposé, constituer une partie importante de la fibrose généralisée de Gull et Sutton; elle marche de pair avec l'hypertrophie du ventricule, mais elle ne l'engendre pas.

Je n'aurais qu'à vous répéter à ce sujet ce que je vous disais tout à l'heure à propos de l'accentuation du deuxième bruit aortique. Les données anatomo-pathologiques, sur lesquelles on s'appuie d'ordinaire pour établir la pathogénie des lésions, ne concernent malheureusement que des cas très anciens. Elles nous rendent compte de la mort, mais non de la maladie, surtout de ses stades initiaux.

Pour ces stades du début, c'est encore l'éclampsie qui nous fournira des documents. J'ai eu fréquemment l'occasion d'examiner le cœur de femmes ayant succombé à des attaques éclamptiques. Souvent il présente son volume normal, mais souvent aussi il est hypertrophié, et l'hypertrophie porte alors sur le ventricule gauche. Eh bien, dans les cas que j'ai examinés, il s'agissait toujours d'une hypertrophie musculaire sans sclérose myocardique. Si l'on se souvient de la constance de l'hypertension artérielle dans l'éclampsie, on est bien fondé à n'attribuer cette hypertrophie qu'à la seule résistance vasculaire périphérique et à l'augmentation de l'énergie cardiaque que celle-ci détermine.

Si l'hypertrophie du ventricule gauche est un phénomène facilement appréciable, dont il me paraît inutile de vous rappeler les caractères, il n'en est pas toujours de même de la *dilatation aortique*, du moins à ses débuts.

Celle-ci se décèle, à la percussion, par un débord de la matité aortique à droite du sternum, et consécutivement par une surélévation de la sous-clavière droite. Il m'a été donné souvent de la constater chez les femmes en état de crises éclamptiques, dont la tension, comme vous le savez, peut atteindre de 26 à 28 centimètres de mercure. On a plus fréquemment et plus facilement encore l'occasion de la diagnostiquer au cours du mal de Bright, tout au moins dans l'état de mal hypertensif, dans l'hypertension chronique. Il est aisé de comprendre alors que les altérations vasculaires consécutives à cette hypertension ont agi dans le même sens que précédemment; qu'elles ont fait, par la sclérose ultérieurement provoquée, d'un phénomène d'abord transitoire et passager, un phénomène définitif. Ce qui s'est passé pour la modification des caractères du deuxième bruit aortique, pour l'hypertrophie cardiaque, c'est-à-dire le passage à l'état immuable de signes connexes à l'hypertension et qui n'auraient pas dû survivre à cette dernière, se produit encore pour la dilatation aortique. Née de l'hypertension, elle disparaît avec elle si les lésions de la sclérose n'ont pas eu le temps d'évoluer : c'est ce que l'on constate dans l'éclampsie. Elle persiste, au contraire, accompagnant l'hypertension, si celle-ci persiste ellemême. Elle lui survit, enfin, si cette hypertension disparaît, lorsque les modifications de la paroi ont été assez profondes pour substituer une lésion organique indélébile à un simple trouble fonctionnel.

Ainsi, la maladie de Hodgson trouve son origine dans l'hypertension artérielle; parfois elle passe au second plan, quand, d'autre part, les accidents progressifs de l'hypertension commandent l'attention d'une façon de plus en plus pressante. Souvent, cependant, la sclérose rénale, évoluant plus lentement, laisse à la symptomatologie cardiaque toute liberté de se manifester, et le sujet, quoique brightique, succombe aux effets de sa lésion aortique.

M. Hürthle a récemment donné la preuve physiologique de cette influence de l'élévation de la tension périphérique sur la capacité aortique, fait que la clinique nous permet d'observer si fréquemment. Cet auteur a conclu de ses expériences sur les animaux, sur les chiens notamment, qu'à une élévation de 1 centimètre de mercure dans la résistance vasculaire périphérique correspondait une augmentation de la capacité aortique de 2 c.c. environ. C'est là, vous le voyez, une confirmation décisive des données de la pathologie.

La réunion des signes précédemment étudiés, c'est-à-dire l'accentuation du deuxième bruit aortique, l'hypertrophie ventriculaire gauche et, accessoirement, la dilatation aortique, constitue ce que j'appellerai le syndrome cardio-aortique. Il peut persister pendant des années avec ses caractères habituels, coïncidant alors

avec l'hypertension artérielle que le sphygmomanomètre nous permet d'évaluer; il en résulte une sorte d'équilibre de tension intravasculaire, compatible avec une assez longue durée d'existence, si quelque accident intercurrent — hémorrhagie cérébrale ou méningée — ou le progrès de la sclérose rénale ne vient pas d'autre part mettre en péril les jours du malade.

D'ailleurs l'équilibre ainsi réalisé est lui-même assez instable. Il reste soumis à de nombreuses influences, capables d'en détruire les heureux effets et de provoquer l'apparition soit d'accidents subits, comme la rupture du cœur ou de l'aorte, soit de complications lentes et progressives, comme les insuffisances valvulaires fonctionnelles.

La rupture du cœur ou de l'aorte, des organes en un mot qui supportent tout l'effort de la contre-pression périphérique, peut se produire à toutes les phases de l'hypertension. Sa fréquence augmente singulièrement avec l'ancienneté du symptôme causal, et pour des raisons faciles à concevoir. Dans le stade initial de l'hypertension, en effet, le cœur et l'aorte ont conservé leur structure normale et leur force de résistance est considérable; lorsque l'affection est de date ancienne, la sclérose qui a envahi les tuniques aortiques aussi bien que le myocarde, en même temps que les altérations propres des artérioles nutritives, prêtent pour ainsi dire la main à l'hypertension pour aider à la rupture.

Ainsi donc, chez un sujet jeune, l'accident sera exceptionnel et ne surviendra que sous l'influence d'un effort, au cours d'une élévation excessive de la tension; chez un sujet plus âgé, ces conditions auront moins d'influence et la déchirure, qui pourra paraître spontanée, s'accompagnera de lésions dégénératives profondes du cœur ou de l'aorte. N'est-ce pas exactement de la même façon que s'explique la rareté de l'hémorrhagie cérébrale au cours des crises aiguës d'hypertension (éclampsie, colique de plomb), sa fréquence au contraire dans le mal de Bright avec hypertension permanente? Cette notion nous rend facilement compte de la diversité des constatations anatomiques et de la divergence des interprétations.

Je vous ai dit que dans l'équilibre assez instable réalisé au cours de l'hypertension par le syndrome cardio-aortique, c'étaient le ventricule gauche et l'aorte à son origine qui supportaient tous les effets de la résistance périphérique. Si la clinique ne nous l'avait pas déjà appris, l'anatomie pathologique nous le révélerait à coup sûr. Où siègent en effet les ruptures, dites spontanées, du cœur et de l'aorte? Dans les neuf dixièmes des cas, sur le ventricule gauche; dans les neuf dixièmes des cas également, à l'origine même de l'arbre artériel et au-dessous du reflet péricardique. Il faut bien, vous le comprenez, qu'il y ait plus qu'un hasard, plus qu'une force mystérieuse qui commande ainsi la rupture et lui assigne son siège. Sa fréquence en ces points ne résulte pas de coïncidences fortuites, mais bien des conditions mécaniques de l'hypertension : celle-ci retentit sur le ventricule gauche qui traduit sa souffrance et sa résistance en s'hypertrophiant, et sur l'aorte qui résiste en augmentant sa capacité.

En 1889, Pilliet, dans une étude très complète de la rupture de l'aorte, après avoir noté la fréquence des altérations athéromateuses, ajoute que ces altérations ne sont ni constantes ni nécessaires, et qu'il faut faire jouer un rôle des plus importants aux conditions mécaniques dans la pathogénie des ruptures aortiques.

Rarement, cependant, malgré cet avertissement, les auteurs ont pu nous fournir des observations complètes, où la tension artérielle fût exactement relatée. Heureusement, même en l'absence de ce renseignement, les détails de l'autopsie nous permettent de faire, *post mortem*, le diagnostic de l'hypertension : par l'hypertrophie du ventricule gauche notamment, en dehors de lésions valvulaires, et par l'état anatomique des autres organes.

Il y a cinq ans, M. Darcanne a présenté à la Société anatomique un cas de rupture spontanée de l'aorte chez un sujet âgé de cinquante-quatre ans. La rupture siégeait, comme à son ordinaire, à 1 centim. ½ au-dessus des valvules sigmoïdes. Le protocole d'autopsie signale que les reins étaient gros et rouges et que le cœur pesait 650 grammes. D'où peut provenir cette hypertrophie considérable du cœur, liée à une lésion rénale, si ce n'est d'une hypertension artérielle? L'auteur n'en donne d'ailleurs aucune autre explication, et nous n'en voyons pas d'autre. Les observations rapportées par MM. Tolat et Sarvonat sont également concluantes, et montrent, avec des lésions de néphrite interstitielle, une hypertrophie très notable du cœur : dans un cas l'organe pesait 580 grammes et dans l'autre 640. Ces auteurs ont du reste admis eux-mêmes le rôle important que l'hypertension a joué, chez leurs malades, dans la pathogénie de la rupture artérielle.

Les constatations relatives à la rupture du cœur sont identiques; il suffit, pour s'en convaincre, de lire les observations relatées dans la thèse de M. R. Marie. D'une part, l'hypertrophie du ventricule gauche est le phénomène anatomique habituellement noté, et, d'autre part, la non-coexistence de lésions valvulaires en fait une hypertrophie essentielle qui ne peut, comme je vous l'ai déjà exposé, relever que de l'hypertension artérielle.

Dans des cas heureusement très fréquents, l'hypertension artérielle, au lieu de provoquer les complications mortelles précédentes, détermine des accidents plus complexes, à évolution plus lente, qui constituent un chapitre important de la symptomatologie du mal de Bright. Ces accidents consistent dans la dilatation rapide ou progressive des cavités du cœur avec insuffisance d'abord fonctionnelle, puis organique des appareils valvulaires.

La *dilatation du cœur*, notamment celle du ventricule gauche, est un phénomène presque constant au cours de l'hypertension brightique. Pour les auteurs allemands qui, après Traube et Fräntzel, ont admis la précocité de la dilatation cardiaque, le signe qui la révélerait tout d'abord serait le bruit de galop. Voyons si cette assertion est fondée.

Sans vouloir reprendre ici l'histoire du bruit de galop cardiaque ni discuter sa pathogénie, nous rappellerons cependant que Bouillaud et Potain les premiers en ont établi nettement la signification clinique dans le mal de Bright. Bien que Fräntzel prétende avoir entendu Traube en faire mention, il suffit de relire attentivement les ouvrages de ce dernier pour se convaincre que la haute valeur diagnostique de ce signe lui avait échappée. Mais c'est Fräntzel qui a principalement insisté sur ce fait que le bruit de galop était révélateur de la dilatation cardiaque dans l'hypertrophie brightique.

Ces données, acceptées sans conteste en Allemagne, ont conduit les auteurs de ce pays à adopter une conduite thérapeutique totalement différente de la nôtre. Alors que nous craignons d'user, au cours du mal de Bright, d'une médication capable d'élever, au moins momentanément, la tension artérielle, les Allemands, voulant avant tout remédier à l'insuffisance myocardique menaçante, n'hésitent pas à prescrire systématiquement la digitale à doses modérées et fréquemment répétées, en lui adjoignant, comme sédatif du système vasculaire, les préparations opiacées et la morphine. C'était déjà la pratique de Traube, c'est celle encore de ses successeurs : elle a sa justification dans une compréhension très particulière des phénomènes observés. Cette interprétation est-elle exacte? La conclusion thérapeutique qui en découle est-elle légitime? Voilà deux questions qui se posent et qui, comme vous le voyez, ont un intérêt pratique de premier ordre.

Eh bien, je crois que l'hypertrophie cardiaque des brightiques s'accompagne très habituellement d'un degré notable de dilatation, dont le symptôme révélateur est le bruit de galop. Ma conviction s'appuie sur trois ordres de preuves.

Nous savons tout d'abord que le rythme de galop accompagnant le mal de Bright n'est pas le seul que l'on entende au cœur. Il en est un autre que Potain a eu bien soin de différencier du précédent, qui a son siège au niveau du ventricule droit et qui, dans son apparition, précède souvent l'insuffisance tricuspidienne. D'ordinaire, lorsqu'on l'entend, il est déjà possible de constater, par la percussion, un léger débord de la matité cardiaque, à droite du sternum. Il est donc permis de supposer que le bruit de galop droit coïncide avec une dilatation modérée des cavités droites du cœur, et dès lors, n'est-il pas logique d'admettre que le bruit de galop gauche doit être régi par les mêmes conditions? Ceci n'est, à vrai dire, qu'une présomption par analogie, mais elle trouve sa confirmation dans d'autres preuves plus décisives.

Le bruit de galop dit brightique n'est pas permanent. Il est sujet à variations. On peut quelquefois le faire apparaître ou disparaître à volonté. Lorsqu'il n'est encore que fugace, il est facile, dans bien des cas, de le reproduire en faisant marcher le malade d'un pas un peu rapide. Si l'on examine le cœur par la percussion et la palpation, dans l'état de repos et après la marche, on s'apercevra sans peine que le bruit de galop coïncide avec une augmentation de la matité cardiaque et souvent aussi avec un abaissement de la pointe.

Enfin, une dernière raison qui m'a paru également convaincante nous est fournie par l'action de la digitale. Ce médicament, vous le savez, provoque d'ordinaire, avec la diurèse et le ralentissement du pouls, une diminution du volume du cœur, dont la percussion rend facilement compte. Or, il est aisé de constater que, d'une façon très habituelle, le fait de soumettre à l'action de la digitale les sujets brightiques fait disparaître le bruit de galop cardiaque, lorsque celui-ci existait antérieurement.

Je pense que ces raisons vous paraîtront, comme à moi, suffisamment démonstratives et que vous admettrez de même que le bruit de galop, chez les brightiques, implique un degré notable de dilatation cardiaque. Il n'est donc pas irrationnel de soumettre de tels sujets, comme le faisait Traube, à l'action souvent répétée des préparations digitaliques à doses modérées.

Les insuffisances fonctionnelles des appareils valvulaires au cours de l'hypertension appartiennent presque exclusivement à ses formes chroniques. Rien ne s'oppose, d'ailleurs, d'une façon absolue, à ce que, pendant une attaque éclamptique ou dans un accès d'encéphalopathie saturnine convulsive, les valvules aortiques ou mitrales viennent à être brusquement forcées; le fait, à ma connaissance, n'a pas été signalé, soit qu'il ait un caractère réellement exceptionnel, soit que l'observateur n'ait pas dirigé son attention sur ce point. Si l'on s'en réfère cependant aux expériences de Potain et de M. Barié, relatives à l'influence de la pression sur l'appareil valvulaire aortique, on voit qu'une brusque élévation est plus capable de rompre les valvules que d'élargir l'anneau d'insertion. Mais il n'en est pas toujours ainsi dans le cas d'hypertension soutenue, et l'effort prolongé qui en résulte pourra aussi bien distendre l'anneau d'insertion que forcer une des lames valvulaires; c'est ce que la clinique et l'anatomie pathologique ont démontré.

L'effet de la pression se fait sentir aussi bien au niveau de l'orifice aortique qu'à l'orifice mitral, et l'on peut voir, au cours de l'hypertension chronique évoluant concurremment avec le

mal de Bright, se constituer une insuffisance aortique ou mitrale, d'abord purement fonctionnelle et parfois transitoire, puis organique et définitive.

L'*insuffisance aortique* liée à l'hypertension est celle qui survient dans l'âge adulte, chez un sujet souvent atteint déjà d'artériosclérose, ce qui lui a fait donner le nom d'insuffisance aortique artérielle (Huchard). Lorsqu'on la rencontre à l'autopsie, il est habituel de la voir accompagnée d'altérations déjà anciennes, soit des valvules elles-mêmes, soit de l'aorte au niveau de l'anneau d'insertion. C'est ce qui a fait affirmer par la majorité des auteurs que l'insuffisance fonctionnelle n'a pas de preuves anatomiques évidentes. Telle est en effet l'opinion de M. Barié.

La chose s'explique suffisamment par les considérations déjà développées au cours de cette leçon. Nous avons dit, en effet, que les altérations organiques par sclérose s'établissaient rapidement, sous l'influence de l'hypertension et, principalement, dans la portion de l'appareil vasculaire soumise à cette influence. Telle la dilatation organique de l'hypertension chronique du mal de Bright, en opposition avec la simple dilatation fonctionnelle de l'encéphalopathie saturnine aiguë, telle la sclérose myocardique des phases avancées de la néphrite hypertensive en opposition avec la simple hypertrophie cardiaque de l'éclampsie.

L'insuffisance aortique répond à ces mêmes lois. Si on la voit habituellement coïncider avec la sclérose valvulaire, cela ne veut pas dire que cette sclérose a provoqué l'insuffisance, pas plus que la sclérose myocardique ne rend compte de l'hypertrophie cardiaque des brightiques.

D'ailleurs, il y a déjà de nombreuses et concluantes observations d'insuffisance aortique fonctionnelle ou relative, par élargissement de l'anneau d'insertion avec intégrité des valvules. Nous en trouvons quelques-unes relatées dans le mémoire de M. Barié. Les cas de MM. Chauffard, Bouveret, Dombrowski nous paraissent irréfutables, et M. Sahli, dans son étude de 1895, attribue à la seule élévation de la tension sanguine la distension de l'aorte à son origine et l'insuffisance valvulaire relative qui en résulte.

L'insuffisance aortique par endocardite, telle que le rhumatisme la réalise, n'élève pas la tension artérielle, contrairement à ce qui a été dit. Je vous l'ai prouvé maintes fois au lit du malade et vous avez pu voir que la tension oscillait alors, suivant l'âge, entre 12 et 16 centimètres de mercure, chiffres absolument normaux.

Si, par contre, nous avons observé des cas où l'insuffisance s'accompagnait d'une pression plus élevée, de 19 à 25, par exemple, nous avons toujours pu nous convaincre que l'hypertension était le fait initial et que l'insuffisance valvulaire était sous sa dépendance. Les relations qui réunissent ces deux phénomènes ont été merveilleusement établies par Traube. Les auteurs qui les ont ensuite signalées n'ont fait que répéter, souvent avec moins de netteté, la description de ce grand observateur : « Il y a, a-t-il dit, une forme d'insuffisance aortique qui accompagne d'ordinaire l'élévation normale de la tension, c'est celle qui, chez l'adulte, se développe par suite de l'artériosclérose. Dans ce cas, on constate que l'élévation de la tension précède l'insuffisance et qu'elle peut s'abaisser lorsque celle-ci s'est produite. L'insuffisance aortique d'origine endocardique ne s'accompagne pas d'hypertension. L'hypertrophie du ventricule gauche n'est alors capable que de maintenir la tension à son niveau normal. Dans le premier cas, la lésion valvulaire est la conséquence de l'artériosclérose au cours de l'hypertension. »

Il nous paraît, au surplus, inutile de préciser les éléments d'un diagnostic différentiel de ces deux variétés d'insuffisance. Les signes physiques sont identiques, en effet; seuls les caractères du pouls sont dissemblables, de même que la forme des tracés sphygmographiques. Toutefois, cela résulte, non de l'insuffisance valvulaire elle-même, mais bien plutôt des modifications des artères périphériques et de l'hypertension. Aussi l'élément le plus important pour ce diagnostic réside-t-il dans l'hypertension elle-même, dont le sphygmomanomètre nous permet d'apprécier la réalité et le degré.

Il est cependant fort important de savoir si l'insuffisance aortique est due à l'hypertension artérielle, car le pronostic dépend très étroitement de cette constatation.

Sans vouloir discuter dans tous leurs détails les questions relatives à la mort subite dans l'insuffisance aortique et à sa pathogénie, je vous dirai seulement que la notion de l'hypertension préalable nous permet de considérer le sujet à un tout autre point de vue. Il est bien évident que la mort subite est fréquente au cours d'une lésion de cet ordre, non par l'effet de la lésion elle-même, mais bien plus par celui de l'hypertension. L'insuffisance aortique, rhumatismale, pour prendre un exemple, ne provoque pas la mort subite, si ce n'est par embolie; c'est alors un cas tout à fait spécial. Il n'est pas rare, au contraire, que pareil fait se produise dans l'insuffisance aortique avec hypertension. Cela n'a rien qui doive nous surprendre, puisque l'hypertension, à elle seule, est capable de causer la mort subite.

L'*insuffisance mitrale* au cours de l'hypertension artérielle, pour ne pas être aussi fréquente que l'insuffisance aortique, n'est cependant pas exceptionnelle. Elle peut apparaître de deux façons différentes : tantôt c'est à la suite d'une dilatation rapide des cavités gauches, et elle peut alors s'accompagner d'accidents graves, comme l'œdème aigu du poumon; tantôt elle se développe plus lentement, à mesure que les lésions de sclérose envahissent progressivement le cœur et les piliers, rétractent ces derniers et constituent ainsi de toutes pièces une insuffisance mitrale organique.

La réalité de l'insuffisance mitrale fonctionnelle et transitoire n'est plus contestable. Traube l'avait admise et bien des auteurs l'ont confirmée. Potain, qui l'avait longtemps révoquée en doute, s'y était rallié dans ses dernières années.

J'ai eu, à plusieurs reprises, l'occasion de vous la faire constater, non pas sur des brightiques, car chez eux le phénomène est difficile à saisir, mais chez des sujets atteints de myocardite alcoolique, affection où la dilatation cardiaque est une éventualité extrêmement fréquente. Nous l'avons observée tout récemment chez un malade qui présentait une augmentation considérable du volume du cœur, laquelle se réduisait d'une façon très notable sous l'influence du traitement digitalique. Dès que le cœur, soustrait à l'action du médicament, recommençait à se dilater, on pouvait percevoir à la pointe un souffle systolique, à timbre aigu d'abord, puis grave, à propagation axillaire, qui n'était pas complètement holosystolique, mais ne pouvait cependant en imposer pour un souffle inorganique.

Dans le cours de l'hypertension, pareil phénomène peut se manifester; toutefois, il faut être averti que, comme il coïncide fréquemment avec une dilatation des cavités droites et un affaiblissement du myocarde, la pression artérielle baisse souvent à ce moment et l'on serait tenté de nier l'hypertension préalable si celle-ci n'avait laissé des preuves cliniques et anatomiques faciles à vérifier.

Le plus habituellement, l'insuffisance mitrale apparaît, comme je l'ai dit, à la suite de l'envahissement du myocarde et des piliers, par la sclérose, dans un cœur hypertrophié. C'est donc une insuffisance organique d'emblée; M. Huchard l'a appelée — la dénomination est mauvaise, mais elle indique suffisamment le processus pathogénique — insuffisance mitrale d'origine artérielle.

Cette insuffisance est d'évolution insidieuse et ne se révèle souvent par aucun signe subjectif. J'ai eu récemment l'occasion de la constater chez un malade, que j'avais déjà examiné il y a deux ans et chez lequel, en dehors d'une hypertrophie cardiaque très manifeste et d'une hypertension très forte (25 cent.), je n'avais rien noté de spécial à l'auscultation cardiaque. Il y a quelques semaines, l'examinant à nouveau, je trouvai, alors qu'il ne s'était produit aucun symptôme subjectif nouveau, une insuffisance mitrale des plus nettes et invariable.

Le mode d'apparition de cette lésion mitrale nous permet de prévoir que, dans un certain nombre de cas, l'insuffisance s'accompagne de rétrécissement. Mais celui-ci peut également exister seul, et il constitue alors ce que l'on a appelé le rétrécissement mitral des artérioscléreux. Nous en avons actuellement un exemple typique, chez la femme couchée au n° 18 de la salle Damaschino.

Cette malade, qui présentait, à son entrée, l'aspect d'une cardiaque asystolique, nous a paru tout d'abord atteinte d'une simple lésion mitrale où le rétrécissement prédominait. C'est avec surprise que nous constatâmes au sphygmomanomètre une pression de 23 centimètres, chiffre incompatible avec une lésion mitrale d'origine rhumatismale. De fait, l'histoire clinique nous apprit qu'aucune maladie infectieuse ne pouvait être incriminée, mais que cette femme présentait depuis longtemps des accidents que l'on ne pouvait rattacher qu'à une hypertension brightique.

Le diagnostic étiologique de ces lésions mitrales est ordinairement assez facile à établir. Il repose en partie sur les commémoratifs, et plus particulièrement sur les signes objectifs. L'absence de toute affection capable de provoquer une lésion mitrale constitue une présomption, et rien de plus, mais la notion de troubles hypertensifs antérieurs a une plus grande valeur.

Les signes objectifs consistent dans les caractères assez particuliers du pouls, très différent de ce que l'on rencontre d'ordinaire au cours des lésions mitrales. Le tracé est semblable à celui que l'on constate dans la lésion aortique avec hypertension : amplitude faible, plateau; c'est en un mot un pouls de sclérose artérielle avec tension élevée. Au doigt, il est dur et tendu, au lieu d'être mou et dépressible.

De plus on note, fait incompatible avec une lésion endocardique de nature rhumatismale, que le tracé cardiaque est celui de l'hypertrophie dite brightique ou plutôt de l'hypertrophie par hypertension. Il y a un fort abaissement de la pointe, témoignant d'une augmentation de volume du ventricule gauche, et celle-ci, antérieure à la phase asystolique, ne s'accompagne de déviation de la pointe en dehors que dans les cas de dilation totale du cœur, c'est-à-dire au moment de l'insuffisance tricuspidienne. Ainsi, chez la malade de notre service, la ligne verticale mesurait 12 centimètres à la percussion, ce qui ne se rencontre que dans les hypertrophies cardiaques brightiques ou dans celles qui accompagnent les lésions aortiques. C'est, en un mot, une lésion mitrale avec cœur brightique. Parfois, enfin, à ces signes, vient se joindre le bruit de galop typique qui rend le diagnostic encore plus aisé.

Je n'ai pas parlé du chiffre de la tension, mais il est clair que, quand celui-ci est élevé, comme dans le cas auquel je fais allusion, ce fait emporte toute hésitation. Jamais une lésion mitrale endocardique n'est, en effet, capable de donner au sphygmomanomètre une pression aussi excessive, et il en faut conclure que, dans l'ordre des phénomènes, c'est non pas la lésion cardiaque qui a précédé l'hypertension, mais que bien, au contraire, cette dernière a été antérieure à la lésion.

Vous le voyez, le rôle de l'hypertension artérielle dans la pathogénie de nombre d'affections du système vasculaire est des plus importants. Si l'élévation transitoire de la pression ne produit d'abord que des troubles fonctionnels, susceptibles de disparaître avec la cause qui les a provoqués, l'hypertension chronique, permanente ou récidivante, peut au contraire s'accompagner de lésions multiples, stables elles-mêmes et soumises à des complications redoutables : hypertrophie cardiaque avec sclérose myocardique, dilatation aortique, lésions valvulaires organiques, etc., auxquelles peuvent succéder la rupture du cœur ou de l'aorte, l'insuffisance cardiaque et l'asystolie.

L'intérêt de la notion de l'hypertension vous paraîtrait encore plus grand si j'avais pu étudier dans cette leçon le rôle de celle-ci dans la pathogénie de l'angine de poitrine et de l'œdème pulmonaire, dans les ruptures des artères périphériques, cérébrales ou méningées, si j'avais pu enfin élucider la question si importante des relations qui unissent l'hypertension à la sclérose artérielle, à la néphrite artérielle, aux polyscléroses viscérales, etc. Ces considérations nous auraient entraînés trop loin et méritent, vous le comprenez, une étude spéciale et approfondie.

MÉDECINE PRATIQUE

L'étude du chimisme stomacal à l'aide de la « desmoïde-réaction ».

L'analyse du chyme stomacal est devenue en clinique un procédé d'étude absolument courant : administrer un repas d'épreuve et, au bout d'un laps de temps déterminé, extraire de l'estomac les résidus de la digestion gastrique pour les soumettre à un examen histologique et chimique, c'est là un moyen d'investigation journellement employé, au moins dans les services hospitaliers. Si simple que soit cette méthode, elle n'est cependant pas à la portée de tous les praticiens, ne fût-ce que parce qu'il n'est pas toujours possible de faire accepter par le malade le cathétérisme œsophagien nécessaire pour recueillir le contenu gastrique.

Pour obvier à ces inconvénients, M. le docteur H. Sahli, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Berne, a imaginé un procédé de diagnostic qu'il appelle *desmoïde-réaction* (parce qu'il est basé sur l'emploi d'une membrane ou d'un fil conjonctifs) et qui paraît de nature à rendre de réels services pour l'examen fonctionnel de l'estomac.

Le principe de la méthode préconisée par notre confrère est de faire ingérer au patient une pilule renfermant une substance facile à déceler dans l'urine ou dans la salive — iodoforme ou bleu de méthylène —, en ayant soin de protéger cette pilule de telle sorte que la substance « indicatrice » ne puisse être mise en liberté que si la digestion gastrique s'accomplit normalement.

C'est tout d'abord à une membrane conjonctive — le tissu connectif, lorsqu'il n'a pas été soumis à une cuisson préalable, ne se dissout qu'en solution chlorhydropepsique et est notamment inattaquable par le suc pancréatique — que notre confrère s'adressa dans ce but : il se servait de la tunique celluleuse du cæcum de bœuf, qu'il est facile de se procurer à l'état frais dans les boucheries, et cette méthode lui donna des résultats fort encourageants dans les 92 cas où il y eut recours. Elle offre toutefois quelques inconvénients : la membrane celluleuse en question se déchire très facilement, et, de plus, ne met pas suffisamment à l'abri des courants de diffusion qui peuvent s'établir entre la pilule et le milieu ambiant. Aussi M. Sahli emploie-t-il tout simplement, à l'heure actuelle, un sachet de caoutchouc, lequel est insoluble, il est vrai, dans les sucs digestifs, mais que l'on ferme au moyen d'un fil accessible à l'action de ces derniers : constitué essentiellement par du tissu conjonctif, le catgut, non préparé et très fin, répond parfaitement à ces indications, pourvu qu'on ne l'ait préalablement soumis à aucune espèce de stérilisation ou de chauffage.

Pour confectionner le sachet, on prend une lamelle de caoutchouc, épaisse d'un cinquième de millimètre et taillée en carré de 4 centimètres de côté. Après en avoir saupoudré de talc la face supérieure, on dépose au milieu la pilule indicatrice — celle-ci renferme 0 gr. 10 centigr. d'iodoforme, ou 0 gr. 05 centigr. de bleu de méthylène, ou ces deux substances à la fois — et l'on réunit, entre l'index et le médius de la main gauche, les quatre coins de la lamelle de caoutchouc, que l'on tord ensuite en spirale, de façon que la membrane s'applique bien de toute part sur la pilule qu'elle renferme ; ce but est atteint lorsque le caoutchouc prend un reflet mat particulier, que l'on apprend vite à reconnaître par l'habitude.

Quant au fil de catgut qui sert à fermer le sachet, il doit avoir été rendu parfaitement souple par un séjour suffisamment prolongé dans l'eau froide. Il est indispensable de faire faire trois tours au fil sur le collet du petit sac : si, en effet, on se contente d'un seul circulaire, le catgut, au moment où on le serre, se creuse dans le caoutchouc un sillon au fond duquel il demeure soustrait à l'action du suc stomacal.

Il ne reste plus alors qu'à rogner l'excédent de caoutchouc et de catgut à 3 ou 4 millimètres de la ligature, en évitant de couper le tout d'un seul coup de ciseaux, ce qui pourrait déterminer l'adhérence des bords du sachet et empêcher la pilule d'entrer en contact avec le suc gastrique.

Les sachets ainsi préparés peuvent séjourner pendant vingt-quatre heures dans un récipient plein d'eau, à la température du corps, sans que la substance indicatrice soit le moins du monde mise en liberté. Il en est de même lorsqu'on les plonge dans du suc pancréatique ou dans une solution d'acide chlorhydrique à 1 ou 2 % : seule une solution renfermant à la fois de l'acide chlorhydrique et de la pepsine digère le catgut et détermine ainsi l'ouverture du sachet.

Habituellement, M. Sahli fait prendre à ses malades un sachet immédiatement après le repas de midi. On recueille l'urine le soir même entre cinq et sept heures, ainsi que le lendemain matin. Lorsque l'estomac fonctionne normalement, ces deux portions d'urine contiennent du bleu de méthylène ou de l'iode ; la présence du bleu est appréciable à l'œil nu ; celle de l'iode est mise en évidence par les méthodes usuelles (addition à l'urine de chloroforme, puis d'acide azotique fumant). C'est ce que notre confrère nomme une desmoïde-réaction positive.

Or, il résulte des nombreux essais faits par M. Sahli qu'une desmoïde-réaction positive permet *toujours* de conclure à un chimisme stomacal normal ; une réaction négative est *en général* l'indice d'une perturbation de la sécrétion gastrique. La réaction peut, en effet, manquer même au cas de chimisme normal, s'il y a exagération de la motricité de l'estomac, ou bien encore dans certaines conditions particulières. C'est ainsi que la réaction fut négative chez un malade atteint de rétrécissement pylorique avec hyperchlorhydrie, qui avait subi une gastro-entérostomie : il est vraisemblable que les sachets, ayant, de par les lois de la pesanteur, tendance à se porter vers le point le plus déclive de l'estomac, étaient prématurément entraînés dans l'intestin à travers l'anastomose gastro-intestinale.

D'après l'expérience de notre confrère, la desmoïde-réaction serait également appelée à rendre des services pour établir le pronostic de l'anachlorhydrie : les cas à pronostic favorable donneraient une desmoïde-réaction positive ; la réaction serait au contraire négative dans les cas graves, notamment quand il s'agit de cancer de l'estomac ou d'anémie pernicieuse.

Ajoutons que lorsqu'on se sert du bleu de méthylène comme réactif indicateur, il y a lieu de tenir le plus grand compte de la perméabilité rénale, afin de ne pas attribuer à des troubles gastriques un retard de l'élimination dû à une lésion du rein.

Les dangers de l'extraction des dents pendant les règles.

On sait que la menstruation n'est pas sans exercer une certaine influence sur le système dentaire. C'est ainsi que l'on a signalé, pendant les règles, l'existence d'une sensibilité particulière de la dentine, des névralgies dentaires, une tuméfaction des gencives, etc. Dans le même ordre d'idées, M. le docteur Régnier (de Bordeaux) a relaté l'observation d'une femme atteinte d'un point de carie dentaire, et qui, après avoir subi un grattage de sa dent malade jusqu'à la pulpe avec aurification consécutive (la pulpe ayant été protégée par une petite capsule de platine), éprouva depuis lors, à chaque époque menstruelle, une véritable rage de dents localisée au point aurifié et provoquée évidemment par une fluxion de la pulpe dentaire. D'autre part, quelques gynécologues — et, entre autres, un confrère américain, M. le docteur Parvin —, ont rapporté des cas où le flux cataménial était remplacé par une hémorrhagie buccale ayant surtout pour siège les gencives.

Cela étant, il convient de se demander si la menstruation ne constitue pas une contre-indication à l'extraction des dents, soit qu'il y ait lieu de craindre une hémorrhagie intense au niveau de l'alvéole lésé, soit que l'on redoute des suites fâcheuses du côté de la sphère génitale. Néanmoins, les auteurs des traités classiques sont portés à considérer ces craintes comme mal fondées ou, tout au moins, à les taxer d'exagération. Telle est, par exemple, l'opinion de M. Baume qui, dans son *Lehrbuch der Zahnheilkunde*, déclare que l'on peut, sans inconvénient, procéder à l'avulsion des dents pendant les règles, l'arrêt du flux cataménial que l'on observerait parfois à la suite de cette opération n'étant que transitoire et ne déterminant, en tout cas, aucun préjudice. M. E. Andrieu, tout en se montrant, dans son *Traité de dentisterie opératoire*, quelque peu plus réservé et en conseillant d'éviter autant que possible les extractions pendant les périodes menstruelles, ne mentionne, en fait d'accidents, que la possibilité de l'arrêt de l'écoulement cataménial.

Or, à en juger d'après un fait que M. le docteur A. A. Anoufriev, privatdocent à la Faculté de médecine d'Odessa, a récemment eu l'occasion d'observer à la clinique obstétricale et gynécologique de ladite Faculté, l'avulsion des dents à l'époque des règles comporterait des dangers autrement sérieux que l'arrêt éventuel du flux menstruel. Une femme hystérique, âgée de vingt-cinq ans et qui jusque-là avait toujours été bien réglée, perdant modérément pendant trois ou quatre jours, fut admise d'urgence à la clinique pour anémie aiguë consécutive à une ménorrhagie grave. L'écoulement avait commencé six jours auparavant et avait duré trois jours ; il était sur le point de prendre fin, lorsque la patiente alla trouver un dentiste qui lui arracha, sous anesthésie chloroformique, six chicots, sans qu'il y eût une hémorrhagie alvéolaire considérable. Rentrée chez elle, la malade remarqua que l'écoulement menstruel avait repris ; le lendemain, il augmenta d'intensité et, le jour suivant, il était devenu tellement abondant que l'on fut obligé d'administrer de l'ergot de seigle et de pratiquer le tamponnement du vagin. Mais, malgré ces moyens, l'hémorrhagie ne s'arrêta point et bientôt on vit se déclarer des signes graves d'anémie aiguë, qui nécessitèrent le transport de la patiente à l'hôpital. Là, on eut recours successivement à toutes les médications que l'on

emploie habituellement en pareille occurrence (injections chaudes, tamponnement, injections sous-cutanées d'ergotine, etc.), sans parvenir à enrayer l'écoulement sanguin. En désespoir de cause, et l'état de la malade faisant craindre une issue fatale, on procéda à un curettage de la matrice, suivi d'un badigeonnage de la cavité utérine avec une solution d'adrénaline au millième. Cette intervention eut pour effet d'arrêter l'hémorrhagie, mais l'écoulement ayant recommencé le lendemain, on fut obligé de recourir à un nouveau badigeonnage à l'adrénaline, suivi d'un pansement intra-utérin avec une mèche imbibée de la même substance. Dès lors, l'hémorrhagie alla en diminuant et put bientôt être définitivement arrêtée.

L'examen microscopique de parcelles de la muqueuse utérine, amenées par le curettage, décela l'existence d'une endométrite glandulaire, laquelle avait dû certainement favoriser la ménorrhagie. Il convient, toutefois, de faire remarquer que, auparavant, les règles n'avaient jamais été abondantes chez cette femme. Aussi notre confrère n'hésite-t-il pas à rattacher les accidents présentés par sa malade à l'avulsion des racines dentaires, et conseille-t-il de s'abstenir de toute intervention de ce genre pendant les règles, et même peu de temps avant ou après leur époque, conduite qu'il importera de suivre encore plus rigoureusement s'il y a lieu de soupçonner l'existence d'une endométrite.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les injections d'acide osmique contre le retard de consolidation des fractures.

On a successivement préconisé, contre le retard de consolidation des fractures, des injections irritantes faites au voisinage du foyer avec les substances les plus diverses : tout récemment M. Bier recommandait dans ce but les injections de sang (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 20). Or, d'après l'expérience de M. le docteur P. Zanardi (de Mirandola), qui tient cette pratique de M. le docteur G. F. Novaro, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Gênes, les solutions d'acide osmique auraient également à cet égard une efficacité réelle.

Notre confrère a eu recours à cette méthode, avec plein succès, dans 2 cas. Le premier concerne une femme de soixante ans, atteinte d'une fracture oblique du tiers moyen du fémur. Aucun signe de consolidation ne s'étant encore manifesté le soixante-quinzième jour, M. Zanardi injecta dans le foyer de la fracture 5 c. c. d'une solution d'acide osmique au centième. La réaction immédiate fut très violente, la douleur très vive, et la température monta rapidement à 39°5. Toutefois, ces phénomènes s'amendèrent bientôt, et dès lors la réparation fit des progrès rapides : trente jours après l'injection, le cal était assez fort pour que le membre pût supporter le poids du corps.

L'autre fait observé par notre confrère a trait à un homme de trente-six ans, dont le bras droit, d'ailleurs atteint de paralysie infantile, présentait une double fracture transversale. En l'absence de toute trace de consolidation, M. Zanardi fit, le vingt-deuxième jour, une injection osmiée au niveau de chaque fracture. Dès le dixième jour, les fragments étaient soudés, et, trois semaines après la petite intervention, la guérison était complète.

Traitement de la péritonite aiguë par le sérum de cheval normal.

Il y a trois ans et demi environ, M. R. Petit, mettant à profit l'action stimulante que le sérum normal exerce sur la leucocytose, conseillait d'abandonner dans le péritoine, après les laparotomies, 10 c.c. de sérum de cheval neuf, chauffé à 55°, afin de prévenir l'infection de la plaie et d'en hâter la cicatrisation; et il signalait plusieurs cas où cette méthode avait été avantageusement utilisée (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 7).

De son côté, M. le docteur A. Federmann, assistant de M. le professeur E. Sonnenburg, chirurgien en chef de l'hôpital Moabit à Berlin, a institué des essais thérapeutiques fort analogues, consistant à injecter chaque jour sous la peau de la cuisse — en vue d'exalter la défense leucocytaire — de 40 à 60 c.c. de sérum de cheval normal, soumis à la stérilisation fractionnée. Depuis un an, notre confrère a eu recours à ce mode de traitement chez 11 sujets atteints de péritonite aiguë d'origine appendiculaire, et sur ce nombre 3 ont guéri. C'est là une proportion assez faible à la vérité (27 %), mais qui doit cependant être tenue pour favorable à la méthode, si l'on considère que les malades dont il s'agit étaient tous dans des conditions à peu près désespérées.

Les inhalations de nitrite d'amyle comme traitement abortif de l'accès paludéen.

Etant donné que la phase initiale de l'accès de fièvre malarique s'accompagne d'une vasoconstriction périphérique, un médecin américain, M. le docteur W. H. Rand (de Washington), a eu l'idée de faire inhaler aux paludéens trois gouttes de nitrite d'amyle tout au début de la crise, au moment où le frisson apparaît. Souvent, cette pratique détermine une amélioration immédiate, avec dilatation des vaisseaux cutanés et disparition de la céphalée : l'accès est jugulé.

Depuis plusieurs années qu'il a recours à ce mode de traitement, notre confrère n'en a jamais obtenu que de bons résultats.

TRENTE-QUATRIÈME CONGRÈS
DE LA
SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 26 au 29 avril 1905.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

La procidence post-opératoire des viscères abdominaux.

M. Madelung (de Strasbourg). — Les faits que j'ai eu l'occasion d'observer, concernant la procidence des viscères abdominaux à la suite d'une laparotomie, m'autorisent à dire que cet accident peut se produire en dépit de toutes les précautions prises pour l'éviter. Aussi cette complication m'a-t-elle paru digne d'une étude spéciale, tendant à fixer quelles en sont les causes et quels sont les moyens de la prévenir.

Les observations de ce genre consignées dans la littérature sont assez nombreuses — j'en ai trouvé 157 —, mais en général elles restent muettes sur les causes probables de l'accident. Les travaux d'ensemble sur le sujet sont rares et ne nous donnent guère plus de renseignements sur le point qui nous préoccupe : nous voyons ces procidences viscérales se produire aussi bien chez l'homme que chez la femme, à tout âge et à la suite d'opérations abdominales de tout genre. Une incision médiane et particulièrement longue peut certainement en favoriser la production; cependant on les observe aussi parfois quoique l'incision ait été peu étendue et pratiquée en dehors de la ligne médiane.

Je n'ai jamais trouvé cet accident mentionné à la suite d'interventions sur les voies biliaires. Lorsqu'il survient, c'est en général vers le sixième ou le septième jour, mais il peut également apparaître plus tard, par rupture de la cicatrice.

Tous les organes abdominaux, à l'exception de la rate et du pancréas, ont été rencontrés dans ces procidences. Naturellement, c'est l'intestin et l'épiploon qui sont le plus souvent intéressés. L'étranglement ne se produit en quelque sorte jamais.

La procidence viscérale peut sans doute avoir pour cause une occlusion défectueuse de la plaie, l'emploi de catgut trop fin par exemple, mais nous la voyons survenir également dans des cas où la suture ne laissait certainement rien à désirer. L'épaisseur du pannicule adipeux a été parfois mise en cause dans cette complication; ce qui me paraît plus certain, c'est qu'une paroi abdominale particulièrement mince y prédispose. La formation d'abcès dans la plaie peut également la favoriser, mais n'est nullement nécessaire à sa production; les laparotomies pour péritonite n'exposent pas spécialement à l'accident.

De ce qui précède, il découle que dans la procidence viscérale, ce n'est pas un facteur unique qu'il faut incriminer, mais bien la réunion de plusieurs causes diverses et concomitantes. Il en est que nous pouvons éviter et d'autres dont nous ne sommes absolument pas maîtres.

L'accident une fois produit, il est important de le reconnaître au plus tôt, afin de tenter une réposition directe et de refermer immédiatement la plaie. Malheureusement, la chose n'est pas toujours possible.

Sur le total des faits que j'ai réunis, la procidence viscérale a été la cause directe de la mort dans 22 % des cas; cette proportion m'a paru mériter d'attirer sérieusement notre attention sur la question.

M. König. — Il est indispensable, après toute laparotomie, de laisser à la cicatrice le temps de se consolider complètement, et j'estime que dans bien des cas on autorise les malades à quitter trop tôt le lit. En outre, il est de toute importance d'appliquer une suture exacte, en étages, avec un matériel solide, et de ne pas trop se hâter d'enlever les points de suture. Pour ma part, en agissant de la sorte, je n'ai jamais eu à déplorer de procidence viscérale.

M. W. Braun (de Berlin). — Comme cause prédisposante de cet accident, je crois qu'il faut mentionner l'état cachectique du malade; c'est alors surtout que les points de suture doivent être laissés longtemps à demeure.

M. Küster. — Depuis vingt ans, je n'ai jamais observé la complication en question. Je crois devoir ces heureux résultats au soin que j'apporte à la fermeture de la plaie, d'abord à l'aide de points de suture profonds, avec des fils d'argent, ensuite par une suture en étages au catgut et à la soie.

M. Madelung. — Je reconnais parfaitement la grande importance de la suture après laparotomie, mais je demeure convaincu que la procidence viscérale peut se produire quelles que soient les précautions prises dans ce sens.

Résultats comparés du traitement sanglant et non sanglant de la fracture de la rotule.

M. Thiem (de Cottbus). — Si nous jetons un coup d'œil rétrospectif sur les divers modes de traitement proposés jusqu'à ce jour contre la fracture de la rotule (j'entends la fracture transversale sous-cutanée), nous devons d'abord mentionner les innombrables appareils et dispositifs imaginés pour assurer la coaptation des fragments dans la position d'extension de la jambe. Dans cet ordre d'idées rentrent également les procédés de fixation des fragments par implantation, à travers la peau, de chevilles réunies par des ligatures, lesquelles ne constituent pas une suture à proprement parler. De même, la ponction de l'épanchement sanguin intra-articulaire, qui a été proposée et pratiquée, n'est qu'un temps préparatoire destiné à faciliter le rapprochement des surfaces de fracture. Tous ces procédés pèchent notamment en ce qu'ils ne nous permettent pas de nous assurer s'il existe quelques parties molles interposées entre les fragments, et de remédier, le cas échéant, à cette complication.

M. von Bergmann et M. Körte ont démontré par leurs recherches anatomiques que le ligament rotulien n'est pas le seul organe qui transmette à la jambe les mouvements d'extension, mais qu'il existe d'autres fibres ligamenteuses et musculaires contribuant pour leur part à l'exécution de ces mouvements, de telle sorte que l'extension de la jambe demeure possible dans une certaine mesure alors même que la rotule manque, ainsi qu'on le voit à la suite de la résection de cet os.

Volkmann, lord Lister, M. Trendelenburg ont été les promoteurs de la suture de la rotule à ciel ouvert. Dès lors, les partisans de ce mode de traitement sont devenus de plus en plus nombreux, et diverses méthodes ont été proposées à cet effet (König, von Mikulicz). D'aucuns se contentent de la suture pré ou pararotulienne des parties molles; d'autres réunissent les fragments à l'aide de fils métalliques traversant ces derniers de part en part à quel-

que distance des bords de la fracture. Je dirai en passant que j'évite, quant à moi, de laisser des fils métalliques à demeure, car cet abandon de corps étrangers peut avoir sur certains malades une influence morale fâcheuse.

Une autre méthode, qui pourrait être appelée péri-rotulienne, a été proposée par M. Kocher; elle consiste à passer un fil autour des fragments, dans le sens sagittal. Ensuite viendrait la méthode française du « cerclage » et du « demi-cerclage » de la rotule, qui peut être aussi pratiquée par voie sous-cutanée. A mon avis, les méthodes de suture sous-cutanée sont à rejeter, parce que, tout en présentant à peu près les mêmes inconvénients que la suture à ciel ouvert, elles n'en offrent nullement les avantages; notamment elles ne permettent pas de reconnaître l'interposition éventuelle de tissus entre les fragments.

En ce qui concerne le rôle du massage dans les cas de fracture simple de la rotule, personne n'en contestera l'utilité dans la période du traitement consécutif, pour aider au rétablissement des fonctions du membre, mais nous pensons avec M. König que c'est un non-sens de prétendre arriver uniquement par le massage, institué dès le début, à la consolidation certaine de la fracture par production d'un cal osseux.

A l'avenir, il me semble qu'on devra exclusivement s'adresser à la suture à ciel ouvert, qui ne présente aucun danger. Quant aux détails de technique, ils n'ont à mes yeux qu'une importance relative, l'essentiel étant d'amener et de maintenir sûrement les fragments en contact.

Sur 60 cas que j'ai opérés, j'ai eu 2 décès, dont l'un au moins n'était pas directement imputable à l'opération; c'est là une mortalité de 1.6 %. En revanche, dans ma statistique des cas traités par la voie non sanglante (223 cas), je trouve 6 décès, soit une proportion de près de 3 %.

La rotule ne sert pas seulement à transmettre les mouvements d'extension à la jambe, c'est encore un organe de protection d'une articulation importante. En conséquence, il est très désirable d'obtenir une réunion osseuse dans les fractures de cet os, aussi bien que dans toutes les autres fractures. Ainsi que l'a fait remarquer M. Trendelenburg, les individus porteurs d'une ancienne fracture rotulienne avec réunion fibreuse des fragments peuvent marcher aisément en terrain plat, mais il leur est difficile de monter ou de descendre; ils tombent facilement, sont souvent obligés de porter des genouillères et se trouvent très exposés à de nouvelles fractures.

Voici les résultats comparés de ma propre pratique : les 223 cas traités par la méthode non sanglante m'ont donné 9 % de guérisons parfaites; les 60 cas soumis à la suture à ciel ouvert m'ont fourni 28 % de guérisons par cal osseux.

Les seuls cas où la suture n'est pas indispensable sont ceux où il n'existe pas de déhiscence des fragments, et où la faculté d'étendre la jambe n'est pas entièrement abolie.

M. Bockenheimer (de Berlin). — Je repousse également toute méthode de traitement sous-cutané; j'ai pratiqué la suture à ciel ouvert 45 fois sur 55 cas de fracture simple de la rotule, et cela avec les meilleurs résultats. En effet, on constate en général un déplacement en avant du fragment inférieur de la rotule, qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, de réduire et maintenir en place avec les méthodes d'extension. En vue de la suture, je pratique sur le milieu de la rotule une incision longitudinale, puis j'ouvre largement l'articulation en prenant soin d'aviver les surfaces de fracture. Quant aux fils métalliques, je les conduis obliquement à travers les fragments, de façon à les faire ressortir près du bord postérieur de la surface de fracture et à éviter de la sorte leur passage dans l'intérieur de l'articulation. Je suture également au catgut les parties molles, capsule, ligaments et périoste. Enfin, je fais deux contre-incisions latérales pour le drainage. Après l'opération, j'institue le plus tôt possible le massage et les mouvements actifs.

Sur mes 45 cas, je compte 39 réunions osseuses et 3 fibreuses très solides; 2 autres malades eurent une nouvelle fracture; le dernier est encore en traitement. Sur les 10 cas traités par d'autres méthodes, je n'ai obtenu que 5 fois un cal osseux; dans les 5 autres, c'est la réunion fibreuse qui s'est produite, avec fort écartement des fragments.

M. Körte. — Sur 66 malades atteints de fracture rotulienne traités depuis un certain temps et que j'ai eu l'occasion de revoir, j'ai constaté les résultats suivants : 24 cas traités par l'extension et le massage m'ont donné 7 résultats que je peux qualifier de très bons, 5 que je considère comme bons, les autres sont très médiocres; 11 cas de suture transcutanée m'ont fourni 2 résultats très bons et 2 bons; sur 25 cas soumis à la suture à ciel ouvert, j'ai obtenu 19 fois un résultat très bon, 4 fois bon et 2 fois seulement une consolidation qui laissait à désirer. Les 6 malades restants ont été atteints de nouvelles fractures.

M. Trendelenburg. — Depuis l'année 1878, j'ai traité par la suture à ciel ouvert 70 cas environ de fracture de la rotule, toujours avec les meilleurs résultats.

M. Schlange. — Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'aviver les surfaces de fracture, ainsi que le propose M. Bockenheimer. Pour ma part, je fais une simple incision longitudinale, et je passe de part en part, à travers les fragments, deux ou trois fils métalliques que je laisse à demeure, car je n'ai jamais constaté d'inconvénients de ce fait.

En ce qui concerne les statistiques, je crois devoir faire remarquer qu'on observe souvent une différence assez sensible entre les malades qui ne sont pas assurés et ceux qui le sont. Généralement, nous sommes portés à considérer comme meilleurs les résultats définitifs obtenus chez les premiers que chez les derniers, ceux-ci étant plus enclins à se plaindre des suites de l'accident.

M. Kocher. — Les résultats donnés par la suture à ciel ouvert sont si brillants qu'il me paraît ne pouvoir subsister aucun doute sur la supériorité de ce mode de traitement. Du reste, il est généralement facile de distinguer les cas où la suture est indiquée de ceux où elle ne l'est pas : quelle que soit la méthode que nous employons, notre but est simplement de rapprocher les fragments pour permettre leur réunion; lorsqu'il n'y a pas d'écartement, la suture n'est donc pas nécessaire.

Malgré les dangers insignifiants de la méthode sanglante, je crois cependant qu'il ne faut pas l'appliquer à la légère chez les sujets âgés. J'ajouterai que j'ai observé assez fréquemment des fractures ultérieures, même après la suture, ce qui doit nous engager à quelque réserve.

M. König. — Je suis depuis longtemps déjà partisan de la suture à ciel ouvert. La rotule, en effet, est non seulement un organe de transmission du mouvement, mais encore un organe de protection, comme le rappelait M. Thiem, double raison pour chercher à en rétablir l'intégrité aussi complètement que possible. Pour ma part, je fais la suture dans tous les cas de fracture de la rotule, tout en reconnaissant qu'il en est où l'on peut s'abstenir de cette opération. D'un autre côté, je repousse absolument le drainage, l'intervention devant être aussi simple et rapide que possible. J'attache en revanche une grande importance à la réunion des parties molles (capsule, appareil ligamentaire). Enfin, une fois les dispositions prises pour obtenir la consolidation de la fracture, toute notre sollicitude doit porter sur le rétablissement rapide des fonctions. Il est important pour cela de mobiliser le membre le plus tôt possible.

M. Mayer (de Bruxelles). — Je crois, avec M. König, que l'opération de la suture rotulienne doit être aussi simple que possible et, dans ce sens, je ne saurais trop recommander le procédé du « cerclage » : il est rapide et n'exige pas d'instruments spéciaux. Il est précieux en particulier dans les cas de fracture à plusieurs fragments et peut être combiné avec une suture à points séparés quand il y a un écartement notable des fragments.

M. Bertelsmann (de Cassel). — Au point de vue de la technique, je fais une incision à lambeau et conduis un fil de soie parallèlement aux bords de la rotule; ensuite je suture le périoste et les tissus capsulaire et fibreux.

M. C. Lauenstein (de Hambourg). — J'ai tout d'abord été partisan de la suture osseuse au fil d'argent, puis j'en suis revenu à la suture périostique à fils perdus. En ce qui concerne les troubles fonctionnels consécutifs aux fractures de la rotule, ce sont souvent les mouvements de flexion, et non pas ceux d'extension, qui exigent le plus de temps pour se rétablir complètement; un ou deux ans sont parfois nécessaires. Ayant observé, d'autre part, quelques cas d'ankylose consécutive à la suture à ciel ouvert, je pense que cette méthode n'est pas à l'abri de tout reproche.

M. Alfred Neumann (de Berlin). — Dans la suture osseuse avec des fils métalliques, je ne suis pas d'avis de percer les trous obliquement, selon la pratique de M. Bockenheimer, pour faire ressortir le fil par la surface de fracture. J'estime qu'il est nécessaire, afin d'obtenir une bonne coaptation des fragments, que le fil les traverse de part en part. Son passage dans l'articulation ne présente aucun inconvénient.

Le traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate.

M. Czerny. — Une question assez embarrassante pour le chirurgien, en présence d'un cas d'hypertrophie de la prostate, est celle de savoir combien de temps le traitement palliatif doit être continué et à quel moment la prostatectomie est indiquée. Le cathétérisme à demeure, tout en étant souvent assez bien supporté par le malade, même pendant un temps prolongé, constitue pour lui une grave infirmité. Aussi, lorsque la vessie est infectée, ou que le patient ne peut pas se sonder lui-même, j'estime qu'il y a indication à intervenir. Quand on voit combien la prostatectomie est le plus souvent bien supportée, on peut même se demander si elle ne serait pas justifiée plus tôt, en manière prophylactique. En effet, la plupart des opérés, même ceux qui sont atteints consécutivement d'impuissance ou d'incontinence, préfèrent cet état aux troubles qu'ils enduraient avant l'intervention. La même considération pourrait nous conduire, dans les cas de rétention avec impossibilité du cathétérisme, à pratiquer la prostatectomie de préférence à l'incision hypogastrique.

Les deux méthodes de prostatectomie, transvésicale et périnéale, ont chacune leurs avantages et leurs inconvénients. La première est plus rapide, relativement plus facile et préserve mieux de l'impuissance; la deuxième, en revanche, permet un drainage plus sûr. En ce qui me concerne, j'ai presque toujours opéré par la voie périnéale. Je reconnais d'ailleurs que nous avons encore des progrès à faire dans ce domaine, en vue d'éviter les conséquences fâcheuses et fréquentes de cette intervention, telles que lésions du rectum, impuissance, incontinence d'urine, etc.

M. Kümmell. — J'ai expérimenté divers procédés de traitement sanglant de l'hypertrophie prostatique chez 114 malades.

L'opération de Bottini, qui laissait à désirer au début par le fait d'une instrumentation défectueuse, peut actuellement rendre de bons services. Je l'ai pratiquée dans 51 cas. Elle a l'avantage d'être bien supportée par les sujets âgés, mais n'est certainement pas aussi radicale dans ses résultats que les autres procédés.

J'ai également eu recours à la castration, avec quelques résultats favorables, chez des malades très avancés en âge.

Quant à l'extirpation radicale, soit par la voie hypogastrique, soit par la voie périnéale, je ne l'exécute, dans les cas de rétention chronique, qu'après avoir essayé d'abord le cathétérisme à demeure. La technique opératoire de la prostatectomie par la voie hypogastrique est plus facile que celle de l'intervention par voie périnéale; elle est souvent même plus aisée qu'on ne le supposerait *a priori*. J'ai employé 8 fois la première voie et 4 fois la deuxième. Je considère l'opération comme contre-indiquée chez les prostatiques très affaiblis, chez ceux qui sont atteints en même temps d'une affection des reins, enfin dans les cas d'atonie prononcée de la vessie. Dans ces trois alternatives, je donne la préférence à l'opération de Bottini.

M. J. Israel. — L'extirpation de la prostate par voie sus-pubienne est beaucoup plus facile que par la voie périnéale et, pour ma part, c'est la méthode que j'emploie.

Au point de vue de la technique, au lieu de me contenter, après avoir fermé la vessie, d'y placer une sonde à demeure, je crois préférable de pratiquer en outre une incision périnéale médiane et d'introduire par cette voie un drain jusque dans le cul-de-sac qui se forme à la

place qu'occupait la prostate. Je me suis toujours bien trouvé de cette manière de procéder.

M. Freudenberg (de Berlin). — Quelques considérations me paraissent plaider en faveur de l'opération de Bottini : les malades l'acceptent plus facilement que toute autre intervention, elle n'entraîne pas l'impuissance, elle écarte tout danger d'incontinence et de fistule rectale. Je ne conteste pas pour cela les avantages des méthodes d'extirpation radicale, dont la technique et les indications méritent certainement d'être étudiées dans notre pays plus qu'elles ne l'ont été jusqu'à ce jour, mais je ne possède à cet égard qu'une expérience très restreinte, n'ayant exécuté qu'une prostatectomie périnéale et deux prostatectomies sus-pubiennes. Par contre, j'ai pratiqué 146 fois l'opération de Bottini avec de bons résultats.

M. Küster. — Dès 1889, j'ai pu relater 6 cas de résection partielle de la prostate, suivie de succès. Cette méthode de résection partielle par voie périnéale est certainement la moins dangereuse; elle laisse intact l'urèthre et j'estime qu'elle peut trouver quelques indications à côté des méthodes d'extirpation totale.

M. Riedel (d'Iéna). — J'ai de mon côté cherché, dans le traitement des hypertrophies de la prostate, à arriver au but par des résections partielles, à cause de la difficulté de fermer la vessie et des risques d'incontinence après l'extirpation totale. On peut en effet, à l'aide de curettes tranchantes, énucléer en quelque sorte l'organe sans blesser la vessie ni l'urèthre. Bien entendu, ce procédé ne s'applique qu'aux cas d'hypertrophie des lobes latéraux; le lobe moyen ne peut être atteint facilement que par la voie vésicale.

M. Kümmell. — On ne peut guère obtenir de bons résultats par la résection partielle, car le lobe moyen réserve souvent des surprises et la rétention persiste après ce genre d'opération. D'autre part, l'extirpation totale ne conduit pas nécessairement à l'incontinence; au contraire, il se produit fréquemment de la rétention, qu'il peut être même nécessaire de combattre par le cathétérisme.

Extirpation des tumeurs de la vessie par la méthode intravésicale de Nitze.

M. Weinrich (de Berlin). — J'ai pratiqué l'extirpation de 150 tumeurs vésicales (papillomes) par la méthode intravésicale de Nitze. Suivant les cas, le nombre des séances nécessaires a varié de 1 à 20. Les débris de la tumeur sont expulsés spontanément lors des mictions. En prévision d'une hémorrhagie possible, nous sommes toujours prêts à pratiquer l'incision hypogastrique, mais nous n'avons jamais eu à y recourir. Généralement, l'hémorrhagie s'arrête spontanément.

Cette méthode n'est pas dangereuse, ne nécessite pas l'anesthésie ni le séjour au lit, en sorte que le malade peut continuer à vaquer à ses occupations. En revanche, elle ne s'applique pas aux tumeurs malignes à large base d'implantation.

On a souvent remarqué des récidives à la suite de l'extirpation de tumeurs malignes de la vessie par la taille hypogastrique (statistique de M. Albarran). Ces récidives résultent peut-être de l'implantation d'éléments néoplasiques pendant l'opération. Sous ce rapport, la méthode de Nitze donne plus de sécurité, puisqu'elle est basée sur l'emploi du thermocautère. Cependant, elle ne met pas absolument à l'abri des récidives, mais celles-ci sont rares. Jusqu'ici, nous en avons observé 20, la plupart chez des malades primitivement atteints de papillomes multiples.

Un autre avantage de la méthode, en cas de récidive précisément, c'est que les patients se décident, plus facilement qu'après une taille hypogastrique, à subir une nouvelle opération.

M. Kapsammer. — J'estime que la méthode de Nitze n'est recommandable que pour les papillomes de petite dimension et nettement pédiculés. Dans les cas où il s'agit de tumeurs assez volumineuses, dont l'extirpation par cette méthode nécessiterait plusieurs séances, je préfère la voie sus-pubienne.

Les opérations sur le foie.

M. Thöle (de Dantzig). — Sur un total de 400 blessures du foie, la mortalité s'est élevée à 40 % des cas où l'on est intervenu chirurgicalement et à 60 % des cas non opérés. C'est l'hémorrhagie qui est le plus souvent la cause de la mort, beaucoup plus fréquemment que l'infection. Quant aux tumeurs hépatiques, elles sont en général d'un diagnostic difficile et les interventions chirurgicales auxquelles elles peuvent donner lieu sont relativement rares. J'en ai trouvé 169 cas dans la littérature médicale, avec une mortalité de 60 %.

La question la plus importante de la technique des opérations sur le foie est l'hémostase. Celle-ci peut être pratiquée à l'aide du thermocautère, par le tamponnement à l'adrénaline, par la ligature isolée des vaisseaux et la suture du parenchyme hépatique, ou par des ligatures en masse; on peut enfin appliquer la ligature élastique. Le traitement du pédicule est selon les cas extra ou intrapéritonéal. Je considère comme méthode de choix l'emploi des ligatures en masse avec traitement intrapéritonéal du pédicule.

Les tumeurs du foie, pour être susceptibles d'extirpation, doivent être primitives et uniques; tels sont les adénomes et carcinomes, les cystadénomes, les angiomes congénitaux, les syphilomes ulcérés et réfractaires au traitement spécifique, les kystes échinococciques, etc., toutes tumeurs dont le diagnostic présente généralement de grandes difficultés.

M. Haberer (de Vienne). — Je me suis appliqué à déterminer, par des recherches de laboratoire, quels sont les résultats de la ligature de l'artère hépatique à différents niveaux.

Dans une première expérience, je liai cette artère avant l'origine de la cystique; chez un deuxième cobaye, le même vaisseau fut lié au dessus de la gastro-épiploïque droite; chez un troisième animal, la ligature fut posée au delà du point d'origine de cette dernière; enfin, dans une quatrième expérience, je liai l'artère hépatique à la fois au-dessus et au-dessous de l'origine de la cystique.

L'examen ultérieur des animaux me montra que chez tous il s'était établi une circulation collatérale suffisante, et je ne trouvai nulle part trace de nécrose du tissu hépatique. J'estime qu'il en serait de même chez l'homme, et que la ligature de l'artère hépatique pourrait être tentée, en vue d'une résection éventuelle du foie.

Lipome rétro-péritonéal de la capsule graisseuse du rein chez un enfant.

M. Alfred Neumann. — Les lipomes de la capsule graisseuse du rein sont excessivement rares dans l'enfance. Sur 63 cas consignés dans la littérature médicale, je n'en ai trouvé que 3 concernant des enfants; j'ai moi-même observé un fait de ce genre.

Ces tumeurs sont généralement considérées comme bénignes en elles-mêmes, mais elles peuvent présenter une malignité relative, d'abord par leur accroissement excessif, ensuite par leurs rapports avec les organes voisins qu'elles compriment, enfin par le fait qu'elles récidivent parfois, si l'extirpation n'a pas été absolument complète.

Chez mon jeune malade, l'affection se manifesta au début par un gonflement diffus de l'abdomen ; vu l'état général assez précaire du petit patient, on crut d'abord à une péritonite tuberculeuse. Cependant, un examen plus attentif permit de reconnaître une matité absolue à gauche, qui n'existait pas à droite et ne se laissait pas déplacer par un changement de position du patient. La ponction fut pratiquée et donna un résultat négatif. J'admis alors l'existence d'une tumeur du rein, diagnostic qui fut confirmé par l'opération : il s'agissait d'un énorme lipome pesant 7 livres, qui put être extrait sans ouverture du péritoine.

Pathogénie et traitement de la maladie de Hirschsprung.

M. Perthes (de Leipzig). — Comme cause de la coprostase, dans la maladie de Hirschsprung, les uns incriminent une simple parésie de la musculature et recommandent l'électricité et le massage, tandis que d'autres admettent qu'il existe un véritable obstacle matériel au passage des matières fécales (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 369-371).

C'est à cette dernière opinion que je me rattache, en me basant sur une observation de ce genre où j'ai eu l'occasion d'intervenir. Dans ce cas, l'obstacle consistait en une sorte de valvule formée par un repli des parois du côlon. Je pratiquai tout d'abord un anus contre nature, par lequel furent extraites 22 livres de matières fécales. Ensuite, je procédai à la résection de la partie du côlon où siégeait l'obstacle et je réussis de la sorte à rétablir le passage normal des matières. L'anus contre nature fut enfin refermé.

La dilatation grave de l'estomac.

M. Kausch. — Parmi les nombreux malades, atteints d'ectasie gastrique très prononcée, que j'ai eu l'occasion de traiter à la clinique chirurgicale de Breslau, il n'en est pas un seul chez lequel je n'aie pu constater l'existence d'une sténose pylorique comme base de cette affection. Je suis donc porté à admettre, jusqu'à preuve du contraire, que ni l'atonie simple de l'estomac, ni le spasme du pylore ne sont susceptibles de provoquer les formes graves de gastrectasie.

D[r] S. Keser.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mai 1905.

Du rôle de la syphilis dans la pathogénie des hémorrhagies gastro-intestinales du nouveau-né.

M. Richelot lit, à propos d'un cas d'hémorrhagies gastro-intestinales chez un nouveau-né, adressé par M. Lop (de Marseille), un rapport que nous résumons ainsi :

L'enfant qui fait l'objet de cette note naquit à terme en état de mort apparente et porteur d'une ulcération ovalaire de la voûte palatine. Cette ulcération disparut en peu de jours à la suite de frictions d'onguent napolitain sur la plante des pieds et de l'administration de quelques cuillerées à café de liqueur de Van Swieten. Au cours de ce traitement, le petit malade fut atteint de gastrorrhagies abondantes, suivies de melæna; il succomba vingt-deux jours après sa naissance.

A l'autopsie, on trouva, sur la face antérieure de l'estomac, une large perforation et plusieurs petits ulcères en voie de cicatrisation.

L'examen histologique révéla un épaississement de la capsule de Glisson et des lésions de sclérose péri-portale avec îlots de dégénérescence graisseuse du foie. Au niveau des parties ulcérées de la muqueuse stomacale, on nota la disparition de la couche glandulaire et une infiltration cellulaire de la sous-muqueuse.

Se basant, d'une part, sur les caractères de ces lésions et, d'autre part, sur la cicatrisation rapide de l'ulcération du voile du palais à la suite du traitement spécifique, M. Lop estime que la syphilis peut produire, chez le nouveau-né, des lésions ulcéreuses analogues à celles qu'elle détermine chez l'adulte (érosions hémorrhagiques, ecchymoses de la muqueuse, gommes circonscrites, ulcères gommeux, etc.), et mérite par suite de figurer dans la pathogénie des accidents hémorrhagiques observés à cet âge.

Polype tuberculeux de la synoviale du genou.

M. Couteaud (médecin de la marine) relate l'observation d'un matelot âgé de vingt-deux ans, qui, à la suite d'un traumatisme du genou, fut atteint d'hydarthrose à répétition. L'examen de l'articulation permit d'y constater la présence d'un corps mobile, se déplaçant sous le doigt pour reprendre aussitôt après sa position primitive.

L'articulation ayant été ouverte, on y trouva une masse volumineuse, polypiforme, reliée à la synoviale par un pédicule long de 4 centimètres. Cette tumeur pesait 14 grammes et avait la forme et les apparences extérieures d'un fibrolipome; elle était, en réalité, de nature tuberculeuse, ainsi que le démontrèrent l'examen histologique, d'une part, et, d'autre part, les inoculations au cobaye.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er mai 1905.

Variation de la pression osmotique dans le muscle par la contraction.

M. S. Leduc. — J'ai pu constater, par des recherches expérimentales, que la contraction musculaire a pour conséquence une élévation de la pression osmotique du muscle, élévation qui dépasse parfois 2,604 grammes par centimètre carré de surface. Cette augmentation est proportionnelle à la durée et à l'intensité de l'excitation; à excitation égale, elle est d'autant plus considérable que la contraction du muscle rencontre plus de résistance; en d'autres termes, la pression osmotique s'élève en raison du travail accompli par le muscle.

Ces modifications de la pression osmotique du muscle, lors de la contraction, jouent à mes yeux un rôle prépondérant dans la production de la fatigue.

Action de l'acide formique dans les maladies à tremblement.

M. E. Clément. — L'action que l'acide formique exerce sur le tonus musculaire (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 100) m'a suggéré l'idée d'employer ce médicament dans les cas de tremblement avec affaiblissement du tonus. J'ai effectivement obtenu un résultat fort encourageant chez un homme de soixante-douze ans et chez une femme de soixante-cinq, trembleurs de longue date : en quelques jours, sous l'influence de l'acide formique, le tremblement, sans disparaître tout à fait, a très notablement diminué.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mai 1905.

Des ruptures du rein.

M. Chaput. — J'ai observé plusieurs cas de rupture du rein qui s'écartaient sensiblement du tableau classique.

Chez mon premier malade, âgé de quarante et un ans, que j'opérai au septième jour, je commençai par enlever un fragment de rein qui ne mesurait pas moins de 7 ou 8 centimètres de hauteur; or, quelques jours plus tard, je retirai un second fragment de 10 à 12 centimètres. On doit en conclure que, à la suite de la rupture du rein, il se produit une hypertrophie considérable de la glande. J'ai eu l'occasion de constater à nouveau cette hypertrophie consécutive à la rupture du rein chez un jeune homme de dix-sept ans qui, quinze jours après avoir subi un violent traumatisme de la région lombaire, était entré à l'hôpital avec de la diarrhée, de la fièvre, des urines purulentes et un rein volumineux; je fis l'incision lombaire et je découvris un rein énorme, mesurant 20 centimètres de longueur et portant sur sa face antérieure une large déchirure horizontale, que je suturai.

Dans un troisième fait, relatif à une femme de trente-huit ans, qui s'était heurté le flanc droit contre l'angle d'une table, je crus à une rupture de l'uretère, et l'incision iliaque verticale me conduisit sur un énorme épanchement d'urine et de pus. La persistance de la fièvre me décida à faire la néphrectomie; la fosse lombaire était vide, mais je trouvai, dans la fosse iliaque, un rein volumineux, hydronéphrotique et rompu.

Du délire post-traumatique.

M. Picqué. — Je crois que dans beaucoup de cas on met à tort sur le compte de l'alcoolisme le délire post-traumatique, qu'il faudrait rapporter uniquement à l'infection. Le premier fait qui m'a frappé, dans cet ordre d'idées, a trait à un individu que j'ai vu succomber autrefois dans le service de Lefort, avec tous les symptômes du *delirium tremens;* or, à l'autopsie, que je pratiquai moi-même, je pus constater l'existence d'une méningo-encéphalite suppurée, consécutive à une fracture méconnue de la base du crâne. J'ai eu depuis lors l'occasion d'observer un assez grand nombre de cas de délire septicémique survenu soit chez de nouvelles accouchées, soit chez des opérés. J'ai pu ainsi me convaincre que l'alcoolisme ne joue qu'un rôle accessoire dans la genèse du délire apparaissant à l'occasion d'un traumatisme, et que ce délire est en réalité d'origine infectieuse.

M. Broca. — Il est certain qu'on a pu commettre des erreurs de diagnostic entre le délire septicémique et le délire alcoolique; mais il serait exagéré d'en conclure que le *delirium tremens* doit disparaître du cadre nosologique et que l'alcoolisme n'a qu'un rôle secondaire dans la production des phénomènes délirants. Il ne faut pas, en effet, oublier que le *delirium tremens* peut survenir en dehors de tout traumatisme.

M. Lucas-Championnière. — Nous avons tous vu mourir, avec du délire alcoolique, des individus atteints de fractures fermées, sans la moindre trace d'infection; on ne saurait, par conséquent, admettre l'origine infectieuse du *delirium tremens* post-traumatique.

M. Reynier. — Le fait que l'alcool constitue la base du traitement du délire alcoolique post-traumatique suffit à prouver que l'infection est loin d'être la seule cause des troubles délirants.

M. Bazy. — Je me souviens d'un cas de mort rapide, chez un alcoolique, à la suite d'une fracture simple du péroné, sans qu'on pût invoquer en aucune façon l'infection pour expliquer le *delirium tremens* dont le malade avait été atteint.

Du traitement des anévrysmes poplités.

M. Arrou. — M. Faure nous a communiqué récemment un cas malheureux d'extirpation d'un anévrysme poplité, et il a, avec raison, attribué son insuccès au mauvais état du système artériel (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 151). J'ai observé, il y a cinq ans, un fait qui vient à l'appui de cette manière de voir; il s'agissait d'un petit anévrysme poplité pour lequel j'avais cru devoir proposer une extirpation qui fut refusée; un mois plus tard, le malade revint me trouver, avec une gangrène de la jambe; je fis une amputation de la cuisse au niveau du tiers inférieur, et, au cours de l'opération, je ne vis aucun jet artériel, au point que j'aurais pu me passer de lier la fémorale.

M. Routier. — Il y a des cas d'artérite généralisée où l'on peut pratiquer l'amputation sans voir une seule goutte de sang, et cela est tout à fait indépendant de la question des anévrysmes.

M. Guinard. — J'ai déjà eu l'occasion de publier des faits analogues à ceux auxquels M. Routier vient de faire allusion; c'est dans ces cas que je cherche toujours à cathétériser les artères oblitérées.

M. Tuffier. — Ce qu'il y a de plus étonnant dans les faits de ce genre, c'est que l'on n'observe pas le sphacèle du lambeau, malgré l'oblitération des artères.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 mai 1905.

Fièvre typhoïde et puérilisme mental.

M. Achard appelle l'attention — à propos du cas de puérilisme mental post-grippal communiqué récemment par M. Ménétrier (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 189) — sur la fréquence de troubles mentaux légers et transitoires, relevant aussi du puérilisme, dans la fièvre typhoïde. Il s'agit d'idées enfantines, parfois même de gestes enfantins, de pleurs et de rires pour des motifs futiles. Souvent, à l'occasion du refus qui leur est fait de les laisser manger, les malades pleurent et prennent une attitude boudeuse. D'autres patients, soumis également à la diète lactée et ayant un vif désir de manger, réclament avec non moins d'insistance, quoique sous une forme très différente : ils ne pleurent pas comme des enfants, mais donnent des raisons, font des discours et des gestes.

On ne saurait s'étonner de voir la fièvre typhoïde, qui frappe le cerveau avec prédilection, compter le puérilisme au nombre des troubles psychiques qu'elle engendre. Ce trouble naît sans doute à la faveur de la prédisposition névropathique héréditaire.

En général, le puérilisme apparaît, non à la période d'état, où la stupeur domine, mais à la période de déclin de la dothiénentérie; dans la renaissance de son activité, le cerveau semble repasser par une courte phase infantile.

M. Siredey dit avoir vu également un certain nombre de sujets qui n'étaient pas des nerveux proprement dits et qui cependant ont présenté, au déclin de la fièvre typhoïde, un puérilisme extrêmement marqué, caractérisé surtout par de la niaiserie, de l'apathie, de l'indifférence, etc.

M. Dupré fait remarquer qu'il ne faut pas rattacher au puérilisme la torpeur ou l'apathie cérébrale, la perte de l'affectivité, la niaiserie, le défaut d'émotivité, etc.; ces troubles psychiques peuvent être associés au puérilisme, mais ils n'en font pas partie intégrante. Sous le nom de puérilisme, on ne doit retenir que les faits qui semblent indiquer une régression généralement temporaire de la mentalité vers un stade infantile.

L'hypotension d'effort chez les convalescents.

M. Oddo (de Marseille) fait une communication dans laquelle il dit avoir assez souvent constaté chez les convalescents, sous l'influence d'un effort léger, un abaissement de la tension artérielle, soit immédiat, soit consécutif à une légère hypertension. Cet abaissement peut atteindre 3 ou 4 centimètres de mercure. Il ne dure que quelques minutes et s'accompagne de ralentissement du pouls. Cette hypotension d'effort relève donc d'un double mécanisme, cardiaque et vasculaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 mai 1905.

Sur l'obésité toxique.

MM. Carnot et **Amet.** — L'administration prolongée de très minimes quantités de substances toxiques détermine expérimentalement, chez le cobaye, des augmentations de poids extrêmement considérables : il s'agit là d'un phénomène général que l'on réalise avec une série de poisons, les uns minéraux comme le plomb, l'arsenic, le phosphore, d'autres organiques comme l'alcool, la strychnine, la morphine, certains enfin d'origine microbienne, comme les toxines diphtérique, tuberculeuse, etc., etc. Les cobayes en expérience, précédemment en état d'équilibre, subissent une augmentation de poids rapide et progressive, parfois supérieure à 100 grammes par mois : ils arrivent ainsi en trois ou quatre mois à doubler de poids et à peser plus d'un kilo, chiffre tout à fait anormal pour le cobaye.

Ce fait est à rapprocher des cas cliniques où l'on voit l'obésité apparaître, soit après une hétéro-intoxication faible (alcoolisme), soit après une auto-intoxication (intoxication gastro-intestinale, diabète), soit après une toxi-infection (fièvre typhoïde).

Eliminations rénales et pression osmotique.

MM. Achard, Gaillard et **Paisseau.** — Les injections massives de solutions hypotoniques ou hypertoniques, faites chez l'animal vivant, produisent dans l'épithélium rénal des lésions semblables à celles qu'on obtient *in vitro* en plongeant des fragments de rein dans ces liquides. Ces altérations influent-elles sur les éliminations urinaires?

En injectant des mélanges de plusieurs substances (chlorure de sodium, lactose, urée) à diverses concentrations, nous avons vu très nettement, avec les solutions isotoniques ou hypertoniques, l'urée s'éliminer moins facilement que le chlorure de sodium et le lactose. Avec les solutions hypotoniques, il importe de se débarrasser de l'urée existant dans la vessie avant l'injection, parce que l'urine sécrétée pendant l'expérience est très peu abondante. On voit alors que l'urée est encore moins bien éliminée que le lactose et le chlorure de sodium. Faute de cette précaution, le résultat trouvé pourrait être inverse. Mais si l'on établit la

courbe des éliminations pendant l'expérience, on constate toujours que celle de l'urée s'abaisse finalement au-dessous des autres.

En somme, les altérations de tonolyse ne paraissent pas changer le sens général des éliminations urinaires. Peut-être seulement la tuméfaction cellulaire provoquée par les solutions hypotoniques concourt-elle à expliquer l'oligurie qui s'observe en pareil cas.

La mononucléose de convalescence.

MM. Oddo et **Rouslacroix** (de Marseille). — L'étude de la formule leucocytaire chez les convalescents nous a permis de constater l'évolution d'une mononucléose qui nous paraît mériter d'être individualisée sous le nom de *mononucléose de convalescence*.

Cette mononucléose atteint souvent un degré très élevé, 50 % et même 65 %, amenant ainsi une véritable inversion de la formule leucocytaire. Les éléments qui la constituent sont surtout les mononucléaires moyens. Les affections à la suite desquelles nous l'avons constatée le plus souvent sont la fièvre typhoïde, la pneumonie, la grippe, le rhumatisme articulaire aigu, etc.

Lorsqu'un accident, une complication quelconque viennent retarder ou enrayer la convalescence, la polynucléose remplace momentanément la mononucléose. Cette mononucléose, comme l'ont fait remarquer MM. Labbé et Besançon, paraît donc étroitement liée à l'immunité, puisque les causes qui retardent cette immunité ou la compromettent entravent la formation des éléments mononucléaires.

Lésions du cortex sous-jacentes à des épaississements méningés chez certains aliénés chroniques.

M. Marchand (de Blois). — A côté des méningites à évolution aiguë ou subaiguë, il en est d'autres qui évoluent insidieusement pendant l'enfance et même chez l'adulte, qui passent tout d'abord inaperçues et qui, plus tard, déterminent des troubles mentaux.

C'est que le cortex sous-jacent aux lésions méningitiques est le siège d'une sclérose névroglique, limitée à la couche moléculaire, avec diminution et souvent disparition complète des fibres tangentielles, raréfaction des fibrilles primitives dans les cellules pyramidales et disparition des fines arborisations des prolongements protoplasmiques ascendants. Les vaisseaux sont généralement intacts.

Ces lésions post-méningitiques, plus ou moins étendues, expliquent la chronicité des troubles mentaux des sujets chez lesquels on les observe.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 1er mai 1905.

L'épidémie actuelle de méningite cérébro-spinale en Allemagne.

M. von Leyden fait, à propos de l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui sévit actuellement dans diverses parties de l'Allemagne (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 207-208), une communication dans laquelle, après avoir rappelé les épidémies de même nature qui ont éclaté en Europe au cours du dix-neuvième siècle, il déclare que l'affection — dont il retrace le tableau clinique — existe à peu près constamment à l'état sporadique.

Au point de vue thérapeutique, l'orateur s'élève contre l'usage des bains dans la méningite cérébro-spinale, le transport dans la baignoire étant pour le malade une source de vives souffrances, sans grand avantage; il proscrit également l'emploi des agents hypnotiques, que l'on pourrait être tenté d'ordonner en raison de l'insomnie, mais conseille l'administration de l'opium ou de la morphine, seuls médicaments capables, à son avis, de calmer à la fois les douleurs et l'agitation.

En ce qui concerne la bactériologie de l'affection, M. von Leyden fait observer que le rôle spécifique du méningocoque de Weichselbaum n'est pas hors de conteste, car on trouve le pneumocoque dans 16 % environ des cas épidémiques et dans 22 % des cas sporadiques.

M. Kraus donne quelques détails sur les malades qui ont été envoyés dans son service de la Charité comme suspects de méningite cérébro-spinale. Ces patients (l'orateur n'a que des salles d'hommes sous sa direction) sont au nombre de 6, mais parmi eux on compte un cas de bronchopneumonie avec troubles méningés, un de lymphadénite cervicale, un enfin de rhumatisme de l'épaule. Des 3 autres sujets, réellement atteints de méningite cérébro-spinale, un provient de Rixdorf, un autre était arrivé depuis peu de jours de Silésie pour chercher du travail à Berlin. La véritable panique que la connaissance de ces quelques faits a soulevée dans le public n'est donc rien moins que justifiée.

Relativement au traitement, M. Kraus se déclare entièrement d'accord avec M. von Leyden pour proscrire les bains; il estime que ce sont les injections sous-cutanées de faibles doses de morphine qui donnent les meilleurs résultats.

M. Ruhemann préconise l'emploi de l'iodate de soude, dont il a récemment obtenu de bons effets dans un cas presque désespéré de méningite cérébro-spinale (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 208).

M. Japha attire l'attention sur la fréquence de l'affection chez les nourrissons, où elle prend volontiers le masque d'une gastro-entérite. En pareil cas, la ponction lombaire, en même temps qu'elle constitue un bon moyen de diagnostic, a une action nettement favorable sur la marche de la maladie; celle-ci ne paraît du reste pas avoir une gravité particulière dans la première enfance.

M. Salge déclare aussi avoir assez fréquemment observé la méningite cérébro-spinale chez des nourrissons; il ajoute que — du moins pour ce qui est de la pratique pédiatrique — il ne partage pas la prévention de M. von Leyden et de M. Kraus à l'égard de la balnéothérapie. Il estime, en outre, qu'il convient d'apporter tous ses soins à l'alimentation du petit malade, en employant au besoin la sonde œsophagienne; en cas de grande agitation, il prescrit 0 gr. 50 centigrammes d'hydrate de chloral en lavement.

M. Fritz Meyer expose les résultats de recherches expérimentales qu'il a entreprises, sur le conseil de M. von Leyden, touchant la pathogénie de la méningite cérébro-spinale. Il est parvenu dans quelques cas, par l'injection intracrânienne de pneumocoques, à produire chez le lapin une affection hyperpyrétique (jusqu'à 42°6), mortelle en huit à dix jours; le liquide céphalo-rachidien, parfois stérile, contenait chez d'autres animaux des pneumocoques groupés en forme de diplocoques intracellulaires, rappelant par conséquent de très près le méningocoque de Weichselbaum.

Dangers des interventions multiples pour corps étrangers de l'œsophage.

M. Glücksmann relate une observation qui vient à l'appui des règles de prudence, au cas de corps étranger — vrai ou supposé — de l'œsophage, sur lesquelles l'orateur a insisté dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 214).

Une femme de quarante-deux ans, en avalant un croûton dur, ressentit une vive douleur au niveau du bord supérieur du sternum. Cette douleur persistant, la malade, fort effrayée et croyant avoir un corps étranger, alla chez un confrère qui lui poussa d'abord jusque dans l'estomac un instrument armé d'une éponge, laquelle fut retirée imbibée de sang, puis une sonde rigide de gros calibre; ce cathétérisme détermina de violents efforts de vomissement et fut suivi du rejet d'une petite quantité de sang pur. Devant l'impossibilité d'extraire le prétendu corps étranger, cette femme fut envoyée à M. Glücksmann, qui pensa aussitôt qu'il s'agissait de simples érosions de la muqueuse œsophagienne, dues au passage d'une croûte dure et tranchante; il prescrivit seulement une solution faible de morphine, dont la malade ingérait quelques gouttes trois fois par jour pour calmer la sensibilité de son œsophage, et tout rentra bientôt dans l'ordre.

Dr Villaret.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE PARIS

André (J.-M.). Contribution à l'étude des lymphatiques du nez et des fosses nasales.

Baumgartner (A.). Les hernies par glissement du gros intestin.

Casanouve-Soulé (J.). La photothérapie dans les plaies atones.

Cattin (D.). Hypoplasie des organes chez les cancéreux.

Chapotin (A.). Menstruation tardive et fécondité.

Cohen (J.). Contribution à l'étude des déformations plastiques de la tête fœtale dans la présentation du siège.

Demaillasson (O.). Les injections analgésiantes *loco dolenti* dans les névralgies périphériques.

Fontaine (P.). Etude sur le myoïdème et sa valeur séméiologique.

Gaillard (G.). Stérilisation sous pression en milieu anhydre (méthode de L. Longuet).

Gallot (G.). De la rétropulsion manuelle du cordon dans les procidences.

Grégoire (R.). Contribution au traitement du cancer du rein chez l'adulte.

Huguier (A.). Traitement des ankyloses par la résection orthopédique et l'interposition musculaire.

Izard (J.). La question du mariage dans la sténose mitrale (revision de la loi, dite de Peter).

Montès (R.). Des adénites géniennes d'origine dentaire.

Neveu (N.). La voûte palatine « en ogive »; ses causes, ses conséquences, son traitement.

Patry (A.). Contribution à l'étude des lésions oculaires dans les malformations crâniennes, spécialement dans l'oxycéphalie.

Perrigault. De l'hérédité rénale.

Piettre (O.). Voies d'introduction de la tuberculose chez l'enfant : rôle de la contagion familiale.

Piquand (G.). Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus.

Salem (A.). L'acide picrique dans les maladies oculaires externes.

Sircoulon (M.). Accommodation aux lésions.

Tissot (H.-A.). Des abaissements insolites et brusques qui surviennent dans la courbe thermique normale de la fièvre typhoïde.

Verdeaux (A.). Contribution à l'étude du traitement mercuriel intensif dans la paralysie générale.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Coffin (L. A.). The development of the accessory sinuses of the nose. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Cunéo et **André** (M.). Relations des espaces périméningés avec les lymphatiques des fosses nasales. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Fahr. Ein Beitrag zum Studium der Mastzellen. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 3.)

Mann (G.). On the thalamus. (*Brit. Med. Journ.*, 11 fév.)

Pighini (G.). Sulla struttura dei globuli rossi. (*Arch. per le scienze med.*, XXIX, 1-2.)

Pohlman (A. G.). Abnormalities in the form of the kidney and ureter dependent on the development of the renal bud. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, fév.) — Anomalies de forme du rein et de l'uretère, dues au développement du bourgeon rénal.

Schwarz (G.). Studien über im grossen Netz des Kaninchens vorkommende Zellformen. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 2.) — Sur certains éléments cellulaires de l'épiploon du lapin.

Torday (A. von). Die basophilen Körnchen der roten Blutzellen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 19 et 26 fév.) — Les granulations basophiles des hématies.

Uteau. Uretères en Y. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Barberá Xatruch (L.). Alteraciones histológicas de los oviductos observadas en una serie de 41 casos clinicos. (*Thèse de Madrid.*)

Bayon. Hypophysis, Epiphysis und peripherische Nerven bei einem Fall von Cretinismus. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 fév.)

Brimacombe (R. W.). The histo-pathology of seborrhœa, seborrhœic dermatitis, and psoriasis. (*Lancet*, 18 fév.)

Carey (H. W.). The pathology of brain tumors. (*Albany Med. Ann.*, fév.) — Anatomie pathologique des tumeurs du cerveau.

Cecca (R.). Sulla istogenesi del lipoma. (*Clinica moderna*, 1er fév.)

Cesa-Bianchi (D.). Contributo alla conoscenza dell'istogenesi delle cisti semplici dell'ovaia. (*Arch. per le scienze med.*, XXIX, 1-2.)

Chardon et **Raviart.** Cancer de l'ampoule de Vater. (*Echo méd. du Nord*, 19 fév.)

Fick (J.). Beitrag zur Kenntnis der frischen Narbe nach einem papulotuberösen Syphilid. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 fév.) — Sur la cicatrice récente d'une syphilide papulo-tubéreuse.

Gulland (G. L.) et **Goodall** (A.). Pernicious anæmia; a histological study of 17 cases. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, janv.)

Hunt (J. R.). Pathological study of a case of myxœdema associated with tuberculosis of the adrenals, with remarks on the nervous system. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Orth (O.). Kongenitale Lage- und Bildungsanomalie der linken Niere. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 janv.) — Anomalie congénitale de situation et de développement du rein gauche.

Seggel (R.). Experimentelle und histologische Beiträge zur Anatomie und Pathologie des Gelenkknorpels. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXV, 2-4 et 5-6 et LXXVI, 1.) — Anatomie et pathologie du cartilage articulaire.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bruck (C.). Ueber die Bindungsverhältnisse von Toxin und Antitoxin im homologen Organismus; ein Beitrag zur Frage der antitoxischen Therapie mit homologem Tetanus-Antitoxin. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIX, 2.) — Sur la sérothérapie antitétanique par une antitoxine homologue.

Burkhardt. Ueber Art und Ursache der nach ausgedehnten Verbrennungen auftretenden hämolytischen Erscheinungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 4.) — Nature et cause des phénomènes hémolytiques consécutifs aux brûlures étendues.

Dalla Vedova (R.). Ancora sulla patogenesi dell'ulcera gastrica. (*Policlinico*, partie chir., XII, 2.)

Donati (M.). Ancora sulla patogenesi dell'ulcera gastrica. (*Policlinico*, partie chir., XII, 2.)

Edsall (D. L.) et **Miller** (C. W.). Some further experiments upon rectal alimentation. (*Amer. Medicine*, 4 fév.)

Floresco (P.). Des modifications sanguines et du rôle de la rate dans l'évolution des lésions expérimentales du foie et d'autres organes. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

Ghedini (G.). Come evolve il tubercolo soggetto all'azione diretta del siero specifico antibacillare; 1a nota. (*Gazz. degli Osped.*, 5 fév.)

Klemperer (F.). Experimenteller Beitrag zur Tuberculose-Frage. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 3-4.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bartel (J.). Die Infektionswege bei der Fütterungstuberkulose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 fév.) — Les voies de l'infection dans la tuberculose par ingestion.

Beard (J.). The cancer problem. (*Lancet*, 4 fév.)

Boeg. Ueber erbliche Disposition zur Lungenphthisis; eine Untersuchung auf den Färöern. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIX, 2.) — La prédisposition héréditaire à l'égard de la tuberculose pulmonaire, d'après une enquête faite aux îles Farœ.

Brat (H.). Ueber Senkung und Agglutination von Blutkörperchen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 3-4.) — Sur la précipitation et l'agglutination des hématies.

Edie (E. S.). On the action of chloroform on the proteids of serum and upon solutions of hæmoglobin. (*Thompson Yates and Johnston Laboratories Report*, VI, 1.)

Guyot (G.). Die Implantationstuberkulose des Bauchfells, ihre Entstehung und Beziehungen zu der Entzündungslehre. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 3.) — La tuberculose par contact du péritoine, sa pathogénie et ses rapports avec la théorie de l'inflammation.

Hofbauer (L.). Mechanik der Respirationsstörung bei pleuralen Erkrankungen: Die Dyspnœ beim Pneumothorax. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 11 fév.)

Jürgens. Ueber die Entstehung der Typhus-Immunität. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 fév.)

Kashimura (S.). Die Entstehung der Varicen der Vena saphena in ihrer Abhängigkeit vom Gefässnervensystem. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 2.) — Rôle du système vasculo-nerveux dans la pathogénie des varices.

Koch (P. D.). Nogle nyere bidrag til belysning af spörgsmaalet om den arvelige degeneration og dens aarsager. (*Ugeskrift for Læger*, 26 janv. et 2 fév.) — Sur la dégénérescence héréditaire et ses causes.

Nédrigaïlov (V.). De la phagocytose (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, janv.)

MÉDECINE

Arnheim (G.). Ein Fall von angeborener Pulmonalstenose, sowie Bemerkungen über die Diagnose des offenen Ductus Botalli. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 fév.)

Auld (A. G.). A case of fibroid pneumonia. (*Brit. Med. Journ.*, 4 fév.)

Basch (S. von). Ueber Arteriosklerosis und Angiosklerosis. (*Wien. med. Presse*, 19 fév.)

Bellucci (O.). Dell'isotonia nella clorosi ed in alcune forme d'anemia secondaria. (*Clinica moderna*, 22 fév.)

Benedict (A. L.). Classification of gastric ulcers. (*Amer. Medicine*, 18 fév.)

Berkeley (W. N.). The practical value of Litten's « diaphragm phenomenon » in diagnosis. (*New York Med. Journ.*, 4 fév.)

Blake (E.). Intestinal catarrhs; clinical study of colitis, appendicitis, and their allies, with special new section on sprue. 2e éd. In-8°, 372 p. Londres.

Boston (L. N.). Chylous ascites with eosinophilia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 fév.)

Breton (M.) et **Vansteenberghe** (P.). Urémie à forme nerveuse, améliorée par la ponction lombaire. (*Echo méd. du Nord*, 5 fév.)

Cadwalader (W. B.). Studies on the basophilic granulations of the erythrocyte in lead poisoning and other conditions, with special reference to the relation which they bear to the nuclei of the red blood corpuscles. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.) — Les granulations basophiles des hématies dans le saturnisme et dans d'autres affections.

Cassaët (E.) et **Lefèvre** (H.). De la possibilité de la ponction postérieure dans les épanchements du péricarde. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 12 fév.)

Cook (H. W.). The early recognition of hypertension. (*Amer. Medicine*, 14 janv.)

Debove (G. M.) et **Achard** (Ch.). Manuel des maladies de l'appareil circulatoire et du sang. In-8°, 848 p. avec fig.

Goldenblum (M.). Un cas de dermatomyosite aiguë (en russe). (*Roussk. Vratch*, 29 janv.)

Graul (G.). Lävulosurie und Diabetes mellitus. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 18 fév.)

Guyot (Th.). L'arthritis avec ses diverses manifestations : rhumatisme, goutte, diabète, artériosclérose, neurasthénie, affections nerveuses, asthme, calculs, est une maladie générale, microbienne et transmissible; prophylaxie et traitement. 2e éd. In-8°, 290 p.

Herz (M.). Eine Funktionsprüfung des kranken Herzens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 fév.) — L'examen fonctionnel du cœur malade.

Hirschfeld (F.). Zur Prognose des Diabetes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 fév.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Leegaard (C.). Om dystrophia musculorum progressiva. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, fév.)

Leyden (E. von). Ein Fall von Schrecklähmung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 fév.) — Paralysie consécutive à une frayeur.

Liniger. Ein interessanter Fall von hysterischer Kontraktur des rechten Beines nach Unfall, mit Heilung durch Autosuggestion. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, fév.) — Contracture hystérique du membre inférieur droit, consécutive à un accident et guérie par autosuggestion.

Lossen (J.). Ueber das Vorkommen epileptischer Krämpfe beim Coma der Diabetiker. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 1-2.) — Sur les convulsions épileptiques au cours du coma diabétique.

Lövegren (E.). Zur Kenntnis der Poliomyelitis anterior acuta und subacuta sive chronica. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 2.)

Mills (C. K.). The diagnosis of tumors of the cerebellum and the cerebello-pontile angle, especially with reference to their surgical removal. (*New York Med. Journ.*, 11 et 18 fév.)

Mohr (F.). Zur Behandlung der Aphasie, mit besonderer Berücksichtigung des Agrammatismus. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 3.)

Naka (K.). Die periphere und centrale Augenmuskellähmung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 3.) — La paralysie périphérique et centrale des muscles de l'œil.

Niederle (B.). Neuralgia nervi buccinatorii. (*Rev. v neurol., psychiatrii, fysik. a diætet. therapii*, janv.)

Parhon (C.) et **Papinian** (J.). Clonus du droit abdominal dans un cas de mal de Pott. (*Journ. de neurol.*, 5 fév.)

Paris (A.). Le passage à l'acte dans l'obsession impulsive au suicide et, en général, dans toute obsession impulsive; pronostic du danger et indications thérapeutiques. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er fév.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Kermorgant (A.). Notes sur la lèpre dans nos diverses possessions coloniales. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Kraus (A.). Ueber eine eigenartige Hauttuberkulose; gleichzeitig ein Beitrag zur Kenntnis der Verkalkung in der Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIV, 1.) — Sur une tuberculose cutanée particulière et sur la calcification de la peau.

Ledermann (R.). Ein Fall von « pyodermite végétante ». (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 fév.)

Lewandowsky (F.). Ueber Lichen spinulosus. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIII, 2-3.)

Lie (H. P.). Lepra im Rückenmark und den peripheren Nerven. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIII, 2-3.) — Lèpre de la moelle épinière et des nerfs périphériques.

Marcuse (M.). Ein Fall von Hypertrichosis sacralis. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 fév.)

Montel. Quelques notes sur le pian au Cambodge. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Nobl (G.). Zur klinischen, anatomischen und experimentellen Grenzbestimmung lupöser Hautläsionen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIII, 1 et 2-3.) — Sur la délimitation clinique, anatomique et expérimentale des lésions lupiques de la peau.

Novak (J.). Beitrag zur Kenntnis septischer Exantheme. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIII, 2-3.)

Respighi (E.). Di un alone da studiarsi, che accompagna frequentemente le lesioni cutanee nell'uomo prodotte da dermatozoari. (*Clinica moderna*, 1er fév.)

Schein (M.). Die Behandlung des Condyloma acuminatum mittels Erfrierung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 fév.) — Traitement du condylome acuminé par la congélation.

Schürmann (F.). Ueber atypisches Lichen scrophulosorum. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIII, 2-3.)

Sick (K.). Schaumzellentumor der Haut. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 3.) — Tumeur à cellules spongieuses de la peau.

PARASITOLOGIE

Blum (L.). Untersuchungen über das Vorkommen parasitärer Organismen in Geschwülsten. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 3.) — Sur la présence d'organismes parasitaires dans les tumeurs.

Bruns (H.), **Liefmann** et **Mäckel**. Die Vermehrung der eosinophilen Leukozyten bei Ankylostomiasis in diagnostisch-prophylaktischer Bedeutung. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 fév.) — Valeur diagnostique et prophylactique de l'éosinophilie dans l'ankylostomiase.

Dias de Sá. Mais um caso de trypanosomiase n'um individuo de raça branca. (*Porto medico*, fév.)

Peyrot (J.). Un cas de bilharziose vésicale, observé à Tombouctou. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Schrumpf (P.). Ueber die als Protozoen beschriebenen Zelleinschlüsse bei Variola. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 3.) — Sur les inclusions cellulaires décrites comme protozoaires dans la variole.

Shipley (A. E.). *Cladorchis Watsoni* (Conyngham), a human parasite from Africa. (*Thompson Yates and Johnston Laboratories Report*, VI, 1.)

Stephens (J. W.). 2 cases of intestinal myiasis. (*Thompson Yates and Johnston Laboratories Report*, VI, 1.)

CHIRURGIE

Butlin (H. T.). On removal of the contents of the anterior triangle of the neck in cases of malignant disease of the tongue. (*Brit. Med. Journ.*, 11 fév.) — L'évidement du triangle antérieur du cou dans les cas de cancer de la langue.

Graupner (K.). Pyämie nach Verschlucken einer Nähnadel. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 18 fév.) — Infection purulente consécutive à la déglutition d'une aiguille.

Hermann (A.). Zur operativen Behandlung des Kryptorchismus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 fév.)

Huntington (T. W.). Case of bone transference; use of a segment of fibula to supply a defect in the tibia. (*Ann. of Surgery*, fév.) — Greffe osseuse du tibia à l'aide d'un segment du péroné.

Israel (C.). Unterbindung der Arteria hypogastrica dextra wegen Aneurysma der Arteria glutæa inferior. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 fév.) — Ligature de l'artère hypogastrique droite pour anévrysme de l'artère ischiatique.

Joachimsthal (G.). Dauerresultate nach der unblutigen Einrenkung angeborener Hüftverrenkungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 fév.) — Résultats éloignés de la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche.

Kelly (J. A.). Acid intoxication : its significance in surgical conditions. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Kholine (N.). Contribution à la caractéristique des plaies par armes à feu dans la guerre actuelle (en russe). (*Roussk. Vratch*, 5 fév.)

Klinger (H.). Torsion des Samenstranges. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 fév.) — Torsion du cordon spermatique.

König. Die Bedeutung der Lebersyphilis für die Diagnose der Bauchgeschwülste. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 fév.) — Signification de la syphilis hépatique pour le diagnostic des tumeurs abdominales.

Kraft (L.). Behandlingen af appendicitis. (*Hospitalstidende*, 18 et 25 janv. et 1er fév.) — Traitement de l'appendicite.

Lambret (O.). Sur la ponction exploratrice du foie. (*Echo méd. du Nord*, 26 fév.)

Landau (H.). Die mediale Leistenbruchpforte und der gerade Bauchmuskel. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 4 fév.) — L'anneau inguinal externe et le muscle grand droit de l'abdomen.

Lauper. Darmperforation bei Abdominaltyphus, durch Operation geheilt, 58 Stunden nach dem Durchbruch. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er fév.) — Perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde; opération cinquante-huit heures après la perforation; guérison.

Le Damany (P.). Le traitement rationnel des luxations congénitales de la hanche; étude théorique. (*Rev. de chir.*, janv. et fév.)

Lilienfeld (S.). Ueber subkutane Darmverletzung und ihre Behandlung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 1.) — Les lésions souscutanées de l'intestin et leur traitement.

Lissauer. Ein Fall von Ostitis fibrosa. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, fév.)

Loison (E.). Un cas de prolapsus total du rectum, chez l'adulte; opération; guérison. (*Marseille méd.*, 15 fév.)

Macaggi (L.). Cloronarcosi in posizione genupettorale. (*Clinica moderna*, 22 fév.)

Manasse (P.). Ueber einige wichtige Methoden der Schmerzbetäubung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 16 fév.) — Sur quelques procédés importants d'anesthésie.

Mauclaire. Hyperostoses et exostoses éburnées non syphilitiques de la région temporale. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Mayer (O.). Ein Fall von eigentümlicher Passagestörung nach Gastroenterostomie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 fév.) — Phénomènes d'obstruction survenus après gastro-entérostomie.

Mellish (J. S.). The rational treatment of fractures. (*Lancet*, 11 fév.)

Milner (R.). Die sogenannten Stauungsblutungen infolge Ueberdrucks im Rumpf und dessen verschiedene Ursachen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 2-3.) — Les hémorrhagies par stase dues à la compression du tronc et les différentes causes de cette compression.

Montini (A. D.). Contributo allo studio dell'occlusione intestinale da diverticolo del Meckel. (*Gazz. degli Osped.*, 12 fév.)

Morestin (H.). Le cancer de la langue chez la femme. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Mouisset et **Vallas**. Péritonite enkystée de l'arrière-cavité des épiploons avec compression du cholédoque. (*Lyon méd.*, 5 fév.)

Moynihan (B. G. A.). On duodenal ulcer; with notes of 52 operations. (*Lancet*, 11 fév.)

Müller (B.). Ueber Mischnarkosen im Vergleich zur reinen Chloroform- oder Aethernarkose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 fév.) — Etude comparée de l'anesthésie mixte et de l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther.

Muskat (G.). Ueber den Plattfuss. (*Berlin. Klinik*, fév.) — Le pied plat.

Oppenheim (H.). Ueber Missbrauch der Sehnentransplantation. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 fév.) — Sur l'abus des greffes tendineuses.

Pedersen (V. C.). Choice of a general anesthetic and selection of method of administration. (*Med. Record*, 11 fév.)

Pels-Leusden. Ueber Verrenkungen und Verrenkungsbrüche im Talocruralgelenk. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 janv. et 6 fév.) — Sur les luxations et les fractures articulaires de l'articulation tibio-tarsienne.

Pers (A.). Om timeglasventrikel (*Ugeskrift for Læger*, 9 et 16 fév.) — De l'estomac en sablier.

Pesci (E.). Contributo casistico e critico allo studio dell'appendicite. (*Policlinico*, 19 fév.)

Peyton (D.). Treatment of strangulated hernia in the very old. (*Amer. Medicine*, 18 fév.) — Traitement de l'étranglement herniaire chez les personnes âgées.

Phocas (G.). Περὶ αἱμορροΐδων. (Χειρουργικὴ ἐπιθεώρησις, fév.) — Des hémorrhoïdes.

UROLOGIE

Morgan (A. C.). Prognosis and treatment of chronic nephritis. (*Med. News*, 18 fév.)

Niedner (O.). Zur Frage der Zylindrurie ohne gleichzeitige Albuminurie. (*Med. Klinik*, 19 fév.) — De la cylindrurie sans albuminurie concomitante.

Rafin. Séparation endo-vésicale et cathétérisme urétéral. (*Lyon méd.*, 12 fév.)

Reynolds (E.). Nephroureterectomy for tuberculous disease, with a description of a new technic. (*Amer. Medicine*, 25 fév.)

Rivet (A.). Quelques considérations sur le traitement des fistules péniennes, par la boutonnière périnéale en particulier. (*Gaz. méd. de Nantes*, 4 fév.)

Rovsing (Th.). Ueber die Methoden, vor den Nierenoperationen die physiologische Leistungsfähigkeit der Nieren zu bestimmen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 4.) — Sur les méthodes utilisées en vue de déterminer la perméabilité rénale avant les interventions chirurgicales sur le rein.

Rumpf (Th.) et **Dennstedt** (M.). Ueber chemische Befunde bei Nephritis. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 fév.) — Sur la chimie de la néphrite.

OPHTALMOLOGIE

Moraes (F.). Ophthalmia purulenta dos recemnascidos. (*Brazil-medico*, 15 fév.)

Morax (V.). Corps étranger métallique du cristallin; extraction avec l'électro-aimant; guérison sans cataracte. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

Osterroht. Beitrag zur Kasuistik der Keratomykosis aspergillina. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 fév.)

Posey (W. C.). A case of Parinaud's conjunctivitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Risley (S. D.). The extraction of cataract; choice of operation based upon intraocular conditions. (*Amer. Medicine*, 18 fév.)

Roch (M.). De l'influence de la pression du sang sur les dimensions de la pupille. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév.)

Roche (Ch.). Traitement des granulations par les solutions fortes de sublimé. (*Marseille méd.*, 1er fév.)

Roosa (D.). Loss of sight from disuse of the eye (amblyopia ex anopsia). (*Med. Record*, 25 fév.)

Schweinitz (G. E. de). The ocular symptoms of cerebellar tumor. (*New York Med. Journ.*, 11 fév.)

Shoemaker (W. T.). Binasal hemianopsia; a case of neuritic optic atrophy with binasal hemianopic fields. (*New York Med. Journ.*, 4 fév.)

Veasey (C. A.). Observations of a case of bitemporal hemianopsia with some unusual changes in the visual fields. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Vogt (A.). Weitere experimentelle und klinische Untersuchungen über den schädlichen Einfluss von künstlichen Anilinfarben auf das Auge. (*Zeitsch. f. Augenheilk.*, fév.) — Nouvelles recherches cliniques et expérimentales, relatives à l'action nocive pour l'œil des couleurs artificielles d'aniline.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Katz (R.). Zur Kasuistik der submukösen Myome. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.)

Kleinwächter (L.). Einige Worte über die spontan eintretende Aufstellung des mobilen retrodeviierten Uterus. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 1.) — Sur le redressement spontané de l'utérus dans les rétrodéviations mobiles.

Lobenstine (R. W.). The clinical manifestation of hemorrhages in eclampsia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Löhnberg. Weiterer Beitrag zur Kehlkopfschwindsucht der Schwangeren und zur Frage des künstlichen Aborts. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 fév.) — Phtisie laryngée au cours de la grossesse et avortement provoqué.

Loureiro (C.). Um caso de inserção prévia de placenta. (*Rev. med. de S. Paulo*, 30 janv.)

Maggioni (V.). Un caso di anomalia di sviluppo della clitoride. (*Gazz. degli Osped.*, 5 fév.)

Mainzer (F.). Vaginaler Kaiserschnitt bei Eclampsie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 fév.) — L'opération césarienne vaginale dans l'éclampsie.

Marie (R.). Chorio-épithéliome primitif du vagin. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Marx (S.). Fibroid tumors and pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Meyer-Wirz. Die Vernichtung des kindlichen Lebens während der Geburt. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er fév.) — L'embryotomie pendant l'accouchement.

Michel (F.). Sectio cæsarea wegen retrocervicalen Myomes mit Totalexstirpation des Uterus. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 fév.)

Müller (J.). Ueber Lumbalanästhesie in der Geburtshilfe und Gynäkologie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.)

Murray (F. A. G.). Report of 3 cases of ruptured tubal pregnancy. (*New York Med. Journ.*, 18 fév.)

Orthmann (E. G.). Leitfaden für den gynäkologischen Operationskurs, mit Berücksichtigung der Operationen an der Lebenden. 2e éd. In-8°, 163 p. Leipzig.

Oui (M.) et **Descarpentries**. Grossesse tubaire droite, terminée par hématosalpinx et hématocèle; annexite gauche; castration totale par le procédé de J.-L. Faure. (*Echo méd. du Nord*, 5 fév.)

Penkert (M.). Ueber deciduale Veränderungen im Netz bei tuboabdominaler Schwangerschaft. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 1.) — Des modifications déciduales de l'épiploon dans la grossesse tubo-abdominale.

Ransdell (R. C.). Pneumonia and pregnancy. (*Amer. Medicine*, 11 fév.) — Pneumonie et grossesse.

Ricca-Barberis (E.). La morfologia del sangue nel periodo catameniale della donna. (*Arch. per le scienze med.*, XXIX, 1-2.)

Rosthorn (A. von). Zur klinischen Diagnose der Adenomyome. (*Med. Klinik*, 5 fév.)

Sarwey (O.). Ueber Indikationen und Methoden der fakultativen Sterilisirung der Frau. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 fév.) — Indications et procédés de la stérilisation facultative de la femme.

Schmorl (G.). Ueber das Schicksal embolisch verschleppter Placentarzellen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 fév.) — Sur le sort des embolies de cellules placentaires.

Schou (J.). Kan man i sjældne tilfælde fjerne en malign tumor fra uterus alene ved udskrabning? (*Ugeskrift for Læger*, 2 fév.) — Peut-on, parfois, se contenter d'un simple curettage pour l'exérèse d'un cancer de l'utérus?

Schröder (H.). Ueber das spätere Schicksal von Implantationen und zurückgelassenen Tumorresten nach Ovariotomien. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 1.) — Sur le sort des greffes et des restes de tumeur négligés chez les ovariotomisées.

PÉDIATRIE

Ager (L. C.). Summer infant mortality. (*Med. News*, 4 fév.) — Mortalité infantile estivale.

McWeeney (E. J.) et **Farnan** (D. J.). On a case of acute lymphæmia in a child. (*Brit. Med. Journ.*, 25 fév.)

Ménétrier et **Aubertin**. Foie gras appendiculaire chez un enfant. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, janv.)

Misch (P.). Zur Kenntnis des periodischen Erbrechens im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 3.) — Sur les vomissements périodiques de l'enfance.

Mohr (H.). Ueber Osteomyelitis im Säuglingsalter. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 fév.) — Sur l'ostéomyélite du nourrisson.

Ostheimer (M.). Incontinence of feces in children. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, fév.)

Scherer (F.). Eklampsie ve veku detském. (*Rev. v neurol., psychiatrii, fysik. a diætet. therapii*, janv.) — Eclampsie dans l'enfance.

Schmidt (J. J.). Die Pylorusstenose der Säuglinge. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 fév.) — Sur le rétrécissement du pylore chez le nourrisson.

Shaw (H. B.) et **Tribe** (R. H.). Recurrent vomiting in children. (*Brit. Med. Journ.*, 18 fév.)

Steffen (A.). Die malignen Geschwülste im Kindesalter. In-8°, 276 p. Stuttgart. — Le cancer chez l'enfant.

Tcherno-Schwarz (B.). Contribution à l'étude de la cystite colibacillaire chez les enfants (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 2.)

Tugendreich (G.). Zur Frage der epithelialen Veränderungen bei den Magendarmkrankheiten des Säuglings. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 fév.) — Sur les altérations épithéliales dans les affections gastro-intestinales du nourrisson.

Viala. Notes sur la fièvre à vomissements noirs des enfants à la Guadeloupe. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Volpino (G.). Contributo all'eziologia delle diarree estive dell'infanzia. (*Arch. per le scienze med.*, XXIX, 1-2.)

Weiss (S.). Zur Symptomatologie der Barlowschen Krankheit. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLI, 1-2.)

White (W. H.). On a case of multiple disease of joints in a young child. (*Brit. Med. Journ.*, 25 fév.) — Polyarthrite rhumatismale chez un enfant.

Wolkenstein (G.). Ostéalgie apophysaire de croissance [Comby] chez un enfant de sept ans (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 12 fév.)

Zaoussaïlov (M.). Sur les causes des maladies chez les nourrissons allaités artificiellement (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 29 janv. et 5 fév.)

TÉRATOLOGIE

Agaïev (G.). Anomalie congénitale rare de développement de l'avant-bras gauche et des deux mains (absence du cubitus gauche, adactylie gauche et polydactylie droite) (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 12 fév.)

Gallico (A.). Un caso di atresia congenita del digiuno-ileo. (*Policlinico*, 26 fév.)

Koller-Aeby. 2 Fälle von Atresie der Pulmonalis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 3-4.)

Lewis (H. F.). 3 specimens of exencephalia. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Owtschinnikow (P. J.). Ueber einen Fall von angeborenem Nierenmangel (Aplasia seu Agenesia renis). (*Monatsberichte für Urologie*, X, 2.)

Spielmeyer. Ein hydranencephales Zwillingspaar. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 2.) — Jumeaux hydranencéphales.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Jarecky (H.). Calculi in Blandin's and submaxillary glands. (*Med. News*, 18 fév.)

Klau. Zur operativen Eröffnung der Mittelohrräume. (*Therap. Monatsh.*, janv. et fév.) — Ouverture chirurgicale des cavités de l'oreille moyenne.

Kretschmann. Sepsis, verursacht durch Empyem der Nasennebenhöhlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 fév.) — Septicémie consécutive à un empyème des cavités accessoires du nez.

Laurens (G.). Trépanation du labyrinthe pour corps étranger enclavé dans un canal demi-circulaire; guérison. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Moure (E.-J.) et **Brindel**. 500 cas d'intervention sur l'apophyse mastoïde. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 21 janv.)

Mouret (J.). Thrombo-phlébite du sinus latéral, consécutive à une otite moyenne aiguë datant de six jours chez un enfant de neuf ans; ouverture du sinus; ligature de la jugulaire, drainage du sinus et du bout supérieur de la veine jugulaire; guérison. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 14 janv.)

Posthumus Meyjes (W.). Eenige beschouwingen naar aanleiding van een honderdtal mastoied- en radikaal-operaties. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 18 fév.)

HYGIÈNE

Paul (L.). Die Wirkungen der Luft bewohnter Räume. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIX, 3.) — Les effets de l'air des locaux habités.

Péhu (M. et A.). Des logements insalubres à Lyon de 1891 à 1904. (*Ann. d'hyg. publ.*, fév.)

Schmidt-Nielsen (S.). Om konserverade födoämnen. (*Hygiea*, fév.) — Sur les aliments conservés.

Soper (G. A.). Report of a sporadic outbreak of typhoid fever at Lawrence, N. Y., due to oysters. (*Med. News*, 11 fév.) — Epidémie de fièvre typhoïde à Lawrence (Etat de New-York) causée par des huîtres.

Sourbès (J.). L'hygiène des travailleurs adultes. In-8°, 428 p.

Stephan (B. H.). Bestrijding der tuberculose. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 4 fév.) — La lutte contre la tuberculose.

Wells (E. F.). Prevalence and prophylaxis of pneumonia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 fév.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Campanella (G.). L'iodo nella tifoide. (*Gazz. degli Osped.*, 26 fév.)

Clément (E.). Note complémentaire sur l'action de l'acide formique sur le système musculaire. (*Lyon méd.*, 19 fév.)

Cnopf. Kasuistische Mitteilungen zur therapeutischen Verwendung des Sauerstoffs. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 fév.) — Sur l'emploi thérapeutique de l'oxygène.

Cushing (E. F.) et **Clarke** (T. W.). Copious water-drinking and polyuria in typhoid fever; a contribution to treatment. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.) — L'ingestion de grandes quantités d'eau et la polyurie dans la fièvre typhoïde.

Ellinger (A.). Beziehungen zwischen der Giftwirkung des Kantharidins auf die Nieren und der Reaktion des Harns. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 fév.) — L'action toxique de la cantharidine sur le rein dans ses rapports avec la réaction de l'urine.

Etterlen (J.). Sur l'acide borique. (*Lyon méd.*, 5 mars.)

Fleischer. Eine neue Anwendungsweise der Sauerstoffinhalation. (*Wien. med. Wochensch.*, 11 fév.) — Un nouveau procédé d'inhalation d'oxygène.

Franck (O.). Ueber Oesophagusaufblähung zur Beseitigung eines Fremdkörpers. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 fév.) — Dilatation de l'œsophage [par ingestion d'un mélange effervescent] en vue de la propulsion [dans l'estomac] d'un corps étranger.

Giannelli (A.). Sulla cura del tetano. (*Gazz. degli Osped.*, 26 fév.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Bagge (I.). Meddelanden om behandling af kancer med Röntgenbestraalning. (*Hygiea*, fév.)

Blauel (C.). Experimentelle Untersuchungen über Radiumwirkungen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 1.)

Bonnefoy (E.). Relation de deux cas de neurasthénie grave, traités et guéris par la franklinisation. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 fév.)

Cryer (M. H.). Uses of the Röntgen rays in the studies of normal and pathological anatomy of the internal structures of the face. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Sorgo (J.). Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Sonnenlicht, nebst einem Vorschlag zur Behandlung derselben mit künstlichem Lichte. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 janv.) — Héliothérapie de la tuberculose laryngée.

Stenbeck (Th.). Njurstenar borttagna efter Röntgenfotografering. (*Hygiea*, janv.) — Calculs rénaux extraits après radioscopie.

Vassioutinsky (A.). La radiothérapie du trachome (en russe). (*Roussk. Vratch*, 8 janv.)

Wendel (W.). Zur Röntgenbehandlung der Leukämie. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 janv.)

BACTÉRIOLOGIE

Hahn (G.). Ueber die bakterizide Wirkung des menschlichen Blutserums gegenüber Typhusbazillen; Nachweis des Zwischenkörpers. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 3-4.) — De l'action bactéricide du sérum sanguin humain à l'égard du bacille d'Eberth.

Passini (F.). Studien über fäulniserregende anaërobe Bakterien des normalen menschlichen Darmes und ihre Bedeutung. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIX, 1.) — Recherches sur les microbes anaérobies de la putréfaction contenus dans l'intestin à l'état normal.

Römer (P. H.). Ueber dialysiertes Diphtherie-Gift. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 fév.) — Sur la toxine diphtérique dialysée.

Rossiwall (E.) et **Schick** (B.). Ueber spezifische Agglutination von Streptokokken aus Scharlachanginen und extrabukkalem Primäraffekt. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 janv.)

Stoppato (N.). Della sieroreazione omologa ed eterologa del bacillo coli commune di adulto, lattante al seno, al poppatojo (con latte vaccino cotto) e bovino (vacca e vitello), tutti normali. (*Pediatria*, janv.)

MÉDECINE CLINIQUE

Un cas de tumeur gazeuse sus et sous-claviculaire.

Le malade dont nous rapportons l'histoire est un exemple très curieux de ces *tumeurs gazeuses du cou* dont l'interprétation anatomique a toujours paru si difficile aux observateurs qui les ont étudiées. Malgré des signes cliniques très gros, de constatation évidente, nous n'avons guère pu arriver à nous faire une idée précise et vraiment satisfaisante de la lésion que nous observions. Tout essai de schématisation se heurte à de nombreuses difficultés que seul l'examen anatomique direct permettrait de résoudre. Notre observation n'est donc qu'un document d'attente que vraisemblablement, étant donnée la tuberculisation avancée du sujet, l'avenir permettra de compléter.

I

Notre malade est un cordonnier, âgé de quarante-neuf ans, qui est entré à l'hôpital Cochin, le 1er mars 1905, pour tuberculose pulmonaire. Ethylique et ancien paludéen, il tousse et crache depuis le mois de février 1904; il a maigri beaucoup depuis un an et surtout depuis six mois.

Actuellement, c'est un homme très amaigri, d'aspect presque cachectique. Ses deux sommets présentent des signes très nets de lésions tuberculeuses : à gauche, la respiration a un caractère très soufflant, qui semble par son timbre devoir être attribué à la fois à de l'emphysème et à de l'induration; après la toux, on entend quelques craquements secs dans la fosse sus-épineuse. A droite, le sommet est submat en avant et en arrière; dans la fosse sus-épineuse existe un souffle profond, qui, vers l'angle interne de l'omoplate, prend un timbre cavitaire et se mélange de râles cavernuleux nombreux; en avant, on entend ce même souffle et de gros râles humides, assez profonds, en même temps que des bruits superficiels sur lesquels nous reviendrons plus loin.

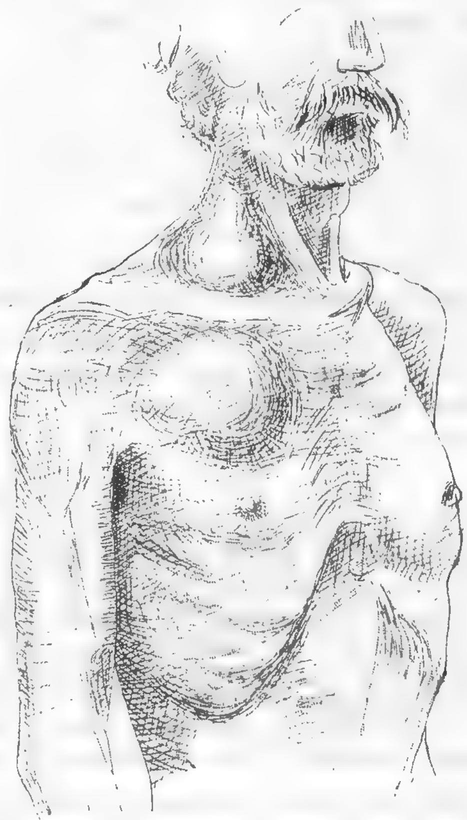
De plus, les crachats, très abondants, mucopurulents, parfois striés de sang, contiennent des bacilles de Koch.

Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est l'existence, dans les régions sus et sous-claviculaires droites, de deux tuméfactions intermittentes.

C'est en septembre 1904 que le malade se serait aperçu par hasard de la présence, au-dessus de la clavicule droite, d'une tumeur indolore, de la grosseur d'un œuf. Malheureusement cet homme, très nerveux, répond d'une façon aussi vague que prolixe à nos questions, et, s'étant mal observé, ne peut préciser les caractères ni le mode d'apparition de cette tumeur. Il raconte qu'en novembre, la grosseur sus-claviculaire se serait affaissée peu à peu en même temps qu'apparaissait une autre tuméfaction dans la région sous-claviculaire du même côté. C'est à cette époque qu'il a commencé à souffrir sous la clavicule et surtout au niveau de la paroi interne du creux axillaire; la douleur était assez vive pour immobiliser le bras; elle a persisté depuis, ainsi que les deux tumeurs, sans changements appréciables au dire du malade.

Lorsqu'on examine cet homme, ce qui frappe tout d'abord, c'est la maigreur du thorax; à l'état de repos, les creux sus et sous-claviculaires droits sont à peu près aussi profonds que ceux du côté gauche; la peau ne présente aucune modification; mais dès que le patient tousse ou fait un effort, ces régions bombent brusquement, d'une façon très nette, comme le montre la figure ci-contre; en même temps on perçoit à distance un bruit de clapotis, de gargouillement, tout à fait comparable à celui que produit l'issue ou la réduction d'une hernie intestinale.

Sous la clavicule droite, il se forme une poche aplatie, en forme de galette, assez régulièrement arrondie, d'un diamètre de 8 à 10 centimètres, recouvrant les trois premiers espaces



La double tumeur gazeuse, sus et sous-claviculaire, à son maximum de développement.

intercostaux; elle est de consistance très molle, facilement dépressible, franchement sonore, à une percussion très superficielle, dans sa zone supérieure, submate au contraire dans sa partie déclive; elle donne nettement l'impression d'une poche à parois très minces et très souples, remplie d'air, avec quelques gouttes de liquide; les pressions exercées sur elle déterminent un bruit de clapotis identique à celui que provoque l'issue de la poche; de plus elles la réduisent facilement et d'une façon qui semble à peu près complète, en produisant soit ce même bruit de clapotis, soit d'autres fois un bruit analogue à celui qu'on entend quand on dégonfle brusquement un pneumatique de bicyclette. Lorsque la tumeur s'est affaissée, on a la sensation, en palpant attentivement la région, qu'il reste sous le grand pectoral un sac vide, à parois très souples. Le muscle qui le recouvre ne semble pas plus atrophié que celui du côté opposé; les côtes ne semblent pas altérées, non plus que la clavicule, mais la pression éveille une douleur très vive au niveau de l'extrémité interne de la première côte et surtout dans le deuxième espace intercostal, au niveau de la paroi interne du creux axillaire.

D'autre part, en même temps que la région sous-claviculaire, le *creux sus-claviculaire* du même côté se remplit aussi par une poche ayant plus nettement encore que la première les mêmes caractères de mollesse, de sonorité et de réductibilité avec gargouillements. Elle est limitée en bas et en avant par la clavicule, en dedans par le muscle sterno-cléido-mastoïdien, qui n'est nullement soulevé par elle; en arrière et en dehors, elle s'enfonce sous le faisceau claviculaire du trapèze; en haut, dans l'angle que forment le trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien, elle envoie un prolongement vertical, qui remonte jusqu'au niveau de l'os hyoïde.

L'auscultation ne donne que des renseignements assez incertains; au niveau du cou, elle n'ajoute à peu près rien aux résultats de la palpation : même clapotis sec et éclatant dans la réduction de la poche, sans murmure vésiculaire perceptible dans les mouvements respiratoires.

Dans la région sous-claviculaire, il semble, en faisant respirer un peu profondément le malade, qu'on puisse distinguer deux plans superposés de bruits pathologiques : les uns profonds, certainement intrathoraciques, et que nous avons déjà signalés; d'autres, tout à fait superficiels, sous l'oreille pourrait-on dire, et présentant les caractères de gros craquements, secs, très éclatants, à résonnance presque métallique. Ces derniers bruits se passent certainement dans la poche réductible; ils sont du reste inconstants et doivent varier suivant l'état de plénitude ou de vacuité de la poche.

La recherche des vibrations thoraciques, lorsque la poche est réduite, montre une légère exagération au niveau des deux premiers espaces intercostaux; plus bas, les vibrations sont très atténuées, presque abolies; quand, au contraire, la poche est distendue par un effort ou une quinte de toux, les vibrations ne sont plus perceptibles, même sous la clavicule, résultat qui semble dû à l'interposition de la poche distendue, entre la main qui explore et la paroi thoracique qui vibre.

Pouvions-nous obtenir quelque renseignement précis par l'emploi de la radioscopie et de la radiographie? Nous devons avouer que ces deux méthodes souvent si précieuses n'ont pas été ici de grande utilité.

Par la radiographie, les deux sommets semblent peu transparents, le droit certainement plus obscur que le gauche. L'examen radioscopique, que M. Béclère a eu l'obligeance de pratiquer, a montré l'existence, en plein sommet opaque, d'une zone anormalement claire au-dessus et au-dessous de la clavicule droite, mais sans pouvoir en préciser la nature ni les connexions.

II

Voilà donc les éléments cliniques dont nous disposons. A quel diagnostic peuvent-ils nous conduire? C'est ce que nous allons chercher en nous appuyant sur l'observation directe de notre fait et sur sa comparaison avec les cas du même genre déjà publiés.

Tout d'abord, un premier point ne fait pas de doute : les deux poches ont leur *provenance anatomique dans l'appareil respiratoire*. Contre l'origine digestive, c'est-à-dire œsophagienne, plaident en effet des circonstances très nombreuses; il nous suffira de rappeler que les diverticules d'origine œsophagienne ne fusent jamais en avant, descendent toujours dans le médiastin postérieur; que d'autre part, dans notre cas, jamais les aliments ni les boissons n'ont pénétré dans les poches, que l'épreuve du cachet de bismuth a été normale, enfin que le phénomène de l'effort, de la toux, amène avec évidence la distension de ces tumeurs gazeuses.

C'est donc bien dans l'appareil respiratoire qu'il faut chercher l'origine de celles-ci; mais à quel niveau? Larynx, trachée ou poumon, voilà bien trois origines possibles. Mais c'est ici, dès que nous voulons préciser les connexions anatomiques de ces poches, que les plus grandes difficultés se présentent.

Un fait avant tout est certain : les poches sus et sous-claviculaires communiquent assez largement entre elles, forment une sorte de cavité biloculaire, de bissac. En effet, quand les deux poches sont distendues, toute pression exercée sur l'une d'elles augmente le volume et la tension de l'autre, en même temps que se produisent les bruits si caractéristiques que nous avons déjà signalés. Il semble qu'il y ait comme une sorte de « fluctuation gazeuse » transmissible de l'un à l'autre des deux diverticules.

Cette communication des deux poches entre elles paraît *a priori* possible de deux façons, suivant que l'on suppose leur tractus d'union profond et intrathoracique, ou superficiel et sous-claviculaire. Il est bien malaisé de choisir entre ces deux interprétations : car, d'une part,

il semble difficile et compliqué de supposer une double perforation thoracique faisant communiquer individuellement chacune des poches avec un carrefour profond qui ne pourrait guère être qu'une caverne pulmonaire ou un pneumothorax circonscrit du sommet; mais, d'autre part, l'application transversale du bord cubital de la main sous la clavicule ne paraît pas par pression interrompre complètement la communication des deux poches; il est vrai qu'elle semble en diminuer le calibre, et que du reste la manœuvre, douloureuse, mal supportée par le malade, ne peut être poussée à fond.

S'il est déjà difficile de déterminer d'une façon exacte comment les deux poches communiquent entre elles, il est encore bien plus malaisé de préciser leurs rapports profonds, leur origine et leur nature.

A première vue, deux hypothèses se présentent : il peut s'agir d'une hernie du poumon, ou bien d'un diverticule laryngé ou trachéal.

C'est à la *hernie du poumon* que nous avions pensé tout d'abord; et, en effet, notre cas se rapproche des hernies du poumon de par son siège et de par certains caractères physiques importants : dans un fait observé par M. Galliard et publié par M. Debienne (1), le siège était identique, la hernie était apparue dans le creux sous-claviculaire, puis s'était étendue à la région sus-claviculaire en passant sous la clavicule; notre cas paraît avoir présenté une évolution analogue, mais en sens inverse. Les signes physiques classiques des hernies pulmonaires (sonorité à la percussion, expansibilité par la toux et les efforts, réductibilité) se retrouvent ici.

Toutefois, la consistance de ces tumeurs est spongieuse, élastique; il y a habituellement de la crépitation. Chez notre malade, au contraire, la palpation donne l'impression d'une poche à parois très souples, et remplie seulement d'air.

S'agirait-il donc d'un poumon emphysémateux? On sait que toujours le parenchyme pulmonaire hernié présente des lésions d'emphysème, quelquefois très développées, au point de supprimer la crépitation. Mais notre patient est un tuberculeux avancé; il présente, au niveau de son sommet droit, un vaste foyer d'infiltration avec caverne; il semble donc bien difficile d'admettre qu'une portion de ce sommet soit complètement respectée par la tuberculose, et purement emphysémateuse. Or, la souplesse de la tumeur contredit formellement l'hypothèse d'un parenchyme infiltré de tuberculose, et même celle d'une portion de poumon creusée par une vaste caverne; il y a là une impossibilité anatomo-pathologique. De plus, il faudrait admettre l'existence de deux hernies communiquant entre elles par l'intermédiaire d'une caverne intrathoracique. Outre l'invraisemblable complexité de cette interprétation, l'absence de toux, de dyspnée et d'expectoration pendant la réduction est un argument de plus contre l'hypothèse d'une hernie pulmonaire.

Le second diagnostic que l'on puisse formuler est celui de diverticule laryngé ou trachéal.

Contre la *laryngocèle*, se dressent d'emblée plusieurs objections : le volume de la tumeur, son siège franchement latéral avec grande expansion sous-claviculaire, l'absence de toute connexion palpable avec le larynx, l'absence de troubles de la phonation, le résultat négatif de l'examen laryngoscopique. De plus, quand le malade tousse, on a l'impression que la poche subit son expansion de bas en haut, et c'est le contraire qui se produirait s'il s'agissait d'une laryngocèle.

Reste à discuter la possibilité d'une *trachéocèle*. Non seulement la sonorité à la percussion, et l'expansibilité à la toux et à l'effort, mais aussi la réductibilité avec ces bruits si spéciaux que nous signalions, et la consistance molle de poche à parois souples, rapprochent singulièrement nos tumeurs des trachéocèles. Mais une objection capitale surgit encore ici : aucune des observations de trachéocèles publiées jusqu'à ce jour ne se rapporte à des tumeurs à la fois sus et sous-claviculaires; toujours les trachéocèles restent des tumeurs paratrachéales, et elles soulèvent le sterno-cléido-mastoïdien lorsqu'elles s'étendent vers le creux sus-claviculaire. Ici, la tumeur supérieure est tout entière en dehors de ce muscle, qui n'est pas soulevé; la palpation ne révèle ni pédicule ni tuméfaction quelconque le long de la trachée, et la pression exercée en ce point n'empêche nullement le gonflement des poches par la toux.

Notre observation ne répond donc guère mieux à la description des trachéocèles qu'à celle des hernies pulmonaires.

III

Trouvons-nous dans la littérature médicale quelques cas qui puissent être rapprochés du nôtre? Dans un travail très documenté de M. Petit (1) sont mentionnées, à côté d'un grand nombre de trachéocèles types, quelques observations qui par certains points rappellent la nôtre sans lui être cependant très comparables, et dans lesquelles d'ailleurs le diagnostic clinique est resté aussi incertain que dans le cas présent, en l'absence de toute vérification anatomique.

C'est tout d'abord une observation de M. Fabre, la seule où la tumeur gazeuse ait envahi à la fois les creux sus et sous-claviculaires. Il semble toutefois s'agir non d'une véritable poche gazeuse, mais bien plutôt d'un emphysème localisé consécutif à une rupture de la trachée; la guérison rapide, en deux semaines, de cette tumeur gazeuse, ne permet pas de l'identifier à la nôtre.

Une autre observation, due à M. Passaquay, concerne une tumeur paratrachéale, du volume du poing, présentant les mêmes caractères physiques que celle de notre patient, mais dont l'origine est aussi incertaine, les chirurgiens qui ont vu le malade ayant hésité entre le diagnostic de trachéocèle et celui de hernie du poumon.

Ailleurs, Daremberg et Verneuil (2) relatent l'observation d'une tumeur gazeuse qui soulevait le sterno-cléido-mastoïdien, se réduisait spontanément, mais non par la pression. Là encore, le diagnostic clinique de trachéocèle est discutable, et la vérification anatomique fait défaut.

Si donc il semble bien qu'il ne puisse s'agir dans notre cas ni d'une hernie du poumon, ni d'une trachéocèle, quelles autres hypothèses pouvons-nous émettre?

IV

Il paraît invraisemblable que nous ayons affaire à un *abcès froid ganglionnaire* ouvert dans la trachée : l'histoire du malade, l'absence d'autres adénopathies, de tout phénomène inflammatoire et de toute induration élimine ce diagnostic.

S'agit-il d'un *abcès froid costal* ouvert dans le poumon? Les mêmes arguments sont à opposer, et de plus le siège sus-claviculaire ne saurait être expliqué par cette interprétation.

Reste l'hypothèse d'un *emphysème localisé, enkysté, consécutif à la perforation, soit de la trachée, soit du sommet du poumon tuberculeux après symphyse pleurale*. Ce mécanisme a contre lui cette notion de pathologie générale que l'emphysème consécutif à une déchirure d'un point quelconque de l'arbre respiratoire ou bien se généralise jusqu'à amener la mort, ou bien se résorbe rapidement, comme dans le cas de M. Fabre. Mais, d'autre part, certains auteurs admettent la possibilité d'un troisième mode d'évolution de cet emphysème : l'enkystement, qu'ils expliquent par le passage de l'air bulle à bulle à travers une plaie de dimensions minimes. Telle est la pathogénie qu'ils invoquent pour les trachéocèles d'un certain volume, inexplicables suivant eux par une hernie de la muqueuse trachéale.

Sans doute, c'est là un point très discuté encore; c'est une simple interprétation qui n'a pour fondement ni une vérification anatomique, ni une reproduction expérimentale. Mais elle n'est pas invraisemblable, et c'est peut-être elle qui nous donne l'explication la plus satisfaisante des symptômes que nous constatons chez notre malade.

Si donc il nous fallait absolument, pour conclure, formuler un diagnostic, nous dirions : perforation, de nature vraisemblablement tuberculeuse, d'un point mal déterminé de l'appareil respiratoire (partie inférieure de la trachée ou sommet du poumon), ayant laissé l'air s'épancher lentement dans le tissu cellulaire du creux sous-claviculaire, où il a formé une poche enkystée d'emphysème, poche limitée par les aponévroses de la région; secondairement, cette poche a envoyé sous la clavicule une expansion qui s'est étalée sous les muscles grand et petit pectoral, dont les insertions ont arrêté et limité son développement. Du reste, la double tumeur gazeuse paraît actuellement en voie d'affaissement et de retrait, et son ampliation est certainement moins grande dans les efforts de toux. Il semble que son contenu gazeux subisse une résorption progressive, mais beaucoup plus lente que dans l'observation de M. Fabre.

Comme on le voit par cette longue discussion, on se heurte de tous côtés à des difficultés inextricables d'interprétation, et la solution que nous proposons n'a pas la prétention d'être autre chose qu'une hypothèse. Seul l'examen anatomique serait capable de montrer l'origine et la nature de ces curieuses tumeurs.

A. CHAUFFARD, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Cochin.

L. LAEDERICH, Interne des hôpitaux de Paris.

(1) DEBIENNE. De la hernie du poumon. (*Thèse de Paris*, 1897, p. 71.)

(1) L.-H. PETIT. Des tumeurs gazeuses du cou (aérocèle, bronchocèles, laryngocèles, trachéocèles des auteurs). (*Rev. de chir.*, fév., mars, mai et juin 1889, p. 97, 205, 370 et 471.)

(2) G. DAREMBERG et A. VERNEUIL. Observation de trachéocèle. (*Rev. de chir.*, mai 1886, p. 417.)

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Méningite séreuse à rechutes; présence du méningocoque dans le liquide céphalo-rachidien sans réaction méningée, par MM. J. PATOIR et M. DEHON.

Le fait relaté par les auteurs est un exemple d'une de ces formes de méningite infectieuse atténuée, fruste pourrait-on dire, dont l'examen systématique du liquide céphalo-rachidien a permis depuis peu de constater la réalité.

Une femme de trente-cinq ans, ayant eu de nombreuses grossesses et ayant subi de multiples privations, se plaignait de souffrir depuis deux ans de céphalalgie avec constriction des tempes, de douleurs mal localisées des membres, de courbature, etc. L'examen des viscères demeurant négatif, on porta le diagnostic de neurasthénie. Un beau jour, ces malaises augmentent, l'affaissement de la malade devient plus marqué, et il se produit un léger mouvement fébrile (38°4, puis 39° le soir); l'examen ne révèle toujours rien de caractéristique, et l'on pense à de la grippe, quand survient, comme seule manifestation morbide du côté du système nerveux — sauf la prostration —, une paralysie du muscle droit externe de l'œil gauche, avec diplopie; on est frappé, en outre, de l'intensité de phénomènes vasomoteurs (alternatives de pâleur et de rougeur du visage) qui,

bien qu'existant précédemment, étaient passés inaperçus. Soupçonnant alors une méningite peut-être tuberculeuse ou syphilitique, on fait une ponction rachidienne : celle-ci fournit un liquide absolument limpide, de pression normale, ne contenant ni fibrine, ni albumine, qui, centrifugé, ne présente aucune trace de culot, mais dont l'ensemencement donne du méningocoque en cultures pures.

Cependant, l'état subfébrile avait cessé au bout de quelques jours, et la malade avait repris son état antérieur. Cette accalmie, toutefois, ne fut pas de longue durée; la diplopie, qui avait disparu, refit son apparition, ainsi que les petites élévations thermiques vespérales. Une deuxième ponction lombaire fournit exactement les mêmes résultats que la précédente. Cette femme quitta peu après l'hôpital dans un état relativement satisfaisant.

En l'absence des constatations que permit dans ce cas la mise en culture du liquide céphalo-rachidien, on aurait certainement cru, à l'aspect extérieur et même à l'examen microscopique de ce liquide, qu'il s'agissait de méningisme simple. La présence du méningocoque force bien à admettre cependant qu'il y avait infection méningée; et de fait, comme le font observer les auteurs, les symptômes des méningites peuvent être attribués les uns à la lésion de la substance nerveuse sous-jacente, les autres à la réaction méningée; or, c'est cette dernière seule que traduisent — en même temps que les signes d'excitation (convulsions, contractures, etc.) — les modifications du liquide céphalo-rachidien. Il y a donc tout lieu de supposer que, dans le présent cas, et dans ceux de même genre, on se trouve en présence d'infections méningées sans réaction des méninges. (*Echo méd. du Nord*, 15 janvier 1905.) — F. F.

Un cas de luxation du nerf cubital, par MM. Blanc et Tisserand.

Un jeune homme de dix-huit ans, en soulevant un lourd fardeau, éprouve une vive douleur dans le coude gauche, en même temps qu'il a la sensation qu'« un nerf saute ». Durant six semaines, le phénomène se reproduit sans inconvénient notable lors de chaque mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras, mais, à ce moment, des douleurs apparaissent au niveau du coude, et la force musculaire commence à diminuer dans le bras gauche.

A l'inspection, la région paraît normale tant que le membre est en extension; au contraire, sitôt que la flexion atteint l'angle droit, on voit un cordon assez volumineux passer brusquement, en déterminant une violente douleur le long du bord interne de l'avant-bras, de la face postérieure à la face antérieure de l'épitrochlée; si on explore alors la gouttière épitrochléo-olécrânienne, on la trouve vide; la pression du cordon en question détermine d'autre part des irradiations douloureuses dans l'annulaire et le petit doigt. Il n'est donc pas douteux qu'il s'agisse du nerf cubital luxé; la luxation se réduit d'ailleurs spontanément dès que le membre est remis en extension, le nerf revenant aussitôt prendre sa place dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne.

Lors de l'intervention, on constata que le nerf cubital — le membre étant en extension — occupait le sommet de l'épitrochlée, et non le versant externe de cette saillie; la gouttière semblait du reste comblée par du tissu graisseux anormalement développé. Pour maintenir le nerf à sa place normale, on lui constitua une sorte de sangle postérieure au moyen d'un petit lambeau musculo-aponévrotique disséqué sur les muscles épitrochléens, au niveau de leur insertion, et fixé au triceps, préalablement avivé. Les suites opératoires et fonctionnelles furent satisfaisantes : la contention du nerf était parfaite, et tous les mouvements pouvaient être exécutés sans gêne ni douleur; un mois après l'intervention, on notait cependant une légère zone d'hypoesthésie le long du bord cubital de l'auriculaire et de l'éminence hypothénar.

En ce qui concerne le traitement de ce rare accident, dont la pathogénie est encore obscure, les auteurs font observer que, chez un sujet jeune tout au moins, il pourrait n'être pas sans danger d'enfermer le nerf — comme l'ont fait certains chirurgiens — sous un lambeau périosté, dont la prolifération pourrait ultérieurement entraîner de graves accidents de compression. (*Loire méd.*, février 1905.) — F. F.

La dysarthrie linguale intermittente, indice de thrombose artérielle cérébrale, symptôme prémonitoire à distance des accidents graves du ramollissement cérébral, par M. L. Huyghe.

Il est connu que le ramollissement cérébral peut débuter de deux façons différentes : soit subitement, par ictus apoplectiforme; soit insidieusement, après une période plus ou moins longue de troubles mal caractérisés. Or, c'est précisément dans cette seconde forme qu'il importe de faire un diagnostic aussi précoce que possible, afin d'instituer la thérapeutique nécessaire. A cet égard, la connaissance du signe étudié par M. Huyghe peut rendre d'importants services.

Chez 3 malades qu'il a observés en l'espace de deux années, l'auteur a eu l'occasion de noter, plusieurs mois avant l'éclosion de phénomènes de ramollissement nettement caractérisés, un embarras de la parole consistant en une dysarthrie accentuée, c'est-à-dire en une difficulté à prononcer les mots à syllabes nombreuses, mots dont l'émission exige, des muscles phonateurs, un travail moteur plus considérable et une association de mouvements plus complexe.

Cette dysarthrie, à peu près constante, est surtout accusée à l'occasion d'une conversation rapide, d'une colère, d'une émotion, en un mot toutes les fois que le débit de la parole doit être précipité. Objectivement, le patient éprouve une sensation de gêne, de lourdeur dans la langue. Subjectivement, on constate à la vue une hémiatrophie linguale plus ou moins prononcée; au toucher, une sensation de consistance moindre de la moitié atteinte de l'organe. Cette hémiglossatrophie est homonyme par rapport aux troubles paralytiques.

En ce qui concerne la pathogénie de ce symptôme, il n'est pas impossible de la reconstituer en tenant compte de nos connaissances actuelles sur l'innervation de l'appareil phonateur. Celle-ci est assurée par l'hypoglosse, le facial, le glosso-pharyngien et le spinal; or, les noyaux d'origine de ces nerfs siègent dans les colonnes grises du bulbe, mais ils sont en relation avec des centres corticaux occupant la région de l'opercule rolandique. Dès lors, si l'on veut bien se souvenir que le ramollissement a pour siège de prédilection les circonvolutions périrolandiques, on concevra aisément que les premiers troubles circulatoires au niveau de la sylvienne ou de ses branches, avant d'aboutir à l'ischémie complète et définitive du territoire correspondant, se traduisent pendant un certain temps par des troubles anémiques qui affecteront précisément les centres corticaux ayant sous leur dépendance les muscles phonateurs, et particulièrement le centre du facial. (*Nord méd.*, 1er février 1905.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur la présence de spirochètes dans le suc des ganglions lymphatiques des syphilitiques, par MM. F. Schaudinn et E. Hoffmann.

Au cours de recherches microscopiques qu'ils ont instituées sur des lésions syphilitiques, les auteurs du présent mémoire ont été à même de constater la présence de véritables spirochètes non seulement à la surface des papules et des chancres, mais encore dans l'épaisseur même des tissus constituant ces lésions. Toutefois, comme des microorganismes analogues avaient, d'autre part, été signalés dans différentes affections des organes génitaux, voire même dans le smegma de sujets apparemment sains, MM. Schaudinn et Hoffmann se montrèrent d'abord très réservés à l'égard de la signification étiologique de ces spirochètes. Ils ne tardèrent, cependant, pas à se convaincre qu'il existait, dans leurs préparations, deux espèces distinctes de ces microbes : l'une plus grosse et prenant une coloration foncée, qu'ils désignent sous le nom de *Spirochaete refringens*, et l'autre, plus délicate et se laissant difficilement colorer, à laquelle ils donnent le nom de *Spirochaete pallida*. Or, en poursuivant les recherches en question, ils furent à même de se rendre compte que la seconde espèce se retrouve régulièrement tant dans les accidents primitifs et les papules génitales qu'au sein même des ganglions lymphatiques inguinaux indolores.

Afin de se mettre à l'abri de toute infection mixte accidentelle, MM. Schaudinn et Hoffmann ne se sont, en effet, pas bornés à examiner les tissus de chancres et de papules, mais ont encore cherché à obtenir le suc de ganglions inguinaux tuméfiés, ceux-ci étant séparés par une assez longue distance de la lésion primitive. Dans 2 cas, ils ont, à cet effet, extirpé un de ces ganglions; chez 6 autres malades, qui se refusèrent à subir cette opération, ils ont pu recueillir quelques gouttes de suc ganglionnaire, plus ou moins mêlé de sang, par la ponction des ganglions inguinaux. Dans tous ces faits, dont 6 se rapportaient à une infection syphilitique datant de quatre semaines et demie à huit semaines, sans lésions secondaires du côté de la peau et des muqueuses, les 2 autres étant d'origine plus ancienne (quatre mois environ), les auteurs ont pu déceler la présence du *Spirochaete pallida*.

Ce microorganisme, qui jusqu'ici n'a été noté que dans les produits morbides syphilitiques, se présente sous la forme d'un corps extrêmement délicat, fort peu réfringent à l'état vivant et très mobile, filiforme, entortillé en spirale et à extrémités pointues. Sa longueur varie entre 4 et 14 μ, sa largeur, qui se laisse à peine mesurer, atteint tout au plus un quart de μ; quant au nombre des tours de spire, il oscille entre 6 et 14. Ce qui est particulièrement caractéristique pour cette espèce de spirochète et permet de la différencier facilement d'avec le *Spirochaete refringens*, que l'on trouve à la surface et dans les couches superficielles des lésions génitales, c'est son mode d'enroulement : ses tours de spire sont non seulement plus nombreux, mais encore très étroits et brusques, en tire-bouchon, tandis que ceux du *Spirochaete refringens* sont plats, larges et comme ondoyants.

En dehors même de la différence dans le pouvoir réfringent et dans la configuration générale, le *Spirochaete pallida* se distingue de toutes les autres espèces de spirochètes, connues jusqu'à présent, par ce fait qu'il se laisse très difficilement colorer par les diverses matières colorantes que l'on emploie habituellement avec succès pour mettre en apparence ces microorganismes.

Ajoutons que, malgré la présence constante du *Spirochaete pallida* dans le suc provenant de ganglions lymphatiques des sujets atteints de syphilis, MM. Schaudinn et Hoffmann sont loin de vouloir, d'ores et déjà, attribuer au microorganisme en question un rôle déterminé dans l'étiologie de cette maladie, estimant que ce point ne pourrait être élucidé que par de nouvelles recherches. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 mai 1905.) — L. CH.

Sur les abus de la transplantation tendineuse, par M. H. Oppenheim.

On sait que, depuis quelques années, la transplantation tendineuse d'après la méthode de Nicoladoni est très en vogue et que le champ de ses indications tend à s'élargir de plus en plus. Il est, toutefois, évident que cette opération ne peut viser que les états paralytiques résultant d'une affection dont l'évolution est complètement terminée, comme les paralysies stables consécutives à la poliomyélite antérieure aiguë, par exemple. Or, M. Oppenheim a déjà eu l'occasion de voir 3 cas dans lesquels une maladie à marche progressive du système nerveux central — probablement méconnue dans sa nature — a donné lieu à l'intervention dont il s'agit.

Dans la première de ces observations, on

avait affaire à un jeune homme de vingt ans atteint d'une atrophie musculaire progressive ayant débuté à l'âge de huit ans. Les commémoratifs et l'examen du malade témoignaient nettement que le mal avait fait des progrès considérables au cours même de l'année, et néanmoins un chirurgien intervint pour fendre le tendon du triceps sural — muscle qui, à cette époque, fonctionnait relativement bien — et greffer partiellement ce tendon sur celui du long péronier. L'opération échoua, à en juger d'après les constatations que l'auteur fut à même de faire au bout d'environ six mois : le patient n'avait rien gagné au point de vue de l'abduction du pied et, de plus, le triceps sural fonctionnait très faiblement et présentait une réaction partielle de dégénérescence.

Dans le second fait, il s'agissait d'une poliomyélite antérieure chronique où, malgré le caractère nettement progressif de l'affection, on transplanta le tendon de l'extenseur du gros orteil sur celui du muscle tibial antérieur. Or, sans méconnaître que l'atrophie musculaire progressive, surtout dans un cas à évolution très lente, peut créer une indication pour la réalisation d'une ténotomie, M. Oppenheim se demande quel avantage on peut attendre d'une transplantation tendineuse dans une affection à marche progressive, où un muscle, voire même un groupe musculaire, qui paraissent encore intacts à un moment donné, peuvent au bout de quelques mois être frappés par la paralysie atrophique. Par contre, il n'est pas difficile de concevoir les inconvénients qu'entraîne, en pareille occurrence, l'intervention opératoire et l'application consécutive d'un appareil inamovible qui enserre l'extrémité atrophique en entier ou, tout au moins, un notable segment de celle-ci.

La troisième observation relatée par l'auteur a trait à une femme qui consulta un chirurgien pour des douleurs dans le membre inférieur gauche, surtout au niveau des régions des nerfs crural et sciatique, douleurs qui ne tardèrent pas à être suivies d'une paralysie atrophique progressive dans le domaine de ces deux nerfs. Bien que la malade se plaignît déjà de troubles analogues du côté droit, on n'y attacha aucune importance et, sans entreprendre une exploration appropriée, on procéda à une transplantation tendineuse sur la jambe gauche et on immobilisa ensuite cette extrémité dans un appareil plâtré. Trois mois après, la patiente, gardant toujours son appareil, fut amenée chez M. Oppenheim : elle éprouvait des douleurs violentes dans les deux membres inférieurs, au niveau du dos et dans tout le corps, ces douleurs s'exaspérant à chaque tentative de mouvement et à l'occasion de la toux et de l'éternuement; de plus, elle se plaignait d'un affaiblissement progressif des extrémités inférieures, de troubles de la sensibilité, ainsi que de désordres dans la miction et la défécation, et elle avait considérablement maigri. A l'examen, l'auteur constata l'existence d'une paralysie atrophique des deux membres inférieurs, dans le domaine des nerfs lombaires et sacrés, avec troubles graves de l'excitabilité électrique, exagération des réflexes tendineux et hypoesthésie tant dans la région du nerf sciatique que dans le voisinage de l'anus. Les apophyses épineuses de la onzième et de la douzième vertèbre dorsale étaient excessivement douloureuses à la pression et à la percussion; la pression exercée sur l'abdomen déterminait également des douleurs considérables au niveau des dernières vertèbres dorsales et dans leur voisinage. On avait donc affaire à une compression de la moelle sacro-lombaire et des racines y prenant leur point de départ. Aussi M. Oppenheim posa-t-il le diagnostic de tumeur vertébrale, et ce diagnostic fut confirmé par l'examen radioscopique.

En présence de ces faits, on comprend les dangers que peut comporter la transplantation tendineuse pratiquée sans que l'on ait pris soin, au préalable, de s'assurer qu'il s'agit d'une affection complètement terminée, et non pas en pleine évolution. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 février 1905.) — L. CH.

Fibrinorrhée plastique avec myome caverneux et endométrite kystique chronique, par M. J. Wallart.

Les particularités remarquables qu'offrait le cas de myome relaté dans le présent travail nous engagent à résumer cette observation.

Une femme de cinquante-neuf ans avait eu depuis quatre ans, à deux reprises différentes, des pertes blanches assez abondantes. Elle venait d'en être atteinte derechef, mais, cette fois, les pertes s'étaient accompagnées de ténesme vésical, de coliques utérines et de l'expulsion — dix à douze fois par jour — de « peaux » blanchâtres, aplaties, longues de 2 centimètres en moyenne, larges de 3 ou 4 millimètres, et dont l'extrémité s'effilait en une sorte de pédicule, quelquefois double. Leur surface était bosselée, en raison de la présence de microkystes contenant chacun une bulle gazeuse. A l'examen microscopique, elles paraissaient formées simplement par de la fibrine enserrant dans ses mailles de nombreuses cellules épithéliales plates rappelant celles du vagin. On y trouvait enfin quelques globules rouges ou blancs, mais en petit nombre, et pas traces de vaisseaux; par contre, les microbes y abondaient.

Comme l'expulsion de ces pseudo-membranes coïncidait presque toujours avec un pressant besoin d'uriner, la malade ne savait pas si elles provenaient de la vessie ou du vagin. Dans un examen ultérieur, on surprit cependant une de ces lamelles fibrineuses adhérant encore au canal cervical par son pédicule effilé, pendant que sa majeure partie occupait le cul-de-sac postérieur : la question d'origine était donc tranchée. Quant à l'utérus, son volume correspondait à celui d'une grossesse de quatre mois; ni les annexes ni la vessie ne semblaient atteintes; les pertes étaient inodores.

Au bout de quatre ou cinq mois, des hémorragies apparurent et l'on jugea prudent de recourir à une hystérectomie abdominale. La malade guérit, et voici les particularités que présentaient son utérus :

Le volume était celui d'une tête d'enfant; dans la paroi postérieure existait un myome dégénéré et pseudo-kystique, qu'une forte capsule musculaire entourait en entier. Du côté de la cavité utérine, ce myome dessinait une grosse saillie pourvue de quelques petits polypes secondaires. La muqueuse de l'utérus, très vasculaire grâce à la dilatation excessive de tout le réseau capillaire et veineux, présentait une multitude de petits kystes dus à l'oblitération et à la dilatation des glandes. Enfin, dans la cavité utérine même, on trouva un petit corps fibrineux analogue à ceux qui avaient été antérieurement expulsés, mais ne contenant ni cellules pavimenteuses, ni bactéries, ni kystes. On y constatait seulement quelques leucocytes, des érythrocytes et des cellules cylindriques.

L'origine de la fibrinorrhée pouvait alors se reconstituer ainsi : par suite de la présence du myome et surtout de la capsule contractile qui l'entourait, les veines avaient à subir une forte compression, d'où la congestion passive de la muqueuse. Cette stase avait pour conséquence la transsudation d'un sérum plus ou moins fibrineux, lequel se coagulait dans la cavité utérine. La patiente expulsait au bout d'un certain temps cette petite masse fibrineuse qui s'étirait à travers le col, et qui, tombant ensuite dans le cul-de-sac postérieur, s'y étalait et s'y enrobait de cellules épithéliales et de bactéries : parmi ces dernières on sait que le vagin contient des espèces gazogènes, et c'est à elles qu'étaient dues les bulles gazeuses donnant à la pseudo-membrane son aspect microkystique. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIII, 2.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

50 cas d'appendicite et 50 cas de hernie, étudiés au point de vue de l'albuminurie, par M. F. E. Bunts.

Ayant eu l'occasion de constater fréquemment la présence d'albumine et de cylindres dans les urines de sujets atteints d'appendicite, et s'appuyant sur des recherches de M. Munro, d'après lesquelles on relèverait des troubles rénaux chez 35 % des malades traités dans les services de chirurgie, l'auteur a entrepris une enquête en vue de se rendre compte dans quelle mesure la présence ou l'absence d'un processus phlegmasique intrapéritonéal retentit sur la fréquence de l'albuminurie. A cet effet, il a institué une série de recherches comparatives dans deux groupes de faits, le premier comprenant 50 cas consécutifs d'appendicite, le second 50 cas, également consécutifs, de hernie *sans complication inflammatoire.*

Dans la première catégorie, 43 malades furent opérés pendant la crise, et 7 à froid. L'analyse des urines avant l'intervention décela la présence d'albumine chez 18 sujets, mais chez 5 d'entre eux l'albuminurie disparut après l'opération. D'autre part, 20 patients, qui auparavant étaient exempts d'albuminurie, en furent atteints à la suite de l'intervention, ce qui porte à 33 le total des cas où il existait de l'albuminurie après l'opération.

Sur les 50 sujets du second groupe, 11 seulement avaient de l'albumine dans leurs urines avant l'intervention, et chez 2 d'entre eux elle disparut après celle-ci. Une albuminurie post-opératoire se déclara également dans 11 cas, ce qui, avec les 9 autres faits où ce symptôme persista après l'intervention, donne un total de 20 observations.

Si l'on compare maintenant ces deux séries de chiffres, on voit que, pour ce qui est des cas inflammatoires, 18 malades, c'est-à-dire 36 %, avaient de l'albuminurie avant l'opération, tandis que pour les cas non inflammatoires la proportion tombe à 22 %. Dans le premier groupe, 13 sujets ou 26 % présentèrent de l'albuminurie à la fois avant et après l'intervention, alors que dans la seconde catégorie on n'en trouve que 9, ou 18 %. D'autre part, l'acte chirurgical amena la disparition de cette albuminurie pré-opératoire dans 28 % des cas inflammatoires (5 sur 18), et seulement dans 18 % des cas de hernie (2 sur 11).

Il semble donc que l'existence d'un processus phlegmasique intrapéritonéal ait pour effet d'augmenter sensiblement la fréquence de l'albuminurie. Quant à l'intervention elle-même, elle provoque, en pareille occurrence, de l'albuminurie dans 40 % des cas, tandis que chez 10 % des malades elle fait disparaître l'albuminurie préexistante. Les effets de l'acte chirurgical sont loin d'être les mêmes, lorsqu'il s'agit d'affections non inflammatoires : là on ne note plus l'albuminurie post-opératoire que dans 22 % des cas, et, d'autre part, la disparition de l'albumine à la suite de l'intervention s'observe seulement dans 4 % des faits. Ce faible pourcentage des albuminuries guéries par l'opération témoigne que, dans les cas non inflammatoires, la présence d'albumine tient à un état morbide permanent beaucoup plus que cela n'a lieu dans les phlegmasies.

M. Bunts insiste particulièrement sur la proportion très élevée des cas inflammatoires dans lesquels on nota de l'albuminurie après l'intervention (33 sur 50, c'est-à-dire 66 %), ainsi que sur ce fait que chez 40 % des sujets l'albumine, constatée dans les urines consécutivement à l'opération, n'y avait pas été décelée auparavant. Ajoutons que la plupart des opérations dont il s'agit ont été pratiquées sous anesthésie à l'éther, et non pas au chloroforme, ce dernier anesthésique provoquant assez souvent par lui-même de l'albuminurie.

En se basant sur la faible mortalité de sa statistique (2 décès en tout, se rapportant à des appendicites suppurées), et sur ce fait que, parmi les malades guéris, il y avait une femme enceinte de sept mois, présentant de l'albumine et des cylindres hyalins, et qui ensuite accoucha à terme d'un enfant bien portant, l'auteur estime que l'albuminurie ne saurait, à elle seule, constituer une contre-indication à l'intervention chirurgicale. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars 1905.) — L. CH.

Opération césarienne pour dystocie consécutive à une myomectomie, par M. J. C. Hubbard.

On connaît d'assez nombreux exemples d'opération césarienne nécessitée par une ventro ou

une vagino-fixation. Beaucoup plus rares semblent être celles qui trouvent leur indication dans une myomectomie antérieure, comme le fait se produisit dans le fait relaté par M. Hubbard.

Une femme de vingt-neuf ans avait subi quatre ans auparavant une myomectomie pour deux petits fibromes localisés sur la paroi antérieure de l'utérus et larges respectivement de 18 et 25 millimètres. Les suites opératoires avaient été bonnes, sauf un abcès pariétal qui parut s'étendre jusqu'à l'utérus. Deux ans plus tard cette femme se trouvait enceinte; les eaux s'étaient écoulées prématurément et comme, au bout de deux jours, le travail n'avançait pas, l'auteur fut mandé. A son arrivée l'utérus était à peu près transversalement situé dans l'abdomen; on sentait la tête fœtale sous les fausses côtes gauches, le siège dans la fosse iliaque droite et le dos en avant; quant au col utérin, il était extrêmement dévié à gauche. M. Hubbard recourut à la version podalique, mais, par suite de la situation anormale du col, l'extraction fut des plus difficiles et le fœtus, qui survécut à peine, eut au cours de l'opération une jambe et un bras fracturés.

Deux ans après, cette femme était de nouveau enceinte : le fœtus et l'utérus occupaient la même situation que précédemment, avec cette différence que le col était encore plus dévié à gauche et presque hors d'atteinte. On se résolut donc en faveur d'une opération césarienne par crainte d'accidents graves. Cette intervention réussit très bien et l'enfant fut extrait vivant.

Au cours de l'opération, on trouva quelques légères adhérences épiploïques ou pariétales de l'utérus et, sur sa partie droite, une cicatrice. Il est probable que c'était à celle-ci qu'était due la dystocie : la moitié droite de l'utérus, plus ou moins fixée par la cicatrice qui résistait à l'ampliation gravidique de l'organe, était demeurée immobile, et le reste du corps de l'utérus, pivotant autour d'elle, s'était couché transversalement dans l'abdomen, pendant que le col se déplaçait à gauche. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars 1905.) — R. DE B.

Présence de l'appendice enflammé dans une hernie inguinale, simulant un étranglement, par M. J. E. GOLDING.

Un homme de soixante-huit ans fut admis à l'hôpital pour des douleurs dans les régions inguinale et scrotale droites, accompagnées de vomissements et de constipation. L'examen révéla, du côté droit du scrotum, la présence d'une tumeur solide et sensible, qui, au dire du patient, datait d'une vingtaine d'années et au niveau de laquelle la peau était rouge et luisante; les douleurs et les vomissements avaient apparu depuis deux jours. La tumeur était irréductible, mate à la percussion et non transparente; on n'y constatait ni fluctuation, ni déplacement à l'occasion de la toux. On supposa avoir affaire à une hernie étranglée, et le malade fut opéré le jour même de son admission dans le service.

A l'ouverture du sac herniaire, il s'échappa 250 grammes environ d'un liquide clair, jaune paille, et l'on vit alors un corps allongé, mesurant 25 centimètres de long sur 2 centim. 1/2 d'épaisseur et qui adhérait intimement aux parois du sac. Après avoir libéré et incisé ce corps, on put se rendre compte qu'en son milieu était logé l'appendice vermiculaire, entouré d'une masse épaisse de tissu conjonctif inflammatoire. Le doigt passait librement à travers le canal inguinal, sans y rencontrer la moindre constriction.

L'appendice, une fois dégagé de sa gangue de tissu connectif, fut lié tout près du cæcum, puis extirpé; on toucha ensuite le moignon au thermocautère et, après avoir réséqué le sac, on fit la cure radicale de la hernie d'après le procédé de Bassini. Un abcès d'un point de suture mis à part, la cicatrisation de la plaie se fit très régulièrement, et le patient quitta l'hôpital au bout de vingt-cinq jours, complètement guéri.

L'appendice enlevé mesurait plus de 24 centimètres de long et présentait, à son extrémité périphérique, des signes de congestion, avec taches ecchymotiques.

En dehors de cette longueur démesurée de l'appendice, l'observation que nous venons de résumer offre un autre point intéressant, à savoir la similitude entre les symptômes notés chez le malade en question et le tableau clinique d'une hernie étranglée. On voit, d'après ce fait, que la présence, dans un sac herniaire, d'un appendice en pleine phlegmasie aiguë est parfaitement susceptible de simuler un étranglement et de rendre le diagnostic particulièrement malaisé. (*Med. Record*, 21 janvier 1905.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement du mycosis fongoïde par les toxines solubles du streptocoque de l'érysipèle.

L'action favorable qu'exerce parfois un érysipèle intercurrent sur le sarcome ou le cancer est connue depuis longtemps, et il y a plus de quarante ans que Bazin a fait connaître un cas de mycosis fongoïde guéri à la suite de la même affection. Se basant sur ces faits, M. Coley a traité, voici une dizaine d'années, un certain nombre de sujets atteints de tumeurs malignes par des injections sous-cutanées de toxines érysipélateuses, et il a obtenu de cette médication des résultats encourageants (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 270). C'est à une méthode analogue que M. le docteur H. Martin-Roux, médecin des hôpitaux de Paris, a eu récemment recours avec succès dans un cas très grave de mycosis fongoïde.

Ce qui a déterminé notre confrère à faire cette tentative, c'est que, chez le malade dont il s'agit, un érysipèle spontané avait précédemment amené, dans l'espace de quelques heures, la disparition complète de tumeurs fongoïdes, peu nombreuses, il est vrai, mais très étendues et très douloureuses, et dont certaines se trouvaient même en dehors des limites de la plaque érysipélateuse. Aussi, de nouvelles tumeurs étant apparues peu après, M. Martin-Roux n'hésita-t-il pas à faire des injections sous-cutanées d'une culture de streptocoques provenant d'une plaque d'érysipèle développée sur une plaie de genou, ladite culture ayant été chauffée à 120°, filtrée sur bougie Chamberland, puis chauffée de nouveau à 110° en tubes scellés. La dose injectée quotidiennement, et qui était au début de quelques gouttes, fut progressivement portée jusqu'à 2 c.c. Chaque piqûre était suivie d'une réaction locale assez vive et laissait après elle une induration volumineuse avec rougeur érysipélatoïde des téguments. Plusieurs séries de ces injections ayant été pratiquées au cours de trois mois, on vit les tumeurs disparaître graduellement. La guérison toutefois ne fut qu'éphémère : deux mois plus tard, des tumeurs reparurent sur le tronc, beaucoup plus douloureuses que les précédentes. On recommença alors les injections, mais le résultat fut cette fois moins net : il y eut des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

L'état du malade devenant de plus en plus mauvais, notre confrère se décida à employer, à des doses plus massives, un bouillon streptococcique de grande virulence. Ces nouvelles piqûres, malgré l'apparition de certains phénomènes généraux (fièvre), déterminèrent une réaction peu intense, et, la peau ne s'étant pas recouverte de l'érythème érysipélatoïde qui jusqu'alors avait semblé témoigner de l'action curative, M. Martin-Roux considérait déjà sa tentative comme avortée, lorsque, contre son attente, onze jours après le début de la dernière série d'injections, les tumeurs commencèrent à se flétrir et à s'affaisser, ne laissant que des ulcérations rosées et superficielles. Au bout de cinq semaines, toute plaie avait disparu. Onze mois plus tard, la guérison demeurait complète.

Le massage de la pituitaire contre la fièvre des foins.

Partant de cette considération que la prédisposition à la fièvre des foins résulte d'une hyperexcitabilité de la pituitaire, M. le docteur A. Denker, professeur extraordinaire d'otologie à la Faculté de médecine d'Erlangen, a eu l'idée d'essayer, contre cette affection, le massage de la membrane de Schneider.

Pour réaliser ce massage, notre confrère commence par badigeonner toute l'étendue de la muqueuse nasale avec un tampon imbibé d'une solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne à 10 % et de chlorhydrate d'adrénaline à 1 ‰, au besoin après avoir fait des pulvérisations de cocaïne avec une solution au millième, lorsqu'il s'agit de sujets particulièrement impressionnables.

Aussitôt une anesthésie suffisante obtenue, on procède au massage à l'aide d'une sonde munie à son extrémité d'un tampon d'ouate, que l'on a eu soin d'imbiber préalablement d'un corps gras. Il convient d'aller très lentement et très doucement au début; peu à peu, on insiste et on accélère l'allure. On masse d'abord le cornet inférieur, puis le méat moyen, ensuite le cornet moyen, et, si on peut l'atteindre, le cornet supérieur. Ces manœuvres sont répétées chaque jour pendant deux ou trois minutes de chaque côté; à la longue, on peut prolonger le massage d'une minute environ. Lorsque l'état de la conjonctive ne s'améliore pas en même temps que celui de la pituitaire, M. Denker trouve avantage à instiller dans le cul-de-sac conjonctival, une ou deux fois par jour, quelques gouttes de laudanum de Sydenham additionné de son volume d'eau.

Les 8 malades chez lesquels notre confrère a eu recours au massage de la pituitaire se sont très bien trouvé de ce traitement; c'est ainsi que tous purent, en pleine période critique, dormir la fenêtre ouverte. Sur 7 cas suivis deux années de suite par M. Denker, une fois seulement le *hay fever* récidiva l'année suivante avec la même intensité que précédemment. Des 6 autres patients, 3 furent à peu près entièrement exempts de récidive et les 3 autres n'eurent que quelques accès peu graves.

Cette persistance de l'effet exercé par le massage de la pituitaire mérite d'être soulignée : on sait que la sérothérapie, par exemple, qui a été préconisée dans ces dernières années contre la fièvre des foins, ne possède qu'une action absolument éphémère (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 297).

Traitement de la scarlatine par les injections hypodermiques et intraveineuses de sublimé corrosif.

Il y a trois ans, nous avons signalé les bons effets que M. F. J. Rucavado aurait obtenus dans la scarlatine, par l'usage *intus et extra* du sublimé corrosif (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 96).

De son côté, un médecin italien, M. le docteur L. D'Andrea (de S. Giorgio della Richinvelda), a eu recours, pendant une épidémie de scarlatine, à ce médicament administré en injections hypodermiques et intraveineuses.

Des 4 malades appartenant à une seule famille et chez lesquels cette méthode fut employée, aucun ne succomba, malgré la gravité des phénomènes qu'ils présentèrent, tandis que chez 2 autres personnes de la même famille, qui n'avaient pas été soumises à ce mode de traitement, la maladie se termina par la mort.

Les doses employées par notre confrère varièrent de 0 gr. 002 milligr. à 0 gr. 008 milligr. par jour, suivant l'âge et la susceptibilité du malade et la gravité des symptômes; dans un cas même, M. D'Andrea n'hésita pas à injecter près d'un centigramme de sublimé sous la peau en une fois. Les doses moyennes furent de 0 gr. 004 milligr. répétées quotidiennement trois ou quatre jours de suite.

Bien que le nombre des faits sur lesquels ont porté les essais de notre confrère soit encore assez restreint, M. D'Andrea estime que les résultats ont été assez encourageants pour que cette méthode mérite d'être mise à l'épreuve dans d'autres cas.

La purgation antiseptique contre certains œdèmes tropicaux.

Nous avons fait connaître, l'année dernière, les bons résultats que M. le docteur A. Gaudu-cheau (médecin des troupes coloniales fran-

çaises) a obtenus dans les infections intestinales par l'administration d'une forte dose de quinine suivie d'une purgation saline (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 56).

La même méthode de « purgation antiseptique » a également rendu des services à notre confrère contre une affection œdémateuse qui sévit au Tonkin et qui présente de grandes analogies avec le béribéri. Les œdèmes qui la caractérisent essentiellement sont localisés surtout aux membres inférieurs, mais parfois ils occupent aussi la face; souvent il existe, en outre, de la fièvre et les bruits du cœur peuvent prendre le rythme fœtal; par contre, on n'observe jamais les troubles nerveux si communs dans le béribéri.

De même que dans les infections intestinales, M. Gauducheau prescrit chez les malades atteints de cette affection 2 grammes de sulfate de quinine en une fois; mais il ne fait prendre que 20 grammes de sulfate de soude — au lieu de 35 à 45 grammes —, afin d'obtenir l'effet sécrétoire avec le minimum d'irritation. Cette médication est répétée tous les deux jours, et cela quatre ou cinq fois de suite, s'il y a lieu.

Ce mode de traitement, que notre confrère emploie depuis un an, donnerait des résultats plus satisfaisants que ceux de n'importe quelle autre méthode thérapeutique, y compris l'usage des toni-cardiaques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 mai 1905.

Sur le spirochète de la syphilis.

M. Metchnikoff lit un travail dans lequel il annonce que, pour contrôler les résultats tout récemment obtenus par MM. Schaudinn et Hoffmann sur l'agent pathogène de la syphilis (Voir plus haut, p. 231), il a fait un certain nombre de recherches bactériologiques sur des lésions de syphilis tant humaine qu'expérimentale.

L'orateur a tout d'abord examiné les chancres de deux chimpanzés et n'y a pas trouvé de spirochètes, mais il faut tenir compte que chez l'un de ces animaux la lésion était en voie de guérison.

Par contre, il a constaté la présence du *Spirochaete pallida* de MM. Schaudinn et Hoffmann dans la sérosité rougeâtre provenant d'un accident primitif chez un macaque.

L'examen des lésions de 3 autres singes a donné également des résultats positifs. En somme, chez 4 singes syphilitiques sur 6, on a trouvé ce microorganisme.

Le même spirochète a été également constaté chez l'homme par M. Metchnikoff 4 fois sur 6 dans les produits de râclage de lésions muqueuses ou cutanées, en général jeunes.

Dans ces 8 cas (4 hommes et 4 singes), les spirochètes se sont présentés avec l'aspect typique décrit par les auteurs allemands : ils sont très fins, mesurent de 4 à 14 μ de longueur sur un quart de μ de largeur, et forment de 6 à 14 tours de spire.

D'autre part, la présence du spirochète n'a jamais été décelée par l'orateur dans les affections cutanées non syphilitiques.

De l'ensemble de ces faits, M. Metchnikoff conclut que la syphilis est très vraisemblablement une spirillose chronique due au *Spirochaete pallida*.

Toutefois, comme jusqu'à présent il a été impossible de cultiver ce microorganisme, on devra continuer à utiliser pour la préparation d'un sérum immunisant le sang des syphilitiques et les produits de raclage des ganglions lymphatiques.

Ajoutons que, d'après l'orateur, MM. Bordet et Gengou, en 1902, avaient trouvé un spirochète au niveau d'un chancre syphilitique et dans plusieurs cas de plaques muqueuses de la gorge. Mais comme des microorganismes analogues existent à l'état normal dans la gorge et que dans plusieurs cas d'accidents primitifs les recherches de ces auteurs étaient restées infructueuses, ils n'avaient pas osé conclure à la spécificité de ce microorganisme.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 mai 1905.

Pseudo-hématozoaires endoglobulaires.

M. A. Laveran. — Je désire attirer l'attention sur un certain nombre de modifications que les éléments figurés du sang peuvent subir à la suite de circonstances diverses, et qui sont de nature à faire croire à tort à l'existence d'hématozoaires endoglobulaires.

Parmi ces causes d'erreur, une des plus communes est celle qui résulte de *l'état vacuolaire* des hématies : lorsqu'une préparation de sang est desséchée lentement et mal fixée, il se produit des vacuoles dans les globules rouges, surtout chez les sujets anémiques. C'est à cet aspect artificiel des hématies que je crois devoir rapporter le prétendu hématozoaire spécial au paludisme de Colombie, décrit l'année dernière par M. Montoya y Florez (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 391), et que j'ai étudié sur des préparations que notre confrère a bien voulu m'envoyer.

D'autre part, les *hématies nucléées*, fréquentes aussi dans le sang anémique, ont été prises assez souvent pour des hématies parasitées, surtout quand les noyaux sont multiples ou lobulés.

En troisième lieu, les globules rouges — nucléés ou non — renferment parfois des granulations basophiles, offrant les mêmes réactions colorantes que les noyaux, et qui donnent à l'élément globulaire un *aspect moucheté;* il me paraît vraisemblable que ce sont ces granulations qui ont été considérées, il y a quelques années, par M. Plehn comme des formes initiales de l'hématozoaire du paludisme (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 199). Elles pourraient aussi être prises pour des piroplasmes.

Enfin, je citerai les *hématoblastes* qui, faciles à reconnaître quand ils sont réunis en plaquettes, sont susceptibles de prêter à confusion lorsqu'ils sont isolés et accolés à des hématies.

Afin d'éviter ces diverses causes d'erreur, il faut que les observateurs qui se livrent à la recherche des parasites endoglobulaires soient d'une part familiarisés avec l'étude du sang normal, et d'autre part s'astreignent à suivre la technique nécessaire pour obtenir des préparations de sang bien fixées et bien colorées.

La recherche de l'ammoniaque pour s'assurer de la pureté du lait.

MM. A. Trillat et **Sauton.** — Ayant pu constater, au moyen de la réaction de l'iodure d'azote, la présence d'ammoniaque dans un certain nombre de laits prélevés à Paris, nous avons recherché quelles sont les causes qui permettent à cette substance d'apparaître dans le lait.

Nous avons pu nous assurer tout d'abord que le lait fourni par des vaches saines, et recueilli avec soin, ne contient jamais d'ammoniaque. Nous avons vu ensuite que, parmi divers microbes, seuls le *Micrococcus ureæ*, certains tirothryx et les bacilles de Flügge, ensemencés dans du lait, donnent naissance à de l'ammoniaque. Mais cette substance apparaît encore lorsqu'on souille le lait avec de la salive, de l'urine putréfiée, de l'eau d'égout, de l'eau de Seine (dans la proportion de 10 %); aussi n'est-il pas surprenant que nous ayons trouvé de l'ammoniaque dans des laits nettement mouillés.

En présence de ces faits, nous estimons que la présence d'ammoniaque dans le lait doit être considérée sinon comme une certitude, du moins comme une présomption de pollution et de mouillage; il va sans dire que le résultat négatif de la recherche ne permet au contraire aucune conclusion.

Action élective du chloroforme sur le foie.

MM. Doyon et **J. Billet.** — En soumettant des chiens à l'intoxication par le chloroforme (introduction quotidienne par sonde œsophagienne de 2 grammes de chloroforme dilué dans de l'huile par kilogramme de poids), nous avons constaté que, en dehors du rein, qui présente des lésions de néphrite épithéliale aiguë, le foie est le seul organe altéré : on y constate des hémorragies abondantes, une accumulation énorme de polynucléaires dans les espaces intercellulaires, des lésions de dégénérescence hyaline, puis granuleuse, etc.

Cette action élective du chloroforme sur le foie permet d'attribuer aux altérations hépatiques l'incoagulabilité du sang et la disparition de fibrinogène du plasma, que l'on observe sous l'influence de ce toxique.

Sur la toxicité des alcaloïdes urinaires.

MM. H. Guillemard et **P. Vranceano** adressent une note relative à des expériences ayant pour but de déterminer la part qui revient aux alcaloïdes urinaires dans la toxicité globale de l'urine. Il résulte de ces expériences que, à l'état physiologique, la toxicité alcaloïdique représente de 18 à 25 % de cette dernière; elle n'est du reste pas proportionnelle à la quantité d'alcaloïdes, mais varie avec la nature de ces substances. Quant à la créatinine, elle est sans influence à ce point de vue : il suffit en moyenne de 0 gr. 28 centigr. d'alcaloïdes sans créatinine pour tuer 1 kilo de lapin, tandis qu'il faut 1 gr. 30 centigr. d'alcaloïdes mélangés de créatinine pour arriver au même résultat.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 mai 1905.

De l'amputation interscapulo-thoracique pour tumeurs malignes de l'humérus ou de l'omoplate.

M. Berger. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été communiquée par M. Jeanbrau (de Montpellier), relativement à un cas d'amputation interscapulo-thoracique pour un volumineux sarcome. La guérison opératoire a été obtenue sans incident; malheureusement, la généralisation s'est produite un an après l'intervention et a été rapidement suivie de mort. L'opération, il est vrai, avait été tardive, et le résultat, par conséquent, peut être considéré comme satisfaisant, puisque la survie a été d'une année.

A l'occasion de ce fait, notre confrère a réuni avec M. Riche 188 cas d'amputation interscapulo-thoracique pour tumeurs de l'omoplate ou de l'extrémité supérieure de l'humérus. La mortalité opératoire a été de 11 %. L'examen histologique n'a été fait que dans 125 cas : 61 de ces malades sont morts de généralisation ou de récidive; la moyenne de la survie chez les autres, a été de cinq ans.

M. Kirmisson. — Je n'ai pratiqué qu'une fois l'amputation interscapulo-thoracique pour un sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus; il s'agissait d'un enfant de dix ans, qui a très bien guéri de l'opération, mais qui a succombé à la récidive six mois plus tard.

M. Schwartz. — Je puis vous citer un cas de la même opération pour chondrome de l'extrémité supérieure de l'humérus; la récidive ne s'est pas encore produite, après huit ans.

Suture du foie pour plaie par balle de revolver.

M. Couteaud (médecin de la marine). — J'ai eu l'occasion d'intervenir pour une plaie du foie par balle de revolver, coïncidant avec une plaie du rein droit. Je trouvai, à la face inférieure du lobe hépatique droit, une première plaie qui me parut correspondre à l'orifice d'entrée du projectile; celui-ci était sorti au niveau de la partie postérieure du lobe gauche, créant une deuxième plaie que je suturai, comme la première, par un surjet, au moyen d'une aiguille courbe à pédale; cette réunion suffit à arrêter l'hémorrhagie hépatique.

Malgré mon intervention, le blessé succomba, et je pus constater à l'autopsie que j'avais méconnu une troisième plaie, siégeant à la face inférieure du lobe gauche et constituant le véritable orifice d'entrée; celle de la face inférieure du lobe droit était une plaie en gouttière, que le projectile avait produite avant de perforer le lobe gauche de part en part. Les sutures que j'avais faites sur le foie avaient d'ailleurs réalisé une bonne hémostase.

Traitement du « delirium tremens ».

M. Guinard. — A propos de la discussion qui a été soulevée dans la dernière séance par

la communication de M. Picqué (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 224), je crois qu'il est important d'insister sur le traitement qu'il convient d'appliquer au *delirium tremens*. Si en effet la théorie soutenue par notre collègue — à savoir que bien souvent le délire post-traumatique considéré comme alcoolique est en réalité d'origine infectieuse — se trouvait confirmée, il faudrait supprimer complètement l'alcool dans le traitement de cette complication.

M. Berger. — Je sais que certains aliénistes, entres autres M. Magnan, n'administrent plus d'alcool aux malades atteints de *delirium tremens*. Pour ma part, je reste fidèle au traitement par l'alcool à faibles doses et par le chloral.

M. Arrou. — J'ai toujours vu la morphine donner de très mauvais résultats chez les sujets atteints de *delirium tremens;* le chloral ne m'a pas semblé non plus avoir une action bien efficace. Le meilleur traitement de ce délire me paraît être le vin additionné de laudanum de Sydenham.

M. Monod. — Je crois que les injections de sérum peuvent être avantageusement substituées à l'alcool; ce traitement a été employé avec succès, dans mon service, par M. Launay.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 mai 1905.

Un cas de guérison de méningite tuberculeuse.

M. Claisse. — J'ai observé, avec M. Abrami, un homme de trente ans qui, après avoir présenté pendant quelques jours des phénomènes généraux vagues (affaiblissement, anorexie, amaigrissement), fut pris soudain d'accidents méningitiques à forme délirante avec hallucinations et impulsions violentes, qui se prolongèrent pendant six jours. Durant cette période, on notait, en outre, une constipation opiniâtre, de la céphalée et des troubles pupillaires variés (inégalité, irrégularité, instabilité, réflexe paradoxal). Une ponction lombaire, pratiquée dès le début de ces accidents, montra une lymphocytose rachidienne abondante et pure. Malgré l'absence de bacilles de Koch sur les préparations, on diagnostiqua une méningite tuberculeuse.

Sept jours après le début des accidents, une amélioration très nette se produisit, et la ponction lombaire révéla une diminution notable de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Ce liquide fut alors inoculé à 2 cobayes, dont un devint tuberculeux dans les délais et sous la forme habituelle de la tuberculose expérimentale.

Or, notre malade guérit au bout de quinze jours, non seulement cliniquement (il a pu reprendre son travail), mais anatomiquement, car une troisième ponction lombaire, pratiquée quelque temps après la disparition de l'état morbide, montra la disparition complète de la lymphocytose.

M. Moutard-Martin. — J'ai vu autrefois un enfant atteint de méningite tuberculeuse, confirmée par l'examen ophtalmoscopique (tubercules de la choroïde), qui a guéri, en conservant toutefois une cécité et une paralysie incomplète d'une moitié du corps, mais chez lequel une nouvelle poussée de méningite, survenue trois ans plus tard, détermina la mort. Je crois donc que si le pronostic immédiat de la méningite tuberculeuse n'est pas toujours fatal, comme semble l'indiquer le fait que vient de nous communiquer M. Claisse, le pronostic éloigné de cette affection n'en reste pas moins très sombre.

M. Achard. — Je puis citer un fait analogue: un malade entre dans mon service avec du délire, de la céphalée, de l'hyperthermie, etc., consécutifs à un petit ictus apoplectique. Quelques jours après, il présente un léger épanchement pleural, puis peu à peu les accidents cérébraux disparaissent, l'épanchement lui-même se résorbe, et cet homme quitte l'hôpital. en apparence guéri. Cinq mois après, il revient dans le service avec tous les signes d'une méningite et succombe en quelques jours.

M. Ménétrier. — J'ai publié aussi, il y a quelques années, un cas de guérison, au moins temporaire, de méningite tuberculeuse, guérison qui s'est affirmée à la suite de l'apparition d'une *phlegmatia alba dolens*.

M. Sicard. — J'ai observé de mon côté, au mois de janvier de l'année dernière, un malade qui a guéri d'une première poussée de méningite tuberculeuse, démontrée par l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien et l'inoculation de ce liquide au cobaye, et qui, après une rémission de plusieurs mois, a succombé dans le coma.

Potomanie chez un enfant.

M. Achard présente, en son nom et au nom de M. Ramond, un garçon de sept ans, issu de parents alcooliques, et pesant seulement 15 kilos, qui boit et urine de 7 à 8 litres par jour. Le tableau clinique est celui de l'hydrurie simple, l'urine étant fort diluée, sans aucune autre anomalie.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, on admet généralement aujourd'hui que la polydipsie, en pareil cas, n'est qu'un effet secondaire, nécessité par le besoin d'éviter la déshydratation qui résulterait de la polyurie. Autrefois, divers auteurs pensaient que la polydipsie pouvait être le fait primitif. Mais les recherches d'Eichhorn, notamment, plaident en faveur de l'opinion qui considère la polyurie comme l'élément primitif: cet auteur a constaté qu'un sujet polyurique élimine bien mieux un supplément de boisson qu'un sujet sain du même âge; inversement il a vu, sous l'influence du rationnement des boissons, le polyurique uriner plus qu'il ne buvait et éprouver divers accidents.

Or, dans le cas présent, il n'en a pas été de même. Le petit malade a été soumis à un régime fixe et ses boissons ont été restreintes à 1,500 grammes : aussitôt, les urines ont diminué proportionnellement, le poids s'est maintenu et aucun trouble n'est survenu, bien que le rationnement de la boisson eût été prolongé pendant plusieurs semaines. Il ne s'agit donc pas ici d'une polydipsie répondant à une nécessité organique, comme chez le vrai polyurique; ni du désir de boire des liquides ayant une certaine saveur, comme chez le dipsomane, car l'enfant absorbe indifféremment tout liquide, l'eau de préférence. C'est une impulsion psychique qui le pousse à avaler des boissons quelconques, une manie de boisson que MM. Achard et Ramond proposent de dénommer *potomanie*.

M. de Massary rappelle qu'il a présenté, il y a trois ans, une femme qui avait pour l'alimentation carnée la même attraction irrésistible que le petit malade de MM. Achard et Ramond pour les liquides (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 253) : on crut longtemps que cette femme était atteinte de diabète azoturique; il s'agissait, en réalité, d'un trouble vésanique comme dans le cas de M. Achard.

Ces faits sont plus fréquents qu'on ne le pense; avant de faire le diagnostic de diabète azoturique ou de diabète hydrurique, il faut donc s'assurer qu'une vésanie n'est pas en cause.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 mai 1905.

De l'influence de l'orthostatisme dans un cas de néphrite.

M. Mongour (de Bordeaux). — J'observe un homme de vingt-six ans, atteint de néphrite chronique, chez lequel les œdèmes sont d'autant plus accusés et les urines d'autant moins abondantes que la station debout se prolonge davantage.

Les jours où le malade garde le lit, le taux des urines varie de 2,500 à 3,500 c.c. et celui de l'albumine, mesurée au tube d'Esbach, est de 3 à 5 grammes pour vingt-quatre heures. En orthostatisme, l'albuminurie devient si abondante qu'elle n'est plus dosable par ce dernier procédé, et le volume des urines tombe à 1,000 ou 1,500 c.c.

Dans la position horizontale, d'autre part, l'œdème des membres inférieurs disparaît en partie et le poids du malade se maintient aux environs de 70 kilos; quand le patient se lève, l'œdème prend des proportions énormes : il remonte jusqu'à la racine des cuisses, et le poids du corps passe du jour au lendemain à 72 kilos pour fléchir dès que cet homme se remet au lit.

Il résulte de cette observation que l'étude séparée des urines émises par les brightiques dans le décubitus dorsal et dans la station debout, peut fournir des renseignements précieux sur la valeur de la fonction rénale.

Circulation capillaire et circulation parenchymateuse de la glande hépatique.

M. Géraudel. — La différenciation du bourgeon hépatique en deux parties, l'une biliaire, l'autre hépatique, sur laquelle j'ai précédemment attiré l'attention (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 80 et 127), est fonction de la différence de régime circulatoire de ces deux portions glandulaires. Si l'on étudie, en effet, les lésions hépatiques consécutives à des irritations, au sens le plus général du mot, et qu'on limite cette étude à la réaction du mésenchyme glissonien, on note que la prolifération mésenchymateuse se fait suivant le type normal chez l'embryon, c'est-à-dire s'accompagne de la formation de capillaires. Il en résulte, pour la portion du parenchyme envahi, un effacement de la circulation porto-sus-hépatique (type parenchymateux), à laquelle se substitue un type circulatoire capillaire. Cette modification du régime circulatoire a pour corollaires : 1° une diminution de la capacité d'écoulement du courant porto-sus-hépatique, et par suite l'hypertension, la gêne circulatoire dans le domaine porte, le développement des voies collatérales, et l'ascite, (cette dernière pour partie seulement); 2° une métamorphose hypotypique du tube hépatique qui prend l'aspect d'un canalicule biliaire, d'où une hypohépatie corrélative. Dans ces conditions, la régénération de la cellule hépatique est impossible, puisque le réseau parenchymateux dont elle dépend fait défaut.

Tonolyse et toxolyse.

MM. Achard et **Ramond**. — Les altérations cellulaires produites *in vitro* par le séjour dans un liquide trop ou trop peu concentré (tonolyse) ou renfermant des substances toxiques (toxolyse) ne sont pas toutes irréparables. Elles sont effacées en partie par le séjour ultérieur dans une solution saline de concentration normale. Toutefois, certaines altérations restent définitives, par exemple l'hémolyse et la transsudation protoplasmique produites par les liquides hypotoniques et les solutions d'urée.

Contrairement à ce qui s'observe pour la concentration moléculaire, la température normale succédant à des températures anormales (congélation, puis exposition à + 50°) ne paraît pas améliorer l'état de cellules altérées.

M. A. Pi y Suñer (de Séville) adresse une note relative à des expériences d'où il résulte que le sang urémique exerce une action inhibitoire sur la sécrétion urinaire.

LETTRES D'ALLEMAGNE

Berlin, le 10 mai 1905.

Ne pouvant donner ici un aperçu des très nombreuses questions d'ordre purement technique (instrumentation, dosage, etc., etc.) qui ont été discutées au CONGRÈS DE RADIOLOGIE, organisé par les soins de l'« Association Röntgen » et tenu à Berlin du 30 avril au 3 mai, nous nous bornerons à exposer les points d'intérêt plus immédiat pour le praticien, à savoir l'emploi des rayons de Röntgen comme moyen de diagnostic ou de traitement.

La radiographie et la radioscopie au point de vue du diagnostic.

Les progrès qu'a réalisés l'application des rayons X aux diverses branches médicales, notamment en ce qui concerne le diagnostic, ont été importants au cours de ces dernières années.

Sans doute, dans le domaine de la chirurgie des os et des articulations, ainsi que dans la recherche des corps étrangers, la radiographie et la radioscopie nous ont fourni dès le début de précieux renseignements; mais aujourd'hui on peut, sans exagération, qualifier de parfaites les épreuves obtenues : les fissures ou fractures

les plus minimes, les plus légers déplacements des os du carpe ou du tarse, les foyers néoplasiques ou inflammatoires les plus cachés, se révèlent sur le cliché avec une précision remarquable. Nous avons entre autres admiré un négatif obtenu par M. Grashey, à la clinique de M. le professeur Angerer (de Munich), montrant une fissure du pariétal, et où les sutures du crâne et la selle turcique se trouvaient également reproduites avec une netteté absolue. Disons en passant que la possibilité d'obtenir une image aussi parfaite de la selle turcique peut être d'un grand secours dans le diagnostic des tumeurs de l'hypophyse.

De leur côté, MM. Robinsohn et Werndorff (de Vienne) ont exposé les résultats que leur a fournis un nouveau procédé d'examen radiographique des articulations, consistant à insuffler dans celles-ci une certaine quantité d'oxygène très pur : l'opération est sans danger, sous réserve, bien entendu, d'une asepsie rigoureuse. Les clichés obtenus de la sorte fournissent en particulier des détails de l'appareil ligamentaire, généralement invisibles sur les épreuves ordinaires.

Touchant la question toute spéciale de la localisation des corps étrangers par les rayons X, nous devons nous borner à mentionner deux communications intéressantes, l'une de MM. Haret et Tuffier (de Paris), l'autre de M. Drüner (de Francfort-sur-le-Mein) : ce sont là pures questions techniques, qui ne sauraient utilement trouver place dans cette rapide revue d'ensemble.

L'orthopédie a largement bénéficié des progrès de l'exploration röntgénienne en matière de chirurgie des os. C'est ce que M. Hoffa (de Berlin) s'est attaché à démontrer : l'étude des points d'ossification et du développement du système osseux, la possibilité de déterminer exactement le siège, la nature et le degré d'une déviation de la colonne vertébrale par exemple, le diagnostic précoce de la coxa vara, des luxations congénitales de la hanche, etc., constituent autant de renseignements de première importance pour l'orthopédiste. Citons, à ce propos, une série d'épreuves diapositives projetées par M. Joachimsthal (de Berlin), permettant de suivre toutes les phases du traitement orthopédique (non sanglant) des luxations congénitales de la hanche et d'en constater les résultats définitifs.

Puisque nous parlons projections, mentionnons, à titre de curiosité, une petite exhibition cinémato-radiographique présentée par M. Levy-Dorn (de Berlin), lequel est parvenu à reproduire sur l'écran les mouvements de quelques articulations : poignet, genou, pronation et supination de l'avant-bras.

Si nous passons maintenant à l'application des rayons de Röntgen au diagnostic de diverses affections des organes internes, nous avons également à mentionner de notables progrès : en ce qui concerne en particulier la recherche des calculs des reins et des uretères, M. Leonard (de Philadelphie), se basant sur un grand nombre d'examens radiographiques confirmés par l'opération, affirme n'avoir eu de résultats négatifs que dans 3 % des cas.

Il importe, toutefois, dans ces recherches, de ne point se laisser induire en erreur par des ombres portées accidentelles, provenant d'autres organes (concrétions intestinales, cartilages costaux ou ligaments pelviens calcifiés, etc.,). Aussi faut-il toujours avoir soin de compléter l'examen radiographique par toutes les autres méthodes d'investigation que nous possédons, en particulier par l'examen de l'urine. Quant aux calculs de cystine, ils ne sont visibles que lorsqu'ils renferment une certaine proportion de sels calcaires.

Sur nombre d'épreuves, nous avons pu distinguer assez nettement les contours du rein lui-même : c'est le cas surtout chez les obèses, en raison du développement spécial de la capsule graisseuse de l'organe.

Nous n'insisterons pas sur l'examen relativement facile des pierres de la vessie et, pour en finir avec les calculs, nous citerons seulement quelques remarquables clichés de M. Matthias (de Königsberg), révélant avec une netteté surprenante l'existence de concrétions dans la vésicule biliaire et le canal cholédoque ; ce qui rend ce genre d'examen difficile et parfois impossible, c'est l'obstacle que présente la bile elle-même au passage des rayons X.

Les renseignements obtenus à l'aide des rayons de Röntgen dans certaines affections pulmonaires sont de même fort intéressants : c'est ainsi que M. Lenhartz (de Hambourg) relate une vingtaine de cas de gangrène du poumon dans lesquels il a pu intervenir chirurgicalement avec une grande précision, grâce aux données positives de la radiographie.

M. Köhler (de Wiesbaden) communique, en outre, une étude très complète sur l'anatomie des ganglions péribronchiques et sur leurs modifications pathologiques : calcification, dégénérescence caséeuse, etc. Mais nous avouons n'avoir pas été entièrement convaincu, à la vue des radiographies, de la possibilité d'un diagnostic radiologique précoce et certain des altérations de ces ganglions.

Les procédés usuels d'examen du cœur et des gros vaisseaux trouvent, de leur côté, un précieux auxiliaire dans la méthode orthoradiographique exposée par M. Immelmann (de Berlin), laquelle permet de fixer exactement les dimensions de ces organes dans les cas d'hypertrophie, de dilatation, d'anévrysmes, etc.

Enfin, signalons une douzaine de clichés négatifs provenant du service de M. Rieder (de Munich), relatifs à l'étude de la gastro-entéroptose : ces magnifiques épreuves nous montrent, avec une clarté et une abondance de détails extraordinaires, les diverses positions de l'estomac et de l'intestin (après ingestion ou injection de liquides tenant en suspension du bismuth) ; cette méthode permet, en outre, d'étudier les mouvements péristaltiques de ces organes et trouve également son application dans le diagnostic des diverticules de l'œsophage et de l'ulcère de l'estomac.

Etat actuel de la radiothérapie du cancer.

Une séance entière du Congrès a été consacrée à la question si actuelle de la radiothérapie du cancer.

M. Lassar (de Berlin) insiste en premier lieu sur les suites désastreuses que peut avoir pour le patient l'application des rayons X faite à la légère, surtout s'il s'agit du visage ; aussi conseille-t-il de réserver la radiothérapie aux affections malignes, tandis que l'hypertrichose, les nævi, par exemple, devront continuer à être traités par les procédés en usage jusqu'ici. D'autre part, l'orateur présente un certain nombre de patients précédemment atteints d'épithéliomas ou de sarcomes de la peau, chez lesquels il a obtenu par la radiothérapie des guérisons qui paraissent complètes et durables. Il montre en outre 3 femmes affectées de cancer du sein. Chez la première, considérée comme guérie par M. Lassar, il s'agissait d'une récidive en surface avec ulcération : celle-ci est actuellement cicatrisée. Les 2 autres malades sont seulement améliorées, en ce sens que les parties ulcérées présentent une tendance marquée à la cicatrisation. Dans les 3 cas, le traitement a déterminé la sédation complète des douleurs, ce qui constitue déjà un résultat fort encourageant.

Pour sa part, M. Unger (de Berlin), se basant sur de nombreuses observations personnelles relatives à la radiothérapie du cancer du sein, n'admet pas que l'action curative des rayons X puisse s'exercer à une profondeur de plus de 5 millimètres ; il montre, à l'appui de son opinion, d'intéressantes coupes microscopiques faites sur des tumeurs en voie de traitement. En ce qui le concerne, l'orateur n'a jamais obtenu de guérison ; il a toutefois constaté également la disparition des douleurs dans la plupart des cas.

Signalons, dans le même ordre d'idées, la communication de MM. Haret et Bouchacourt (de Paris), relative à 3 cas de cancer du col utérin traités par les rayons X avec une amélioration notable, mais sans que l'on soit en droit néanmoins de parler de guérison.

M. Belot (de Paris) insiste sur l'importance du dosage et de la méthode dans ce genre de traitement. En général, la production d'une radiodermite n'est pas indispensable au succès ; elle doit être, au contraire, évitée dans la mesure du possible. Il est des cas cependant, et l'orateur en cite un particulièrement démonstratif à ce point de vue, où des doses massives paraissent nécessaires pour obtenir un effet favorable.

M. Albers-Schönberg (de Hambourg) relate de son côté une observation de volumineux sarcome multilobé du crâne, lequel a entièrement disparu sous l'action des rayons de Röntgen : des projections photographiques montrent la tumeur au début et dans ses diverses périodes de régression ; enfin le patient lui-même, absolument guéri, est présenté à l'assemblée.

Pour clore cette série d'observations, citons encore une malade traitée par M. Wohlgemuth (de Berlin) pour un cancer du sein et guérie en apparence ; l'orateur reconnaît toutefois séance tenante, que cette femme offre actuellement des ganglions axillaires qui, jusqu'ici, avaient passé inaperçu, en sorte que la question d'une guérison radicale reste pour le moins douteuse.

Des faits qui précèdent, et de la discussion qui s'ensuivit, résulte pour nous la conclusion que les cancers de la peau (épithéliomas), de même que certains sarcomes cutanés, sont susceptibles de guérison radicale par la radiothérapie ; celle-ci paraît même constituer la méthode de choix dans les cas où, ces affections siégeant au visage, une excision suivie d'autoplastie ne saurait être pratiquée sans nuire à l'esthétique.

Mais les véritables tumeurs cancéreuses profondes, celles du sein en particulier, doivent toujours être considérées, à leur début du moins, comme du ressort exclusif du chirurgien ; il est donc nécessaire, ainsi que par le passé, que le diagnostic de ces néoplasmes soit posé le plus tôt possible, afin de permettre une extirpation précoce et d'éviter une intervention tardive et précaire à l'aide des rayons X. Seuls les cas inopérables et les récidives sont justiciables de la radiothérapie, qui doit toujours être maniée avec prudence.

Je ne voudrais pas clore cette lettre sans mentionner une communication de M. Hennecart (de Sedan) qui, vu les faits cliniques et expérimentaux prouvant que les rayons de Röntgen, appliqués sur l'ovaire ou le testicule, ont une action stérilisatrice rapide et durable, pose la question de savoir s'il n'y aurait pas lieu d'agir auprès des pouvoirs publics afin de provoquer des mesures législatives ayant pour but de prévenir l'emploi criminel desdits rayons. Après une courte discussion, le Congrès, à la presque unanimité, a émis le vœu qu'il fût procédé aux démarches nécessaires afin d'obtenir que l'application des rayons de Röntgen fût désormais du domaine exclusif des médecins (1).

Enfin, sur la proposition d'une commission qui avait été nommée *ad hoc*, le Congrès a décidé d'unifier la nomenclature de cette nouvelle branche des sciences médicales, en perpétuant dans chaque mot le nom du savant physicien qui a découvert les rayons X : c'est ainsi que l'assemblée a adopté à la presque unanimité les mots de *Röntgénologie*, *Röntgénoscopie*, *Röntgénogramme*, *Röntgenthérapie*, *Röntgéniser*, etc.

D[r] S. Keser.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 13 mai 1905.

Action de l'extrait surrénal sur le cœur intoxiqué par le chloroforme.

Dans la séance d'hier de la Société des médecins de Vienne, **M. J. Winter** a communiqué le résultat des expériences qu'il a entreprises sur ce sujet.

Les battements d'un cœur isolé ayant été arrêtés par l'injection d'une solution de chloroforme à 1 ‰ dans les coronaires, ce cœur se reprend à battre si l'on fait une injection d'une solution d'extrait surrénal (de 1 à 3 ‰). De

(1) Il nous semble qu'en France la question se trouve résolue par le paragraphe 1er de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, qui considère comme exerçant illégalement la médecine « toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé,... *prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales...*, sauf les cas d'urgence avérée ». — N. D. L. R.

même, chez des chats dont la circulation et la respiration sont suspendues par l'inhalation de chloroforme, l'injection d'une solution d'adrénaline dans le ventricule gauche, associée à la respiration artificielle, ranime le cœur, tandis que les autres moyens sont sans effet. L'injection doit faite dans le cœur mis à nu, ou à travers la paroi thoracique, au moyen d'une seringue de Pravaz; l'injection intraveineuse ne fournit aucun résultat.

Ces expériences donnent à penser que, dans le collapsus chloroformique, on pourrait essayer, outre la respiration artificielle, l'injection d'adrénaline dans le ventricule gauche à travers la paroi thoracique.

M. Thenen dit avoir expérimentalement étudié les effets de l'adrénaline sur le shock produit par certains troubles vasomoteurs.

Lorsqu'on pratique, au niveau de la seconde vertèbre cervicale, une injection sous-dure-mérienne d'un quart ou d'un demi-centimètre cube d'une solution de cocaïne à 4 %, on voit survenir des convulsions avec abaissement de la pression sanguine, puis un arrêt de la respiration et une paralysie motrice et sensitive complète; si l'on cesse, chez un animal ainsi traité, de faire la respiration artificielle, la mort survient aussitôt. Mais une injection d'adrénaline augmente la pression sanguine, en même temps que le cœur et la respiration reprennent leur fonctionnement.

Cela étant, l'orateur estime que l'adrénaline pourrait être essayée avec avantage dans l'asphyxie des nouveau-nés et dans le shock consécutif à la commotion cérébrale.

L'opération radicale de la coxalgie.

M. von Mosetig-Moorhof fait une communication sur sa méthode opératoire de la coxalgie.

Au moyen d'une incision à lambeau dont la limite inférieure passe par le milieu du grand trochanter, et d'une résection temporaire de la partie supérieure du trochanter, l'orateur ouvre un large accès sur l'articulation de la hanche. La capsule articulaire est transversalement incisée et extirpée. Si la tête du fémur adhère à la cavité glénoïde, on la détache; si elle est libre, on la luxe hors de la cavité, puis on enlève toutes les parties malades et on comble les pertes de substance osseuse avec le plombage à l'iodoforme; il est également bon d'extirper le cartilage articulaire, parce que souvent il y a au-dessous de ce cartilage des foyers tuberculeux. Ensuite on remet la tête du fémur dans la cavité glénoïde remplie par le plombage; dans les cas où la tête et le col du fémur sont détruits, on applique le fémur dans une cavité creusée dans le rebord de la cavité glénoïde, après avoir enlevé toutes les parties malades.

Au cours de l'opération, il faut laisser intacts les muscles obliques du bassin, qui contribuent à la fixation de l'articulation; l'intervention finie, on remet en place le lambeau cutané. Cette résection donne une ankylose fibreuse, qui permet au malade la position assise normale.

M. Lorenz reconnaît l'avantage de l'extirpation radicale de la capsule articulaire, préconisée par M. von Mosetig-Moorhof, mais cette opération est difficile et parfois même impossible. Le choix de l'incision est indifférent, à condition que celle-ci permette un large accès sur l'articulation. Quant à la conservation des muscles qui unissent le trochanter au bassin, elle est loin d'être indispensable, une ankylose osseuse étant préférable, d'après l'orateur.

Le but idéal que doit se proposer le traitement conservateur de la coxalgie, à savoir une articulation mobile, n'est du reste que rarement atteint (dans 5 à 6 % des cas seulement).

Diagnostic fonctionnel des reins.

Dans la séance du 11 mai de la Société de Médecine interne de Vienne, **M. Latzko**, à propos des récentes discussions qui ont eu lieu sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 162 et 177), a fait observer qu'il n'y a pas lieu d'opposer le cathétérisme des uretères à la séparation intravésicale des urines, ces deux procédés de diagnostic ayant leurs indications propres. Il est toutefois inexact de prétendre que le cathétérisme urétéral est sans inconvénient : comme exemple des conséquences fâcheuses que peut avoir ce moyen d'exploration, l'orateur montre une pièce anatomique sur laquelle on voit que la sonde introduite dans l'uretère a déterminé la nécrose de ce conduit.

Quant à l'épreuve à l'indigo-carmin, elle a une certaine valeur, sans cependant être toujours absolument démonstrative.

Au total, M. Latzko est d'avis que l'examen fonctionnel des reins ne doit pas exercer une action déterminante sur les indications opératoires en chirurgie rénale.

M. Reitter estime que les conditions physiologiques du rein ne sont pas encore assez clairement élucidées pour qu'on puisse juger de la valeur définitive de l'examen fonctionnel de cet organe. Nos connaissances, notamment, ne nous permettent pas de résoudre certaines contradictions maintes fois constatées, telles que l'élimination normale du glucose, après l'injection de phloridzine, dans la néphrite parenchymateuse, le rein contracté, etc.

M. Kapsammer pense que la grande supériorité du diagnostic fonctionnel des reins, c'est qu'il donne la possibilité de reconnaître des affections qui ne se traduisent encore par aucun symptôme accessible aux méthodes physiques. La condition essentielle de ce diagnostic est la séparation des urines. Il va sans dire que cette séparation ne doit être pratiquée que par des mains exercées, pour ne pas exposer le malade à des suites fâcheuses. Le cathétérisme des uretères est à cet égard, pour l'orateur, bien supérieur à la séparation intravésicale : M. Kapsammer l'a pratiqué 700 fois sans jamais avoir observé le moindre inconvénient. Avant de procéder au cathétérisme, il fait une injection prophylactique de sublimé ou de nitrate d'argent dans l'uretère.

Au reste, pour éviter toute erreur, il faut employer en même temps plusieurs méthodes de diagnostic fonctionnel; les procédés à la phloridzine et à l'indigo-carmin méritent à ce point de vue d'être conservés.

Dr Schnirer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE PARIS

Artarit. Contribution à l'étude du bromediéthylacétamide; son action hypnotique et sédative chez les aliénés.

Bedouin (A.). Sur la démence précoce.

Bourée (F.). Contribution à l'étude de la pathogénie de la dilatation des bronches.

Bourilhet (H.). Du véronal comme hypnotique et sédatif dans les maladies mentales.

Brassart (G.). Etudes sur la consanguinité.

Cappon (J.). De la rétention partielle du placenta après l'accouchement à terme.

Cotonnec (Ch.). Contribution à l'étude des fractures au cours de l'ostéosarcome.

Dubreuil (A.). La tuberculose intestinale chez le nourrisson dans ses rapports avec l'étiologie générale de la tuberculose.

Duménil (P.). Contribution à l'étude de quelques opérations nouvelles pratiquées sur le testicule et ses annexes (ligatures du cordon; synorchidies; anastomoses des voies spermatiques; orchido-vaginopexies).

Dumesnil (R.). Flaubert et la médecine.

Eck (P.). Contribution à l'étude des sarcoïdes de Bœck (sarcoïde multiple bénigne de la peau).

Joly (F.). Contribution à l'étude de l'urétrotomie interne.

Kolbe (R. S.). Chirurgie des tumeurs du lobe préfrontal du cerveau; leur localisation par l'examen ophtalmoscopique.

Le Duigou (U.). De l'étranglement de l'appendice iléo-cæcal dans le canal crural.

Legourd (E.). Les accidents consécutifs aux injections mercurielles, dans la syphilis.

Leyboff (E.). Contribution à l'étude de l'hygiène de la grossesse.

Marais de Beauchamp (P.). Etudes sur les Cestodes des Sélaciens.

Payenneville (J.). La langue plicaturée symétrique congénitale, dite « langue scrotale ».

Pernot (J.). Des troubles oculo-pupillaires dans la tuberculose pulmonaire chronique et dans la pneumonie du sommet.

Petit (G.). Les tuberculoses pulmonaires cavitaires fermées.

Pigeon (L.). Du sulfo-carbonisme professionnel.

Saïas (L.). La constipation chez le nourrisson; considérations et recherches anatomiques; pathogénie.

Tillaye (P.). Principaux caractères cliniques et complications ostéo-articulaires de l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur.

Turchini (S.). Etudes expérimentales sur la puissance du tube à rayons X dans ses divers modes d'emploi.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Baudouin (F.). Leçons pratiques de dissection. In-8°, 101 p. avec fig.

Bayon (P. G.). Die histologischen Untersuchungsmethoden des Nervensystems. In-8°, 187 p. avec fig. Wurtzbourg. — Les procédés pour l'examen histologique du système nerveux.

Bazy (P.) et **Deschamps** (M.). Etude sur la longueur de l'urèthre chez l'homme. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er fév.)

Bondi (J.). Zur Anatomie und Physiologie der Nabelgefässe. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 1.) — Anatomie et physiologie des vaisseaux ombilicaux.

Busch. Ueber das Vorkommen lymphoiden Gewebes in der Schleimhaut der männlichen Urethra. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 1.) — Sur la présence de tissu lymphoïde dans la muqueuse de l'urèthre chez l'homme.

Fleischmann (P.). Ueber gewisse bei vitaler Färbung auftretende basophile Körnchen in den roten Blutkörperchen. (*Med. Klinik*, 19 fév.) — Sur certaines granulations basophiles des hématies, décelables par la coloration vitale.

Uteau (R.). Anatomie du trigone vésical. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 fév.)

MÉDECINE

Almeida (T. de). Lithiasis biliar ou cholelithiasis. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 mars.)

Heitler (M.). Ueber Accentwechsel der Herztöne. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 25 fév.) — Sur le changement d'accentuation des bruits cardiaques.

Kozmine (A.). Un cas de néphrite intentionnellement provoquée (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, fév.)

Lohrisch (H.). 2 Fälle von sporadischem Skorbut. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 fév.)

Lortat-Jacob (L.) et **Sabaréanu** (G.). Exostoses ostéogéniques symétriques congénitales du maxillaire inférieur avec irrégularité d'implantation dentaire. (*Rev. de méd.*, fév.)

Martin (A.). Ueber Blutdruck und Blutdruckmessung. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 fév.) — Sur la pression sanguine et sa mensuration.

McCallum (H. A.). On visceroptosis; its symptoms and treatment. (*Brit. Med. Journ.*, 18 fév.)

McCrae (T.). Acute lymphatic leukæmia. (*Brit. Med. Journ.*, 25 fév.)

Mixa (M.) et **Votruba** (F.). O chemismu zaludecnim pri ruznych chorobách. (*Sbornik klinicky*, VI, 3.) — Le chimisme stomacal dans diverses maladies.

Mohr (L.). Die Funktion der Nebennieren und ihre Beziehungen zum Morbus Addisonii. (*Med. Klinik*, 12 fév.) — Les fonctions des capsules surrénales et leurs rapports avec la maladie d'Addison.

Packard (M.). Case of primary malignant tumor of the lung. (*Med. News*, 18 fév.) — Cancer primitif du poumon.

Pawinski (J.). Sur l'hyposthénie cardio-vasculaire climactérique. (*Rev. de méd.*, fév.)

Pinheiro Guimaraes. Pathogenia e therapeutica dos edemas. (*Brazil-medico*, 1er, 8, 15 et 22 fév. et 1er mars.)

Raulin (L.). Valeur de l'insufflation pour la délimitation de l'estomac. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 19 fév.)

Reach (F.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Bence-Jones'schen Albuminurie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 3-4.)

Reed (B.). Lectures on diseases of the stomach and intestines. In-8°, 1022 p. Londres.

Reitter (K.). Ueber zwei seltenere Ursachen der Duodenalstenose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 fév.)

Rimbach (R.). Ein Beitrag zur Herzmassage. (*Med. Klinik*, 12 fév.) — Sur le massage du cœur.

Roussel (A. E.). Myocardial degeneration. (*New York Med. Journ.*, 25 fév.)

Sahli (H.). Ueber das Wesen der Hämophilie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 3-4.)

Starck (H.). Die direkte Besichtigung der Speiseröhre: Oesophagoscopie. In-8°, 219 p. avec fig. Wurtzbourg. A. Stuber.

Surmont (H.) et **Dehon** (M.). Un cas d'ictère acholurique rendu pseudo-cholurique par l'élimination des matières colorantes du séné. (*Echo méd. du Nord*, 5 fév.)

Tabora (von). Ueber die Phosphate des Mageninhalts. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 3-4.) — Sur les phosphates du contenu gastrique.

Turton (E.). Clinical methods of enumerating leucocytes. (*Brit. Med. Journ.*, 25 fév.)

Vetter (W.). Morphologisch en bacteriologisch onderzoek van pleura-exsudaten. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 fév.)

Walsh (J. J.). Some so-called rheumatisms. (*Med. News*, 18 fév.)

Zikel (H.). Osmologische Diagnostik und Therapie. In-8°, 520 p. avec fig. Berlin.

MALADIES INFECTIEUSES

Agatston (S. A.). Report of a case of cerebrospinal meningitis: lumbar puncture, purulent cerebrospinal fluid; perfect recovery. (*New York Med. Journ.*, 4 fév.)

Köhler (F.) et **Behr** (M.). Ueber suggestives « Injektionsfieber » bei Phthisikern. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 3-4.)

Latham (A.). The diagnosis and modern treatment of pulmonary consumption; special reference to early recognition and permanent arrest of the disease. 2e éd. In-8°, 232 p. Londres.

Levy (F.). Einige Erfahrungen während der Typhusepidemie in Detmold im Herbst 1904. (*Med. Klinik*, 5 fév.)

Manton (W. P.). A typical case of tubercular peritonitis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Marzagalli (E.). Sopra di un nuovo metodo per la sierodiagnosi della tubercolosi. (*Gazz. degli Osped.*, 12 fév.)

Meirelles (Z.). Da variola hemorrhagica e o seu tratamento. (*Gazeta clinica de S. Paulo*, janv.)

Morelli (G.). Decorso epidemico e polimorfo di un'infezione coi caratteri delle stafilococcie e streptococcie. (*Gazz. degli Osped.*, 26 fév.)

Mourzine (M.). Contribution à l'épidémiologie de la fièvre typhoïde dans les camps (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, fév.)

Neumann (P.). Ein Beitrag zur Statistik des Unterleibstyphus im Grossherzogtum Hessen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIX, 2.) — Statistique de la fièvre typhoïde dans le grand-duché de Hesse.

Oehler (R.). Ueber secundäre Tuberculose. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 11 fév.)

Pavlovsky (A.). Contribution à l'étude de la diphtérie chronique du pharynx ou de la diphtéroïde [d'Escherich] (en russe). (*Roussk. Vratch*, 29 janv.)

Pexa (V.). O diftherii v České detské nemocnici v Praze, se zvlastnim zretelem k serotherapii. (*Sbornik klinicky*, VI, 3.) — La diphtérie à l'hôpital tchèque des Enfants-Malades de Prague.

Piovesana (P.). Peritonite come primitiva manifestazione morbosa in un caso di tifo. (*Gazz. degli Osped.*, 5 fév.)

Pomeroy (J. L.). Partially afebrile estivo-autumnal malarial infection having its origin in New York City. (*Med. News*, 4 fév.)

Poynton (F. J.). On some points in the differential diagnosis of scarlet fever, German measles, and measles. (*Brit. Med. Journ.*, 4 fév.) — Diagnostic différentiel de la scarlatine, de la rubéole et de la rougeole.

Pugh (W. T. G.). On the infectivity and management of scarlet fever. (*Lancet*, 4 fév.)

Queirolo. Febbre mediterranea o di Malta. (*Policlinico*, 19 fév.)

Raviart (G.) et **Dubar** (L.). Un cas de paralysie diphtérique généralisée. (*Echo méd. du Nord*, 5 mars.)

Reed (J. V.). The management of prison tuberculosis, with the aid of tuberculin as a diagnostic agent. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 fév.)

Richet (Ch.). Ration alimentaire dans quelques cas de tuberculose humaine. (*Rev. de méd.*, fév.)

Rolleston (J. D.). The prodromal rashes of measles. (*Brit. Med. Journ.*, 4 fév.) — Les rashs prodromiques de la rougeole.

Rossi (A.). Diplococcemia con localizzazioni secondarie multiple. (*Gazz. degli Osped.*, 12 fév.)

Silbergleit (H.). Beiträge zur Entstehung der akuten allgemeinen Miliartuberkulose. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 2.) — Sur la pathogénie de la tuberculose miliaire aiguë.

Sollmann (T.) et **Hofmann** (J. A.). Chloride and water excretion in typhoid fever, with copious diuresis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Spencer (A. R.). A case of endocarditis with pericarditis following scarlet fever; treatment by antistreptococcic serum; recovery. (*Lancet*, 18 fév.)

Székács (B.). Typhus hæmorrhagicus. (*Pest. med.-chir. Presse*, 5 et 12 fév.)

Taussig (S.). Die Hundskrankheit (endemischer Magenkatarrh) in der Herzegowina. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 et 16 fév.)

Taylor (H. M.). Intestinal perforation in typhoid fever. (*New York Med. Journ.*, 25 fév.)

Uchermann (V.). Om beri-beri. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, fév.)

Widal (F.) et **Darré**. Angine de Vincent et stomatite ulcéro-membraneuse; angine staphylococcique préalable. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Wolff (F. G.). Die Säuglingsmilch als die Hauptquelle für die Schwindsuchtsentstehung. (*Med. Klinik*, 26 fév.) — Le lait donné au nourrisson comme principal facteur étiologique de la phtisie.

Wynn (W. H.). General gonococcal infection. (*Lancet*, 11 fév.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Féré (Ch.). Le bégaiement épileptique. (*Rev. de méd.*, fév.)

Fränkel (J.). The diagnosis of cerebellar tumors. (*New York Med. Journ.*, 11 fév.)

Gordinier (H. C.). The symptomatology and localization of tumors of the cerebellum, with the report of 3 cases of tumor of the cerebellum and one of the fourth ventricle, with three autopsies. (*Albany Med. Ann.*, fév.)

Grasset (J.). Les centres nerveux; physiopathologie clinique. In-8°, 744 p. avec fig.

Hobhouse (E.). The early symptoms of insular sclerosis. (*Lancet*, 18 fév.) — Les signes précoces de la sclérose en plaques.

Huyghe (L.). La dysarthrie linguale intermittente, indice de thrombose artérielle cérébrale, symptôme prémonitoire à distance des accidents graves du ramollissement cérébral. (*Nord méd.*, 1er fév.)

Juliusburger (O.). Giebt es ein pathologisches Plagiat? (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 fév.)

Katz (R.). De l'alexie vraie ou fausse (en russe). (*Roussk. Vratch*, 29 janv.)

Kendle (F. W.). Case of precocious puberty in a female cretin. (*Brit. Med. Journ.*, 4 fév.)

Kirstein (E.). Om intermitterende halten (dysbasia angiosclerotica). (*Hospitalstidende*, 8 et 15 fév.)

Kisch (E. H.). Ueber Feminismus männlicher lipomatöser Individuen. (*Wien. med. Wochensch.*, 18 fév.)

Lannois et **Feuillade**. Mutisme datant de seize mois chez un dégénéré migrateur; guérison par suggestion. (*Lyon méd.*, 5 fév.)

Lévi (L.). La migraine commune bulbo-protubérantielle à étiologie variable. (*Rev. neurol.*, 15 fév.)

Patrick (H. T.). Convulsive tic. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 fév.)

Pereira (M.). Neurasthenia. (*Brazil-medico*, 22 janv.)

Pershing (H. T.). Hysterical movements. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 fév.)

Pick (A.). Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Psychiatrie und Neurologie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 et 12 janv. et 16 fév.)

Raimann (E.). Ueber induziertes Irresein. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 fév.) — Sur la démence induite.

Savage (G. H.). On functional mental disorders. (*Lancet*, 18 fév.)

Schön et **Thorey** (M.). Auge und Epilepsie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 3.) — L'œil des épileptiques.

Schwarz (E.). Ein Fall von Myelämie mit Diabetes mellitus und Miliartuberkulose. (*Wien. med. Wochensch.*, 25 fév.)

Shumway (E. A.). The association of optic neuritis and facial paralysis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 fév.)

Sinkler (W.). Some uncommon forms of multiple neuritis, including 4 cases of puerperal origin. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 fév.)

Spiller (W. G.). Congenital spastic rigidity of the limbs (congenital hypertonia, Little's disease). (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, janv.)

Van der Horst (D.). Een geval van multipele sclerose na trauma. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 18 fév.)

Vaschide (N.) et **Vurpas** (C.). Essai sur la psychologie de l'impulsion sexuelle. (*Journ. de neurol.*, 5 fév.)

Viviani (U.). Singolare ammasso di corpi estranei nello stomaco d'un alienato; contributo allo studio dei pervertimenti del istinto di nutrizione. (*Cesalpino*, janv.)

Vivie (A.). A propos d'aïnhum. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Weisenburg (T. H.). Pseudobulbar palsy. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, janv.)

Wertheim Salomonson. Hæmatomyelie bij tabes dorsalis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 fév.)

Weygandt (W.). Idiotie und Schwachsinn im Kindesalter. (*Med. Klinik*, 12 fév.) — L'idiotie et l'imbécillité chez l'enfant.

Weyrauch (W.). Ueber Chorea chronica progressiva (Huntington'sche Chorea). (*Münch. med. Wochensch.*, 7 fév.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Huismans (L.). Ueber die Beziehungen von Infektion, Gefäss- und Blutdrüsenerkrankungen zur Sklerodermie. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 mars.) — Rapports de l'infection et des affections des glandes vasculo-sanguines avec la sclérodermie.

Hyde (J. N.). Scabies in the United States of America and Canada. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Jackson (G. T.). Acne and its treatment. (*Med. Record*, 18 mars.)

Lang (E.). Dermatosis epithelialis (degenerativa) circumscripta eczemiformis (Paget's disease). (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 mars.)

Ledoux (E.). Un cas de dermofibromatose pigmentaire généralisée. (*Rev. méd. de la Franche-Comté*, fév.)

Pinkus (F.). Die Präventivbehandlung der Syphilis. (*Med. Klinik*, 12 fév.)

Rost (E. R.). On the pathology and treatment of leprosy. (*Brit. Med. Journ.*, 11 fév.)

Strasser (J.). Lupus erythematodes und das papulo-nekrotische Tuberkulid. (*Wien. med. Presse*, 5 fév.)

Thiroux. Quelques tentatives d'inoculation de la lèpre. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Tourtoulin Bey. Die subcutanen Chaulmoograöl-Einspritzungen gegen die Lepra. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 janv.)

Valli (A.). Eritema nodoso e porpora febbrile. (*Gazz. degli Osped.*, 26 fév.)

Williams (C. M.). Four cases of chancre of the lip. (*Med. Record*, 25 fév.) — 4 cas de chancre de la lèvre.

CHIRURGIE

Alves de Lima (J.). Elephantiasis do escroto. (*Gazeta clinica de S. Paulo*, mars.)

Arthur (W. H.). Preliminary report on the treatment of chronic dysentery, by irrigation of the colon through the vermiform appendix or an opening into the cecum. (*Med. Record*, 25 mars.)

Bainbridge (W. S.). A case of extensive carcinoma of tongue and neck, presenting points of special interest. (*Amer. Medicine*, 21 mars.) — Cancer étendu de la langue et du cou.

Barth. Ueber unsere Fortschritte in der Beurteilung und Behandlung der eitrigen Perforationsperitonitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 mars.) — Pronostic et traitement de la péritonite purulente par perforation.

Beck (C.). On various plastic operations. (*New York Med. Journ.*, 25 mars.)

Bettmann. Ueber eine Absplitterung aus der Corticalis des rechten Fersenbeines. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, mars.) — Arrachement de la couche corticale du calcanéum droit.

Bickham (W. S.). Technique of exposure of the spinal cord and canal : osteoplastic resection and laminectomy. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Blanc et **Tisserand.** Un cas de luxation du nerf cubital. (*Loire méd.*, fév.)

Blecher (A.). Ueber den Einfluss des Parademarsches auf die Entstehung der Fussgeschwulst. (*Med. Klinik*, 5 mars.) — Influence du pas de parade [allemand] sur la production de la fracture des métatarsiens.

Braun (H.). Ueber den durch Lage- und Gestaltsveränderungen des Colon bedingten vollkommenen und unvollkommenen Darmverschluss. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 4-6.) — Sur l'occlusion intestinale complète ou incomplète, consécutive aux changements de position et de configuration du côlon.

Pieri (F.). A propos d'un cas de plaie du foie par arme à feu. (*Marseille méd.*, 1er fév.)

Pollatschek (R.). Ein Fall von subcutaner Zerreissung des Musculus adductor longus. (*Wien. med. Wochensch.*, 11 fév.) — Rupture sous-cutanée du deuxième adducteur.

Porter (J. L.). Typhoid coxitis. (*Amer. Medicine*, 11 fév.)

Quénu (E.) et **Duval** (P.). Traitement opératoire des ruptures sus-rotuliennes du quadriceps. (*Rev. de chir.*, fév.)

Rammstedt. Ueber Leberzerreissungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 4.) — Sur les ruptures du foie.

Riese. Erfahrungen auf dem Gebiete der Chirurgie der Gallenwege. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 fév.) — Chirurgie des voies biliaires.

Rochet. Existe-t-il une spermatorrhée vraie? Que sont les malades dits spermatorrhéiques? (*Lyon méd.*, 5 mars.)

Romer (F.). Traumatic lumbago. (*Lancet*, 18 fév.)

Rosé (Th.). Contribution à l'étude des lésions traumatiques de la paroi abdominale antérieure (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 1.)

Roux. Linite plastique sans néoplasme. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

Russ (R.). Fracture of the carpal scaphoid, with habitual dislocation of the central fragment. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Sanderson (S. E.). Acute postoperative thyroidism. (*Amer. Medicine*, 4 fév.)

Schiele (G. W.). Ueber die Behandlung schwerer blutiger Handverletzungen. (*Therap. Monatsh.*, fév.) — Sur le traitement des blessures graves de la main.

Schlagintweit (W.). Ueber einen Fall von intra- und extracraniell gelegenem Echinococcus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 2-3.)

Schulz (O. E.). Ueber Fracturen der Fingerphalangen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 2-3.)

Scudder (C. L.). Volvulus of the jejunum. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Sheldon (J. G.). Biliary colic without gallstones. (*New York Med. Journ.*, 14 janv.) — Les coliques hépatiques sans calculs biliaires.

Sherrill (J. G.). The management of acute general peritonitis. (*Med. News*, 11 fév.)

Silhol. Appendicite présentant des symptômes de grossesse extra-utérine. (*Marseille méd.*, 15 fév.)

Sitzenfrey (A.). Zur Exstirpation der Pankreascysten. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 1.)

Smith (A. H.). Intramuscular hemorrhage from muscular action. (*Med. Record*, 4 fév.)

Speckert (J.). Ein Fall von Chyluscyste. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 4.)

Steele (D. A. K.). Gall-bladder and biliary-duct surgery. (*Ann. of Surgery*, fév.) — Chirurgie des voies biliaires.

Stone (I. S.). The abuse of purgation before and after operation. (*Amer. Medicine*, 25 fév.)

Symonds (C. J.). On a case of gangrenous appendicitis, with subphrenic abscess. (*Lancet*, 11 fév.)

Tarnowsky (G. de). Contrecoup fracture of the sternum. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Teuner (K.). O narkose éterové. (*Casopis lékaru ceskych*, 4 et 11 fév.) — Sur l'anesthésie générale par l'éther.

Trinci (U.). Ferita di punta e taglio all'avambraccio sinistro con recisione dell'arteria cubitale, arteria radiale, nervo cubitale e nervo mediano. (*Clinica moderna*, 15 fév.) — Plaie par instrument piquant et tranchant de l'avant-bras gauche avec section des artères cubitale et radiale et des nerfs cubital et médian.

Vallack (A. S.). Principles and practice of asepsis. In-12, 106 p. Londres.

Vörner (H.). Zur Behandlung des Ulcus cruris und seiner Ursachen. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 fév.) — Traitement de l'ulcère de jambe.

Wild (O.). Die Untersuchung der Luftröhre und die Verwendung der Tracheoskopie bei Struma. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 1.) — L'examen de la trachée et l'emploi de la trachéoscopie dans le goitre.

Wilson (J. T.). Sprains of the knee and ankle-joints. (*Med. News*, 25 fév.) — Entorses du genou et du cou-de-pied.

Winslow (K.). Symmetrical inflammation of the epiphyseal beak of the tibia. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Wolff (R.). Ueber die Komminutivfrakturen der Handwurzel durch indirekte Gewalt. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, fév.) — Des fractures compliquées du carpe par traumatisme indirect.

Zahradnicky (F.). O luxaci semilunarních chrustavek kloubu kolenního. (*Casopis lékaru ceskych*, 18 et 25 fév.) — Sur la luxation des fibrocartilages articulaires du genou.

Zanardi (P.). Occlusione intestinale da calcolo biliare. (*Policlinico*, 12 fév.)

UROLOGIE

Chiadini (M.). Sulla presenza della albumina acetosolubile nelle urine. (*Clinica medica italiana*, janv.)

Jacquemet (M.). Remarques sur la recherche clinique des albuminoïdes urinaires. (*Dauphiné méd.*, avril, mai et juin.)

Monnet (L. E.). Les voies urinaires et leurs maladies. In-16, 116 p. avec fig.

Sampson (J. A.). Operations on the lower ends of the ureters by the inguinal extraperitoneal route under local anæsthesia (cocaine). (*Ann. of Surgery*, fév.)

Squier (J. B.). Observations on 28 cases of prostatectomy. (*Med. News*, 18 fév.)

Thumim (L.). Was leistet die Cystoskopie bei Verletzungen der Blase und der Ureteren? (*Münch. med. Wochensch.*, 28 fév.) — La cystoscopie dans les lésions de la vessie et des uretères.

Tinker (M. B.). Bloodless perineal prostatectomy under local anesthesia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 fév.) — Prostatectomie périnéale non sanglante sous anesthésie locale.

Tsélios (A.). Λευκωματουρία ἐξ ὀρθοστασίας. (Γαληνός, janv.) — Albuminurie orthostatique.

Wolf (H. E.). Primary urethral calculus. (*Ann. of Surgery*, fév.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Schultze (B. S.). Die angeblichen Gefahren und die sicheren Vorteile der künstlichen Atmung durch Schwingen des tief scheintoten Kindes. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 fév.) — Les prétendus dangers et les avantages incontestables de la manœuvre de Schultze dans le cas de mort apparente du nouveau-né.

Spalding (A. B.). Pyelitis complicating pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Stratz (C. H.). Myomotomie gedurende de graviditeit. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 fév.)

Sturmdorf (A.). The clinical manifestations of uterine fibroids, as indications for early operative intervention. (*Med. News*, 11 fév.)

Tirioutine (D.). Un cas de thrombophlébite puerpérale multiple (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 5 fév.)

Vallée (P.). Observation d'un cas de dystocie par rétraction de l'anneau de Bandl. (*Normandie méd.*, 15 fév.)

Van de Warker (E.). Gonorrhœa in its female pelvic relations. (*New York Med. Journ.*, 4 fév.)

Vanverts (J.). La torsion des kystes du parovaire. (*Nord méd.*, 1er fév.)

Voigt (J.). Ueber das Verhältnis von mütterlichen und kindlichen Elementen an der Einnistungsstelle jüngerer menschlicher Eier. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 1.) — Relations des éléments maternels et fœtaux au lieu d'implantation de tout jeunes œufs humains.

Waite (Lucy). The present status of surgical intervention in retrodeviations of the uterus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 fév.)

Walcher (G.). Ueber die Entstehung von Brachy- und Dolichocephalie durch willkürliche Beeinflussung des kindlichen Schädels. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 fév.) — Brachycéphalie et dolichocéphalie produites par la déformation intentionnelle du crâne de l'enfant.

Wood (J. C.). A new operation for cystocele. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fev.)

PÉDIATRIE

Astros (L. d'). Les infections cutanées chez le nourrisson. (*Arch. de méd. des enfants*, fév. et mars.)

Carrière (G.). Sur un cas de pneumothorax consécutif à un accès d'asthme de Kopp-Millar chez un nourrisson. (*Nord méd.*, 1er avril.)

Coulon (G.). Hémorrhagies intestinales mortelles chez un nourrisson syphilitique. (*Arch. de méd. des enfants*, fév.)

Del Piano (A.). Ascessi areolari del fegato da appendicite retrocecale (fegato appendicolare). (*Nuovo raccoglitore med.*, janv.-fév.)

Dementiev (V.). Du pouvoir fonctionnel du foie chez les nouveau-nés (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 19 et 26 fév.)

Flügel (K.). Ueber Rectalgonorrhœ bei Vulvovaginitis infantum. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 mars.)

Fuchs (E.). 4 Fälle von Myxödem. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLI, 1-2.)

Glazebrook (L. W.). A unique case of appendicitis in a child aged fourteen months. (*New York Med. Journ.*, 11 mars.) — Appendicite chez un enfant de quatorze mois.

Grancher (J.) et **Comby** (J.). Traité des maladies de l'enfance. 2e éd. T. V. In-8°, 1250 p. avec fig.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Jarecky (H.). Ear complications of scarlet fever, and their treatment. (*Med. Record*, 25 fév.) — Les complications otitiques de la scarlatine et leur traitement.

Papi (D.). Mastoidite acuta e complicazioni endocraniche di origine otitica. (*Gazz. degli Osped.*, 12 fév.)

Prota (G.). Laryngite striduleuse et végétations adénoïdes. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv.-fév.)

Richards (J. D.). A case of infective, lateral, sigmoid, superior petrosal sinus and jugular thrombosis; operation; recovery. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Semon (Sir Felix). A peculiar form of chronic hyperplasia of the mucous membranes of the upper respiratory tract. (*Lancet*, 25 fév.)

Smith (S. MacC.). Bezold's variety of mastoid disease, complicating diabetes mellitus. (*Amer. Medicine*, 11 fév.)

Turner (A. L.). The operative treatment of chronic suppuration of the frontal sinus, with special reference to the method of Killian. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 fév.)

Villard (E.) et **Leclerc**. Abcès temporal d'origine otique; trépanation; guérison. (*Lyon méd.*, 19 et 26 fév.)

Voïatchek (V.). La fonction auditive en cas de nécrose unilatérale du labyrinthe (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, fév.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Harris (M. L.). Dangers from indiscriminate use of cathartics in acute intestinal conditions. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 fév.)

Henle (A.). Zur Behandlung des akuten Schnupfens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 fév.) — Traitement du coryza aigu.

Herzen (V.). Guide-formulaire de thérapeutique générale et spéciale. 3e éd. In-18, 813 p.

Hochhaus (H.). Die Behandlung der Lungenblutungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 fév.) — Le traitement des hémorrhagies pulmonaires.

Malméjac (F.). Simple note sur le clou de Biskra. (*Echo méd. du Nord*, 26 fév.)

Martell. Weitere Beiträge zur Frühtuberkulose und ihrer Therapie mit Calomel. (*Wien. med. Wochensch.*, 14, 21 et 28 janv., 4, 11, 18 et 25 fév.) — De la tuberculose au début et de son traitement par le calomel.

Mellin. Thiosinamin bei Narbenkrontrakturen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 fév.) — La thiosinamine contre les contractures cicatricielles.

Meyer (F.). Die klinische Anwendung des Streptokokkenserums. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 fév.)

Nattan-Larrier (L.). Les médications préventives; sérothérapie et bactériothérapie. In-16, 96 p.

Perrin (M.). Considérations sur certains effets de l'opothérapie hépatique chez les cirrhotiques. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er et 15 janv., 1er et 15 fév.)

Pozzolo (G.). Sieroterapia dell'angina Ludwig. (*Gazz. degli Osped.*, 5 fév.)

Predtétchensky (V.). Les tendances actuelles de la thérapeutique des maladies internes (en russe). (*Sovrémen. Klin. i Térap.*, janv.)

Roux (J.) et **Tisserand**. Deux cas d'entérite muco-membraneuse traités par les injections épidurales. (*Loire méd.*, fév.)

Royer (B. F.). The antitoxin treatment of diphtheria with a plea for rational dosage in treatment and in immunizing. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, fév.)

Salzborn. Ein Beitrag zur Therapie der Skrophulose. (*Wien. med. Wochensch.*, 18 fév.)

Weitlaner (F.). Zur Therapie des akuten und chronischen Magenkatarrhs und eine Form der Salzsäuredarreichung. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 fév.) — Sur le traitement du catarrhe aigu et chronique de l'estomac et sur un mode d'administration de l'acide chlorhydrique.

Wennerberg (H.). Om serumterapiens inflytande paa mortaliteten i difteri och strypsjuka i Göteborg. (*Hygiea*, fév.) — Influence de la sérothérapie sur la mortalité par diphtérie et par croup.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Foveau de Courmelles. L'année électrique, électrothérapique et radiographique. Revue annuelle des progrès électriques en 1904 (5e année). In-18, 372 p.

Gramegna (A. G.). Sul valore del potenziale elettrico in elettrodiagnostica. (*Riv. critica di clinica medica*, 25 fév.)

Herz (A.). Zur Röntgenbehandlung der Leukämie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 fév.)

Liebermann (J. M.). Locomotor ataxia successfully treated with ultraviolet rays. (*New York Med. Journ.*, 18 fév.)

Loison (E.). Les rayons de Röntgen (appareils de production; modes d'utilisation; applications chirurgicales). In-8°, 679 p. avec fig.

Richardson (J. J.). Electricity in otology. (*New York Med. Journ.*, 25 fév.)

Roques (C.). De l'intervention électrique dans le traitement des diverses atrésies œsophagiennes. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 fév.)

Schleip (K.) et **Hildebrandt** (W.). Beitrag zur Behandlung der myeloiden Leukämie mit Röntgenstrahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 fév.)

Schütze (C.). 2 Fälle von Leukämie mit Röntgenstrahlen behandelt. (*Med. Klinik*, 19 fév.)

Somerville (W. F.). Scrofulous ulcers of the legs (Bazin's malady) successfully treated by high-frequency currents. (*Brit. Med. Journ.*, 4 fév.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Burton-Fanning (F. W.). Open-air treatment of pulmonary tuberculosis. In-8°, 184 p. Londres.

Gordon (W.). The influence of rainy winds on phthisis. (*Lancet*, 7 et 14 janv.) — L'influence des vents de pluie sur la phtisie.

Maccone (L.). Cura climatica marina. In-8°, 27 p. Turin.

Pick (C.). Kurzgefasste praktische Hydrotherapie. 2e éd. In-8°, 191 p. Vienne.

Woodruff (Ch. E.). The effects of tropical light on white men. In-8°, 358 p. Londres. Rebman et Cie. — Influence de la lumière tropicale sur l'homme blanc.

BACTÉRIOLOGIE

Sänger (M.). Ueber Bazilleneinatmung. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 2.) — Sur l'inhalation de bacilles.

Savage (W. G.). The characters of the bacillus coli as an indicator of excretal contamination. (*Lancet*, 4 fév.)

Sehrwald. Steigerung der Agglutinierbarkeit der Typhusbacillen und ihr Wert für die Typhusdiagnose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 fév.) — L'augmentation de l'agglutinabilité du bacille d'Eberth et sa valeur pour le diagnostic de la fièvre typhoïde.

Stephens (J. W.). Non-flagellate typhoid bacilli. (*Thompson Yates and Johnston Laboratories Report*, VI, 1.)

Stokes (W. R.). Some typhoid epidemics studied by laboratory methods. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 fév.)

Weyl (B.). Beitrag zur Kenntnis des Meningococcus intracellularis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 2.)

GÉNÉRALITÉS

Alphabetische Liste von Krankheiten und Todesursachen zum Gebrauch bei den Zusammenstellungen der Ausweise *a.* für die Wochen-und Monatsübersichten der « Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes » über die Bevölkerungsvorgänge in deutschen Orten, *b.* für die deutsche Todesursachenstatistik, *c.* für Erkrankungs- oder Todesursachenstatistiken auf breiterer Grundlage. In-4°, 161 p. Berlin. [Publ. de l'Office sanitaire impérial.] — Liste alphabétique des maladies et des causes de décès, pour servir à dresser les statistiques hebdomadaires et mensuelles du mouvement de la population, et les statistiques abrégées ou détaillées de la morbidité et de la mortalité dans l'empire allemand.

Hassin (G. B.). Medical practice in Siberia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 janv.)

Morel (A.-D.). Statistique générale de la morbidité et de la mortalité dans les établissements hospitaliers des colonies françaises en 1902. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Sutton (R. L.). The diseases of the Isthmian Canal Zone. (*Med. Record*, 14 janv.) — Les maladies dans la région du canal de Panama.

Thel. Grundsätze für den Bau von Krankenhäusern. In-8°, 124 p. avec fig. Berlin. — Principes de construction hospitalière.

Uhlenhuth. Ueber die Bestimmung der Herkunft von Mumienmaterial mit Hilfe spezifischer Sera. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 fév.) — Détermination de la provenance des momies au moyen de sérums spécifiques.

VARIA

Le « Kajaksvimmel » ou laitmatophobie des pêcheurs groenlandais.

On sait que les Esquimaux du Groënland se livrent à la pêche dans de légères embarcations, nommées *kayak*, où il n'y a place que pour un seul rameur. Or, il arrive souvent qu'au cours de leurs navigations solitaires ces indigènes soient pris d'un malaise particulier que les Danois appellent *Kajaksvimmel* ou « vertige du kayak », et que M. le docteur A. Bertelsen a récemment étudié dans le *Bibliotek for Læger*.

Ce malaise débute par une sorte d'angoisse ou d'oppression avec sueurs, palpitations et quelquefois vertige; mais ce dernier symptôme, bien qu'il ait donné son nom à l'affection, est loin d'être constant. Puis le pêcheur se sent envahi par une sorte d'engourdissement et de somnolence lui faisant croire que, s'il chavirait, il serait incapable de redresser son embarcation ou de se sauver, bien que cet accident, lorsqu'il survient, ait souvent pour résultat de faire disparaître le vertige. En même temps, il se produit chez l'Esquimau alteint des phénomènes psychiques confinant à l'hallucination : il lui semble, par exemple, que son embarcation devient de plus en plus petite, qu'elle s'élève dans l'air, ou bien au contraire s'enfonce dans la mer, et déjà il croit sentir le contact de l'eau. Ces hallucinations sont parfois tellement fortes que le pêcheur est prêt à se jeter à l'eau, sous l'étrange prétexte d'échapper à la submersion. Plus commune — voire presque constante — est la sensation que les avirons deviennent d'une légèreté extrême, tandis que la barque paraît si lourde que le rameur ne peut plus la mouvoir.

Ce vertige frappe le plus souvent des sujets de vingt-cinq à quarante-cinq ans. Il se manifeste presque toujours en été, par mer calme, quand le pêcheur est isolé loin de terre et inoccupé. Cette solitude et ce désœuvrement, en pleine mer, sur une frêle embarcation, facilitent naturellement les méditations terrifiantes. Aussi, l'accès débute-t-il souvent par une terreur subite de la profondeur de l'eau, par la crainte de chavirer ou celle de voir la cargaison engloutir le kayak.

L'affection est fréquente, puisqu'elle atteint de 8 à 15 % en moyenne du total des pêcheurs; les métis et les Esquimaux du nord y seraient particulièrement prédisposés : pour ces derniers il faut sans doute en chercher la raison dans ce fait que la mer n'étant libre, dans la région qu'ils occupent, que durant l'été, ils ont moins l'habitude de la navigation.

Dès que le malade se trouve à terre, ou s'il peut fixer un objet du regard, avoir un compagnon, s'accrocher à un iceberg, etc., le vertige disparaît généralement. L'accès est suivi de céphalée dans 33 % des cas, de tendance aux vomissements ou à la diarrhée, d'une sensation de fatigue, de dégoût et de somnolence. Les manifestations de cette psychose augmentent d'habitude de fréquence avec le temps et finissent par obliger le pêcheur à renoncer entièrement à la mer.

Pour expliquer ces accidents, on a surtout accusé le tabagisme et le caféisme. Mais cette explication tombe en présence de ce fait que, sur 60 malades observés par M. Bertelsen, 6 ne fumaient pas et que plusieurs ne consommaient pas de café ou avaient cessé d'en prendre. D'ailleurs, on ne pouvait relever d'abus quelconques que chez un cinquième d'entre eux. Aussi notre confrère voit-il dans le *Kajaksvimmel* une sorte de phobie, qu'il propose d'appeler « laitmatophobie » (de λαῖτμα, ατος, gouffre, abîme de la mer). La sensation d'angoisse ou la terreur qui précède la crise plaide en faveur de cette hypothèse, qui trouve un nouvel appui dans cette constatation que la plupart des patients examinés par M. Bertelsen étaient des dégénérés, des hystériques et surtout des neurasthéniques; ces différentes conditions morbides se rencontrant le plus souvent dans des familles entières, il est facile d'expliquer l'apparente contagiosité du mal. Une chose certaine, en tout cas, c'est que l'épilepsie n'a rien à voir avec le vertige du kayak, état durant lequel la conscience n'est nullement abolie.

Quant au traitement, il ne peut guère être que tonique ou moral; du reste, l'invasion des steamers et la diffusion des procédés nouveaux de pêche tendent à diminuer l'usage du kayak et, par suite, à restreindre le nombre des sujets exposés à contracter l'affection.

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

De l'appendicite chez les sujets âgés.

Les travaux sur l'appendicite sont, comme on le sait, innombrables. Et cependant, en dehors de quelques remarques formulées par MM. Ribbert, Steiner, Turner et Rostovtzev, sur les caractères de l'appendicite aux divers âges, personne, à notre connaissance, ne s'est occupé des particularités qu'offre cette affection chez les sujets ayant dépassé la cinquantaine. Le hasard nous ayant amené à en observer quelques cas à peu de temps d'intervalle, il nous a paru intéressant de rechercher si nos impressions personnelles concordaient avec les faits déjà publiés.

A cet effet, nous avons essayé de comparer au tableau classique de l'appendicite, ou aux traits spéciaux signalés par certains cliniciens, les données qui ressortent des diverses observations éparses d'appendicite tardive.

Mais ce travail de comparaison est loin d'être aisé, chaque auteur adoptant généralement des divisions différentes en se plaçant à des points de vue divers. Toutefois, grâce à l'abondance des documents, on peut arriver, nous semble-t-il, à dégager quelques conclusions d'une certaine utilité pratique. Il est possible que des études nouvelles et plus approfondies modifient plusieurs d'entre elles; nous serons heureux de les avoir suscitées.

I

La première question à résoudre est celle de la fréquence relative de l'appendicite avant et après cinquante ans.

Si nous réunissons les statistiques — pour la plupart intégrales — de MM. Lennander, Rostovtzev, Herzog, Deaver, Delagénière, Perman, Lanz et Tavel, Roux et Mlle von Mayer, Riesinger, Pauchet, Poirier, Tuffier, Hämig, Nicolaysen et Neuhaus, formant un total de 2,781 faits, nous constatons que la fréquence relative de l'appendicite aux divers âges peut s'exprimer par les chiffres suivants : de 11 à 20 ans, 31.8 % des cas; de 21 à 30 ans, 37.3 %; de 31 à 40 ans, 16.8 %; de 41 à 50 ans, 8.7 %; de 51 à 60 ans, 3.7 % ; au delà de 61 ans, 1.6 %.

D'après ce tableau — dont nous avons exclu les tout jeunes enfants, en raison de la difficulté de connaître leur proportion véritable, ainsi que les appendicites opérées chez la femme à l'occasion d'une laparotomie faite dans un autre but —, on voit que les sujets âgés (au delà de cinquante ans) représentent seulement 5 ou 6 % des cas d'appendicite que peut rencontrer un chirurgien.

Toutefois M. Einhorn (1), en se basant sur les autopsies pratiquées à Munich, a soutenu que l'appendicite était plus commune chez les sujets âgés. Mais, sans parler des travaux de M. Wallis (2) qui, à Stockholm, et par les mêmes procédés d'étude, est arrivé à un résultat tout opposé, il est bon de ne pas tabler sur les autopsies : la seule conclusion à en tirer, suivant la remarque de M. Roux, c'est qu'on meurt plus ou moins de l'appendicite à tel ou tel âge, et là n'est pas la question.

Pour se rendre compte de la fréquence réelle de la maladie, M. Rostovtzev (3) s'est livré à un calcul plus légitime en comparant par âge, dans un hôpital donné (celui d'Oboukhov), le nombre des entrées pour appendicite au total des entrées pour n'importe quelle affection. Des pourcentages ainsi obtenus, il résulte que les sujets de 11 à 20 ans, qui constituent 20.9 % du total des hospitalisés, fournissent 26.7 % du total des appendicites; pour les sujets de 21 à 30 ans, ces proportions sont respectivement 32.8 % et 31 % ; de 31 à 40 ans, 24.1 % et 23.6 % ; de 41 à 50 ans, 13.4 % et 10.6 %; de 51 à 60 ans, 5.6 % et 5 %; au delà de 60 ans, 3.4 % et 3.1 %. D'où il ressort qu'à peu de choses près, la fréquence de l'appendicite est la même à tout âge.

(1) H. Einhorn. Ueber Perforation des Processus vermiformis und des Cœcums. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 et 24 fév. 1891.)

(2) C. Wallis. Om appendiciterna och perityfliterna som dödsorsak vid Sabbatsbergs sjukhus under aaren 1879-1891. (*Hygiea*, juin 1892.)

(3) M. Rostovtzev. La pérityphlite (en russe). Saint-Pétersbourg, 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 283.

A vrai dire, ce mode de calcul est encore imparfait. L'idéal, à ce point de vue, serait de comparer la morbidité par appendicite d'une ville ou d'un pays déterminés avec la population de cette même ville ou de ce même pays. Mais, vu l'impossibilité d'employer ce moyen, on peut essayer d'un autre procédé; prendre, par exemple, les statistiques allemandes qui figurent dans le total précédemment établi et comparer leurs données avec la répartition de la population allemande à chaque âge à partir de 11 ans :

On constate alors que les sujets de 11 à 20 ans, qui constituent 27 % de la population, fournissent 32 % du total des appendicites; de 21 à 30 ans, ces chiffres sont 21.7 % et 40.2 % ; de 31 à 40 ans, 15.1 % et 14.8 %; de 41 à 50 ans, 14 % et 8.3 %; de 51 à 60 ans, 11.5 % et 3.8 % ; au delà de 60 ans, 10.4 % et 0.8 %.

Comme on le voit, la conclusion de M. Rostovtzev n'est probablement pas exacte: le maximum de fréquence *réelle* de l'appendicite est bien de 21 à 30 ans. Passé cet âge, cette fréquence diminue rapidement : les sujets de 50 à 60 ans sont atteint 3 fois moins, et ceux de plus de 60 ans 13 fois moins, que ne le comporterait leur rang dans l'échelle numérique de la population (1).

En ce qui concerne le *sexe*, on ne s'est guère préoccupé jusqu'ici que de l'influence de ce facteur, considérée en bloc. A en juger par la majorité des statistiques publiées, les hommes seraient notablement plus atteints que les femmes, dans la proportion de 4 contre 3 environ. De notre côté, d'après les statistiques intégrales de M. Roux et Mlle von Mayer, de MM. Delagénière, Perman, Poirier, Pauchet, Lanz et Tavel, Tuffier, Hämig, Wallis, Lennander, Neuhaus, Kaposi, Reisinger et Sonnenburg, nous trouvons, en ce qui concerne les malades âgés, 34 hommes de 51 à 60 ans contre 29 femmes de même âge, et 14 hommes au-dessus de 60 ans contre 16 femmes.

Ces chiffres, malgré la supériorité apparente des femmes à partir de 60 ans, démontrent que l'homme âgé est notablement plus atteint que la femme, par la raison que, à partir de 51 ans et surtout de 61 ans, le pourcentage du sexe féminin dans la population est notablement supérieur à celui du sexe masculin (2).

Pour ce qui est des *conditions étiologiques*, il ne semble pas y avoir rien de bien spécial à signaler dans les origines de l'appendicite sénile. De même que pour les sujets plus jeunes, nous trouvons mentionnés les coups, les efforts, la constipation chronique, les indigestions, les diverses sortes d'entérite, les attaques cholériformes (Leudet), l'influenza, la fièvre typhoïde (3), etc., etc.

Une question plus intéressante est celle des *crises antérieures*. On sait que les malades opérés d'appendicite en sont rarement à leur première attaque. En est-il de même pour les gens âgés?

(1) Dans les villes — d'où proviennent la plupart des cas d'appendicite soignés dans les cliniques universitaires — les sujets âgés sont relativement moins nombreux que dans l'ensemble de la population d'un pays : en tenant compte de cette correction, on peut admettre 2.5 et 11, au lieu de 3 et 13.

(2) Dans les villes, par exemple, 12 % environ de la population masculine sont formés par des sujets de 50 ans et plus, alors que dans la population féminine les sujets de cet âge représentent la proportion de 15 %.

(3) C'est elle qu'on a incriminée dans le cas du roi Edouard VII, bien que la fièvre typhoïde remontât à plus de trente ans (*Lancet*, 5 juillet 1902).

Ce que nous avons dit plus haut de l'influence de l'âge permet de prévoir la réponse : puisque l'appendicite est réellement et absolument moins fréquente vers la fin de la vie, il y a grand'chance pour que, à cette période de l'existence, elle soit plus rarement l'aboutissant de crises antérieures. Sinon, l'appendicite sénile devrait être plus commune que l'appendicite juvénile.

Cet *a priori* se trouve confirmé par ce fait que, si l'on réunit les statistiques de MM. Roux, Pauchet, Poirier, Delagénière, Lanz et Tavel, Perman, Rostovtzev, on trouve que, sur 767 sujets de moins de 51 ans, 393 ou 51.2 % ont présenté des crises antérieures, tandis que, sur 51 ayant dépassé le même âge, 22 seulement, 43.1 %, sont dans le même cas. Il est donc évident que l'appendicite se manifeste avec un caractère de spontanéité, de « primitivité », si l'on peut dire, plus grand après qu'avant 51 ans.

La même conclusion se dégage des données suivantes, que nous empruntons à M. Moszkowicz : (1) sur 63 malades, cet auteur a trouvé 31 cas avec *un seul* accès chez des sujets de moins de 51 ans, contre 4 chez des sujets ayant dépassé cet âge; pour les cas où l'on note *deux* accès, ces chiffres sont respectivement 16 et 1; pour ceux où l'on en note *trois*, ils sont 2 et 1; enfin, 8 malades ayant eu un nombre d'accès supérieur à *cinq* avaient moins de 51 ans.

D'où il ressort de nouveau que les sujets âgés ont généralement subi moins de crises antérieures que les sujets jeunes, le jour où ils sont atteints d'une pérityphlite exigeant l'intervention.

II

Avant de nous demander quelles sont les formes anatomo-pathologiques les plus communes de l'appendicite chez les vieillards, il convient d'étudier les modifications apportées par l'âge à l'aspect, au contenu et à la structure de l'appendice.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question reconnaissent que l'appendice subit une sorte d'*involution* ou d'atrophie sénile.

Ainsi, M. Rostovtzev, se basant sur les résultats de 283 autopsies, attribue à l'appendice, chez les sujets de 11 à 20 ans, 88 millimètres de longueur moyenne sur 6 de largeur; de 21 à 30 ans, ces dimensions seraient de 86 millimètres sur 5.8; de 31 à 40 ans, 78 sur 5.8; de 41 à 50 ans, 81 sur 5.5; de 51 à 60 ans, 74 sur 5.7; au-dessus de 60 ans, 75 sur 5.5. A partir de 30 ans, l'appendice commence donc à s'atrophier en longueur et en largeur.

Au point de vue du *contenu*, on sait que l'appendice est rarement vide. Ce que l'on connaît moins, ce sont les modifications de ce contenu suivant l'âge. Un tableau de M. Rostovtzev nous édifie encore à cet égard : on y voit que les sujets de plus de 50 ans, sur 267 autopsies, représentaient 26.2 % des cas; et à partir de 51 ans, on rencontra chez eux, par rapport à 100 sujets jeunes : l'appendice vide, 40 fois; contenant des mucosités avec ou sans fèces, 25.8; du muco-pus ou du pus, 7.1; des fèces, 20.8; des calculs stercoraux 16.6; des corps étrangers, 16.6; l'appendice oblitéré, 43.8.

Par conséquent, avec les progrès de l'âge, l'appendice contient de moins en moins de produits anormaux et se trouve de plus en plus souvent vide ou oblitéré. La chose serait encore plus évidente si nous pouvions mettre sous les yeux du lecteur le tableau intégral de M. Rostovtzev, où le contenu de l'appendice est indiqué séparément pour chaque période décennale de la vie.

Enfin, en ce qui concerne la *structure* histologique, on observe avec l'âge une sorte de régression de l'organe. Dans la muqueuse de l'appendice sont disséminés de nombreux folli-

(1) L. Moszkowicz. Die erhöhte Resistenz des Peritoneums bei der acuten Perityphlitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1904, LXXII, 4.)

cules lymphoïdes arrondis, ayant d'un demi à 1 millimètre de diamètre, et dont le relief donne à la muqueuse un contour légèrement festonné; mais, à partir de 20 ou 30 ans, d'après M. Ribbert et M. Steiner, ces follicules s'aplatissent, en sorte que la muqueuse présente un bord libre plus uni.

Quant à la question — assez discutée — de savoir si cette régression est la conséquence d'une involution physiologique ou d'états inflammatoires répétés, nous pensons qu'elle doit être résolue en faveur de la première hypothèse, puisque, chez les sujets âgés frappés d'appendicite, on trouve dans les antécédents un nombre de crises non pas supérieur, mais inférieur, à celui que l'on relève chez les malades jeunes.

III

Ce qui frappe le plus, quand on parcourt les observations d'appendicite sénile publiées isolément, c'est la rareté, au point de vue de l'*anatomie pathologique*, des appendicites simples, celles où l'inflammation, catarrhale ou suppurée, demeure cantonnée à l'appendice, sans amener la perforation ni la gangrène totale des parois de l'organe. Abstraction faite des appendicites scléreuses, qui accompagnent l'appendicite à répétition, et dont nous reparlerons à propos de la symptomatologie, c'est tout au plus si nous avons recueilli 3 cas de ces appendicites simples (1) sur plus d'une centaine d'observations parues plus ou moins isolément.

On peut objecter que les faits de ce genre étant les plus vulgaires sont ceux que l'on publie le moins; mais l'objection n'est pas fondée.

En effet, quand on se met à étudier les séries *intégrales* relatées par quelques auteurs, on ne tarde pas à faire la même constatation. Dans celle de M. Poirier (2) — qui s'attache pourtant à opérer le plus tôt possible —, on trouve 54 observations faisant mention de l'état de l'appendice : 9 fois il était petit ou peu malade, 11 fois adhérent, 14 fois gros et enflammé, 20 fois gangrené ou perforé. Cette série comprend 3 sujets âgés; or, l'appendice d'aucun d'eux ne rentrait dans les deux premières catégories, celles des appendices les moins atteints.

Dans une statistique de M. Delagénière (3), lequel est également partisan de l'opération précoce, l'état de l'appendice est indiqué pour 62 cas et 10 fois cet organe était à peu près intact; mais aucun des 5 malades âgés de cette série ne rentre dans ce dernier groupe.

En somme, pour trouver l'appendice non perforé, il faut, chez les sujets âgés, intervenir avec une extrême précocité : au bout de douze heures, comme dans un cas de M. Lennander (4), ou de seize heures, comme dans un autre de M. Federmann (5).

Si, au contraire, nous considérons la catégorie des appendices perforés ou gangrenés, nous constatons que les personnes avancées en âge forment la majorité. Toutefois, bien que la perforation et la gangrène soient deux processus très voisins et que les auteurs emploient souvent un terme pour l'autre, il semble que la nécrose massive de l'appendice appartienne plutôt aux jeunes sujets, alors que la gangrène partielle aboutissant à des perforations plus ou moins larges se rencontre plus fréquemment chez les personnes âgées. C'est ainsi que sur 86 cas de M. Perman (1), où l'état de l'appendice est indiqué, la gangrène totale s'est rencontrée 57 fois et la perforation 29 fois : or, sur ce nombre, il y a 4 sujets âgés, 2 dans chaque groupe. De son côté, M. Merkens (2), sur une série de 49 péritonites, a trouvé l'appendice perforé 27 fois, gangrené 22 fois; 2 de ces malades avaient dépassé la cinquantaine, l'un et l'autre avaient une appendicite perforante. Sur les 3 sujets âgés de la série de M. Poirier, 1 seul était porteur d'une appendicite gangreneuse.

Il y a évidemment des exceptions : dans une statistique de M. Sonnenburg (3), comprenant 18 cas de péritonite, le seul malade âgé qui soit mentionné était atteint d'appendicite gangreneuse. Il n'en reste pas moins que la tendance à la nécrose paraît, dans l'appendicite sénile, moins accentuée que dans l'appendicite juvénile.

Nous en pouvons tirer une nouvelle preuve, bien qu'indirecte, des séries de M. Rostovtzev. Ce dernier chirurgien, et ses collègues de l'hôpital Oboukhov, soit par la force des choses, soit par principe, ont opéré la plupart de leurs malades à une époque très tardive, et ils se sont alors presque toujours trouvés en présence de vastes abcès de la fosse iliaque. Ils ont cependant recherché l'appendice : sur 68 sujets de moins de 51 ans, celui-ci put être reconnu 20 fois (soit dans 29 % des cas) à l'opération ou à l'autopsie, tandis que chez les patients ayant atteint ou dépassé la cinquantaine, il se présenta 2 fois sur 5, soit dans 40 % des cas; ce qui semble signifier que l'appendice sénile résiste mieux à la nécrose que l'appendice juvénile.

Au reste, ce qui nous intéresse le plus dans l'appendicite, et ce qui fait toute la gravité de la maladie, c'est la façon dont le péritoine réagit à l'égard de la suppuration ou de la gangrène appendiculaire. Or, à en juger d'après les données fournies par divers auteurs et les faits que nous avons observés nous-même, il semble qu'une des formes de prédilection de l'appendicite sénile soit celle du gros phlegmon de la fosse iliaque, de cet abcès qui, développé dans l'angle dièdre formé par le plan abdominal et le plan iliaque, vient si volontiers se plaquer contre le premier, et, dans les cas heureux, s'y ouvrir ou y être ouvert sans que la grande cavité péritonéale ait à en souffrir.

En voici quelques preuves : sur 63 cas de suppurations péri-appendiculaires, M. Moszkowicz trouve 11 abcès pariétaux, c'est-à-dire accolés à la paroi abdominale antérieure, 13 centraux (entre les anses intestinales), 19 multiples, 14 péritonites diffuses, 6 suppurations non collectées. Sur le nombre, il y avait 6 sujets âgés de plus de 51 ans : ils fournirent 3 abcès pariétaux, 1 central, 1 cas d'abcès multiples et 1 de péritonite diffuse.

De 36 malades opérés par M. Herzog (4), un seul est âgé : il est porteur d'un gros abcès fluctuant, c'est-à-dire d'un phlegmon de la fosse iliaque.

Sur 17 cas « refroidis » de M. von Bonsdorff (5), un seul également concerne un malade âgé, et c'est encore d'un gros abcès iliaque qu'il s'agit.

M. Kaposi (1) dénombre ainsi les appendicites opérées « à chaud » à la clinique de Heidelberg : appendicites perforantes aiguës, 3 cas; abcès pérityphlitiques, 25 cas; divers, 4 cas; fistules laissées par des abcès appendiculaires, 3 cas. Sur ces 35 malades il y en a 3 qui sont âgés de plus de cinquante et un ans : 2 ont des abcès pérityphlitiques et 1 des fistules, ce qui revient à dire que tous avaient eu des phlegmons de la fosse iliaque.

Sur 25 appendicites aiguës, M. Lauenstein (2) en compte 15 avec gros abcès iliaques : des 3 sujets âgés de cette série, 2 figurent dans ce dernier groupe.

La statistique de M. Lennander porte sur 16 appendicites avec abcès et sur 31 appendicites aiguës avec ou sans péritonite : des 2 seuls malades ayant dépassé la cinquantaine, un se trouve parmi les cas avec abcès.

Ces chiffres sont faibles, à la vérité, pour chaque série prise isolément; mais ils concordent pour montrer que l'appendicite tardive incline de préférence vers la forme du gros phlegmon iliaque.

Par contre, ce phlegmon semble n'avoir que peu de tendance à pousser des prolongements dans diverses directions, comme la chose se voit si souvent chez les sujets plus jeunes. Dans les séries intégrales que nous avons citées ou citerons ultérieurement, ainsi que dans les observations éparses dans la littérature médicale, les exemples de ces fusées purulentes sont très rares. Divers auteurs ont vu le pus gagner les lombes, le petit bassin ou le cul-de-sac de Douglas; MM. Termet et Vanverts (3) et nous-même l'avons vu passer jusque dans la fosse iliaque *gauche*, mais si nous exceptons les observations plus anciennes, où l'on temporisa, ce qui permit au pus de se frayer une voie à travers le trou obturateur (Leudet) ou la grande échancrure sciatique (Legueu), ces exemples sont à peu près les seuls que nous ayons pu réunir sur plus de 150 observations détaillées.

Parmi les propagations peu ordinaires de la suppuration, il convient que nous nous arrêtions un instant sur le pyothorax sous-phrénique. On sait que c'est l'appendicite qui fournit la majorité des suppurations de ce genre, et sur les 27 observations rassemblées par M. Grüneisen (4), 3 cas se réfèrent à des sujets âgés; avec un cas de M. Hue (5) et un autre de M. Czerny (6), c'est tout ce que nous pouvons citer. Remarquons cependant que sur les 3 cas de M. Grüneisen, 2 sont douteux au point de vue de l'origine appendiculaire; ajoutons encore que MM. Christian et Lehr (7) sur 7 cas, M. Grünbaum (8) sur 4, M. Sallet (9) sur 16, ne citent aucun vieillard.

Il est également connu que ces suppurations élevées, juxta-hépatiques, s'accompagnent volontiers d'épanchements pleurétiques; cependant, sauf les cas isolés de M. Perman (obs.

(1) Ce sont les observations publiées par MM. A. R. Walters (*Brit. Med. Journ.*, 30 mai 1903), L. Damaye (*Thèse de Paris*, 1895), et G. Dieulafoy (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, séance du 16 juin 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 209).

(2) Elle a été publiée par M. Chapon (*Thèse de Paris*, 1901).

(3) H. Delagénière. De l'appendicite. (*Arch. provinc. de chir.*, juillet et août 1900.)

(4) K. G. Lennander. Om appendicit med redogörelse för 68 fall, som opererats paa kirurgiska kliniken i Upsala, Sept. 1888-Juli 1893. (*Nord. med. Arkiv*, 1893, XXV, 5 et 6.)

(5) A. Federmann. Ueber Perityphlitis, mit besonderer Berücksichtigung der Leukocytose : Begrenzte eiterige Peritonitis. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1904, XIII, 2, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 206-207.)

(1) E. Perman. Om indikationerna för operation vid appendicit samt redogörelse för aa Sabbatsbergs sjukhus operade fall. (*Hygiea*, août 1904.)

(2) W. Merkens. Ueber allgemeine Peritonitis bei Appendicitis. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1900, VI, 4-5, p. 653.)

(3) E. Sonnenburg. Neuere Erfahrungen über Appendicitis. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1898, III, 1, p. 1.)

(4) L. Herzog. Die Perityphlitis, vom chirurgischen und internen Standpunkte beurteilt. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1897, XLVI.)

(5) H. von Bonsdorff. Bidrag till fraagan om operativ behandling vid recidiverande appendicit. (*Finska läkaresällskapets handlingar*, 1897, XXXIX, 1.)

(1) H. Kaposi. Weiterer statistischer Bericht über die an der Heidelberger Klinik beobachteten Appendicitisfälle. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1900, XXVIII, 2.)

(2) C. Lauenstein. Erfahrungen über Perityphlitis. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1896, I, 3, p. 355.)

(3) Termet et Vanverts. De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite. (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, avril 1896.)

(4) M. Grüneisen. Ueber die subphrenischen Abscesse, mit Bericht über 60 operirte Fälle. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1903, LXX, 1.)

(5) Cité par J. Blondel. De l'intervention dans la pérityphlite. (*Thèse de Paris*, 1895.)

(6) Czerny. Jahresbericht der Heidelberger chirurgischen Klinik für das Jahr 1900. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1901, XXXI, fasc. suppl.)

(7) H. A. Christian et L. C. Lehr. Subphrenic abscess as a complication of appendicitis. (*Med. News*, 24 janv. 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 275.)

(8) A. M. Grünbaum. Quatre cas d'abcès sous-diaphragmatiques (en russe). (*Vratch*, 14 août 1897.)

(9) E. Sallet. Des abcès péri-hépatiques d'origine appendiculaire. (*Thèse de Lyon*, 1894.)

XXVI) et de M. Tsypkine (1), nous ne trouvons rien à ce point de vue; M. Dieulafoy (2) ne mentionne pas un seul fait de pleurésie appendiculaire chez les sujets âgés.

L'abcès appendiculaire sénile constituant le plus ordinairement une collection iliaque, il s'ensuit que le pus est en rapport souvent intime avec le muscle psoas. Il ne faut donc pas s'étonner s'il se complique au début d'une psoïtis simple, voire même, en l'absence d'intervention, comme dans les anciennes observations, d'une psoïtis suppurée (3).

A propos du contenu de l'appendice sénile, nous avons fait remarquer avec M. Rostovtzev que les calculs stercoraux intra-appendiculaires deviennent avec l'âge de plus en plus rares. Il en est de même dans le cas d'appendicite. M. Le Guern (4) a bien réuni une statistique de 124 appendicites avec calculs, où les sujets âgés entrent dans la proportion de 5.6 %, mais cette série, établie avec des cas publiés isolément, n'a qu'une valeur très relative. En réalité, quand on se rapproche du terme de la vie, les calculs jouent, dans l'appendicite, un rôle de moins en moins considérable. Sur 54 opérés de M. Roux, M. Rochaz (5) n'a trouvé des concrétions que chez 2 sujets ayant dépassé la cinquantaine, soit dans 3.7 % des cas.

Etant données les différences physiologiques de l'appareil lymphatique aux deux extrêmes de la vie, il eût été intéressant de connaître la façon dont le système lymphatique péri-appendiculaire se comporte avant et après la cinquantaine. Cependant, cette question, malgré l'attention que lui ont portée plusieurs auteurs, et notamment M. Lennander, n'a pas été l'objet d'observations assez nombreuses pour autoriser des conclusions. Remarquons seulement que, sur 24 cas, M. Bonjour (6) ne cite aucun exemple d'adénopathie péri-appendiculaire chez les malades âgés; M. Lennander lui-même ne semble pas en avoir observé. Le seul fait de ce genre que nous connaissions est celui de M. Peters (7) où les glandes mésentériques étaient suppurées.

IV

Une particularité des plus remarquables dans la *symptomatologie* de l'appendicite sénile, c'est l'extrême rareté des formes chroniques ou à répétition, sans suppuration appendiculaire ni péri-appendiculaire.

En rassemblant les statistiques de MM. Perman, Meisel, Lauenstein, Bornhaupt, Kaposi et Lennander, nous trouvons 717 malades jeunes ayant fourni 288 cas d'appendicite chronique ou à répétition, soit 40.1 %, tandis que sur 34 sujets âgés on compte seulement 3 cas d'appendicite chronique, ou 8.8 % (8).

Un autre fait des plus frappants, pour ce qui concerne l'appendicite aiguë chez les sujets âgés, c'est le caractère tardif de l'opération. Dans la série de M. Perman, les patients de moins de 51 ans sont opérés en moyenne six jours et demi après le début de l'affection; au delà de 51 ans, ils ne le sont plus qu'au quatorzième jour. Dans celle de M. Rostovtzev, concernant des malades qui sont presque tous tardivement venus réclamer les secours chirurgicaux, la différence est plus faible, mais elle est encore à l'avantage — si l'on peut dire — des sujets âgés : 10 jours en moyenne pour ceux-ci, contre 9 pour les plus jeunes. Dans une statistique de M. Moszkowicz, on voit que l'opération des « jeunes » eut lieu en moyenne après un jour et demi, celle des « vieux » après cinq jours. M. Lauenstein (1), étudiant des cas très aigus ou avec péritonite, signale une différence très faible, mais tout de même en faveur des sujets âgés : 4.7 jours pour ceux-ci, contre 3.2 jours pour les jeunes. Nous avons enfin colligé nous-même 51 observations, récentes pour la plupart et dont beaucoup sont relatives à des interventions très précoces; la date moyenne de l'opération n'en tombe pas moins au cinquième ou au sixième jour.

Quelle peut être la raison de cette opération ou de cette entrée à l'hôpital relativement tardives chez les malades âgés? A notre avis, il n'y en a qu'une de plausible : une certaine « sournoiserie » de la marche de l'affection, passé la cinquantaine. Quelques faits isolés semblent corroborer cette opinion : on voit souvent des « vieux », opérés après un ou deux jours de maladie, présenter cependant des collections purulentes étendues et bien limitées dans la fosse iliaque. Est-il possible d'admettre qu'elles se soient développées en si peu de temps?

Au sujet de la *fièvre*, les différences observées paraissent assez peu marquées.

Sur 40 sujets âgés dont nous avons rassemblé les observations, nous notons dans 35 % des cas une température de 37°6 à 38°5; dans 20 %, de 38°6 à 39°; dans 20 %, de 39°1 à 39°5; dans 25 %, de 39°6 à 40°5.

Ces chiffres — qui concordent à peu près avec ceux de M. Rostovtzev — semblent indiquer que les températures élevées sont plus fréquentes chez les sujets âgés, mais il faut tenir compte de ce fait que les malades de M. Rostovtzev étaient en moyenne opérés de neuf à dix jours après le début de l'affection, et que ceux de notre série l'ont été du sixième au septième jour. Il est donc probable que l'écart thermique est peu considérable. D'après les données de M. Herzog, en effet, la moitié environ des malades atteints d'appendicite fébrile ont moins de 39°; or, dans le tableau composé par nous, 55 % des malades ne dépassent pas la même température.

Pour des raisons sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici, il y a toujours, même parmi les cas d'appendicite aiguë se présentant au médecin, un certain nombre de sujets apyrétiques : M. Borchardt (2), qui a pourtant observé ses malades de bonne heure, a compté 7 cas de ce genre sur 76, soit 9 % environ : nous avons trouvé, pour les personnes âgées, un chiffre plus élevé (15 %), et cette différence peut être imputable à l'entrée plus tardive des patients dans les hôpitaux.

En ce qui concerne la *douleur au point de McBurney*, nous ne saurions dire si elle fait plus souvent défaut chez les sujets âgés que chez les jeunes. A propos de l'appendicite chronique, M. Höpfl (3) a remarqué qu'elle manquait 3 fois sur 100, mais, dans l'appendicite aiguë, il est douteux qu'elle soit aussi fréquemment absente. Signalons donc pour mémoire 3 observations d'appendicite aiguë — appartenant à MM. Perman, Stretton (4) et Kraft (1) — où les symptômes habituels et la douleur au point de McBurney faisaient entièrement défaut : ce sont les seules que nous ayons trouvées sur environ 80 observations suffisamment détaillées au point de vue clinique.

Nous avons vu, à propos de l'anatomie pathologique, que la forme de prédilection de l'appendicite sénile était celle du phlegmon iliaque. Il est donc naturel que l'affection s'accompagne souvent de la présence d'une tuméfaction facile à percevoir. Pour peu que les crises appendiculaires antérieures aient été masquées, que les adhérences péritonéales ou l'œdème des tissus enflammés soient développés, on se trouve en présence d'une grosse masse dure qui en impose facilement pour un néoplasme. MM. Legueu et Beaussenat (2) sont les premiers à avoir attiré l'attention sur cette *appendicite à forme néoplasique*, et en fait nous en rencontrons, chez les sujets âgés, un très grand nombre d'exemples. Sur 9 observations de ce genre rassemblées par M. Richard (3), 6 concernent des sujets de plus de cinquante ans. Et à ces 6 cas nous pouvons en ajouter une dizaine d'autres, recueillis dans la littérature.

Dans un de ces derniers, dû à M. Hallé (4), on crut à un néoplasme de la vessie, car l'abcès appendiculaire avait fusé entre cet organe et le petit bassin; mais, le plus souvent, par suite du siège de la tumeur, on songe à un néoplasme du cæcum.

On peut se demander, il est vrai, si ces erreurs de diagnostic tiennent bien à la forme clinique de l'appendicite sénile, et non pas tout simplement à l'âge du malade, qui amène naturellement à penser à une tumeur maligne. Cette objection a de la valeur, mais, étant donné qu'en face d'une « tumeur » iliaque on serait en droit de songer au cancer du cæcum dès l'âge de 40 ans, et que la grande majorité des malades à pérityphlite pseudo-néoplasique avaient, au contraire, dépassé la cinquantaine, nous croyons être en droit de conclure que l'âge imprime réellement un caractère particulier à la symptomatologie de l'affection.

Quant au mode de développement de ces appendicites néoplasiques, il est assez facile à concevoir. Généralement, il s'agit de patients ayant eu une crise appendiculaire plusieurs semaines ou quelques mois auparavant. Un abcès plus ou moins volumineux se forme et, autour de lui, il se produit une réaction péritonéale assez vive : l'épiploon vient se fixer dans la fosse iliaque, en avant ou sur les côtés de l'abcès, et s'œdématie; les anses intestinales s'agglutinent, le péritoine et le tissu cellulaire rétro-péritonéal s'infiltrent, en sorte qu'au bout d'un certain temps on a une tumeur absolument ligneuse, comme dans le cas de M. Arrou (5).

Une autre raison de ne pas s'étonner de rencontrer chez les sujets âgés cette forme néoplasique, c'est la fréquence chez eux de la *tuméfaction iliaque*. D'après M. Deaver, sur 279 appendicites aiguës en général, la tumeur se rencontrerait cliniquement dans 104 cas seulement; or, dans l'immense majorité des observations d'appendicite sénile que nous avons colligées, on trouve mentionnée l'existence d'une tuméfaction péri-appendiculaire. A la fréquence de ce symptôme, il y a probablement deux raisons : l'une est le volume généralement exagéré des suppurations iliaques chez les vieil-

(1) S. M. Tsypkine. De l'hématémèse dans l'appendicite (en russe). (*Med. Obozr.*, fév. 1902.)

(2) G. Dieulafoy. La pleurésie appendiculaire. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, séance du 10 avril 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 122.)

(3) A. Coudray. De la psoïte d'origine appendiculaire. (*Thèse de Lyon*, 1904.) — Sur les 19 observations relatées dans cette thèse, 3 concernent des sujets âgés, ce qui constitue une proportion assez élevée.

(4) J. Le Guern. Contribution à l'étude de l'appendicite par corps étranger. (*Thèse de Paris*, 1893.)

(5) G. Rochaz. Des calculs appendiculaires. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc. 1894.)

(6) E. Bonjour. Des adénopathies péri-appendiculaires. (*Thèse de Paris*, 1901.)

(7) A. Peters. Zur Kasuistik der schwersten Formen von Perityphlitis. (*Thèse de Kiel*, 1902.)

(8) M. Howard Kelly (de Baltimore), auquel nous avons demandé des renseignements sur le point qui nous occupe, arrive à une conclusion inverse de la nôtre : sur 13 cas concernant des vieillards il relève 1 appendicite aiguë et 12 chroniques.

(1) C. Lauenstein. Welchen Rückschluss gestatten uns heute die klinischen Zeichen der Blinddarmentzündung auf den pathologischen Zustand des Wurmfortsatzes und der Bauchhöhle? (*Arch. f. klin. Chir.*, 1904, LXXIV, 2.)

(2) M. Borchardt. Die Behandlung der Appendicitis. *Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1897, II, 3-4.)

(3) A. Höpfl. Beitrag zur Appendicitisfrage auf Grund von 114 Operationsfällen. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1904, LXXIII, 1.)

(4) J. L. Stretton. (*Kidderminster Medical Society*, séance du 7 déc. 1904, in *Lancet*, 17 déc. 1904, p. 1722.)

(1) L. Kraft. Behandlingen af Appendicitis. (*Hospitalstidende*, 18 et 25 janvier 1905.)

(2) F. Legueu et M. Beaussenat. Appendicites à forme néoplasique. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, mars-avril 1898.)

(3) L. Richard. Sur un cas d'appendicite subaiguë avec volumineuse tumeur inflammatoire latéro-cæcale d'apparence néoplasique. (*Thèse de Paris*, 1903.)

(4) Cité par Ch. Cotar. Des appendicites larvées. (*Thèse de Paris*, 1901, obs. LIV.)

(5) Cité par L. Levrey. Du rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique (adhérences épiploïques) au cours des appendicites. (*Thèse de Paris*, 1899, obs. XIV.)

lards, l'autre, la défense probablement moindre et la laxité plus grande des parois abdominales chez ces patients.

IV

De toutes les *complications* pouvant accompagner l'appendicite, c'est la péritonite qui est la plus commune et la plus grave. Il importe donc d'être fixé sur la fréquence relative de cet accident suivant les âges.

Si l'on additionne les statistiques de MM. Lennander, Lauenstein, Bornhaupt, Moszkowicz, Sonnenburg et Meisel, l'on voit que, sur 312 sujets de moins de 51 ans, 25 ont eu des péritonites, soit 8 %, et que, sur 107 sujets de plus de 51 ans, 9 ont offert la même complication, soit 8.4 %. A peu de chose près, le péritoine juvénile et le péritoine sénile ont donc la même réaction. Cependant, il ne faut pas oublier que, parmi les sujets âgés, il y a proportionnellement plus de femmes que d'hommes. Or, la femme possède un péritoine plus résistant que celui de l'homme. Dès lors, si, malgré cette prédominance des femmes, l'appendicite sénile fournit un nombre de péritonites égal à celui des sujets plus jeunes, on peut admettre que, toutes proportions gardées, le péritoine sénile se défend moins bien dans l'appendicite. Mais, il faut en convenir, la différence est probablement minime.

On sait que pendant longtemps on a mis au compte de la typhlite tous les accidents imputés actuellement à l'appendicite. M. Gigon (1) pense que dans cette réaction on est allé trop loin, et sa thèse contient 22 opérations de typhlite ou de typhlo-appendicite ulcéreuse. A leur propos, il fait la remarque suivante : « Dans nos observations, nous nous sommes presque constamment trouvés en présence de sujets plus âgés; nous n'en avons trouvé aucune chez l'enfant. » Sur ses 22 observations d'adultes, 5 concernent, en effet, des sujets de plus de cinquante et un ans, et parmi les observations que nous avons colligées nous trouvons 4 autres cas semblables (Goinard, Roux, Deaver, Meusser). Il est vrai que MM. Brun et Jalaguier ont remarqué, de leur côté, que la typhlite était assez commune chez les enfants. Mais les deux propositions ne sont pas inconciliables : il se peut que les extrêmes se touchent.

La fréquence des *complications hépatiques* (ictère, atrophie jaune aiguë du foie, abcès hépatiques, pyléphlébites) est estimée dans l'appendicite, d'après les relevés de MM. Borchardt, Meusser, Herzog, Rostovtzev, à 1 % environ. En ce qui concerne les sujets âgés, nous en avons recueilli 7 cas, sans compter un fait personnel, et ce chiffre n'est pas négligeable, puisqu'il correspond à un total de 200 observations tout au plus. Il semble donc que le foie sénile résiste mal aux infections d'origine appendiculaire.

En 1899, M. von Eiselsberg avait déjà observé, à la suite des hernies étranglées ou de certaines opérations abdominales, des *hématémèses* plus ou moins abondantes (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 133). Pareille complication s'est aussi présentée dans l'appendicite, mais les exemples que nous en avons rencontrés après 50 ans sont seulement au nombre de 3 (Moszkowicz, Tsypkine, Nitzsche). Certains auteurs — tels que M. Perman, qui en signale 16 cas sur 156 appendicites aiguës — ne l'ont pourtant jamais vue survenir chez des sujets âgés. Le fait a lieu de surprendre, puisque, d'après M. Tsypkine, cet accident frappe surtout les personnes ayant eu jadis ou récemment des accidents dyspeptiques.

Quant aux autres complications de l'appendicite, on nous excusera de les passer sous silence, car ou bien elles ne semblent pas spécialement affecter les sujets âgés, ou bien les documents nous manquent pour établir une comparaison. Disons seulement que, comme il était facile de le prévoir, les complications pulmonaires sont plus communes après qu'avant la cinquantaine. Il semble, en outre, qu'on puisse rencontrer avec une certaine fréquence l'occlusion intestinale post-opératoire, par brides ou adhérences de l'intestin grêle à la région iléo-cæcale : sur 3 cas de cette nature, M. Wette en a observé 2 chez des malades ayant plus de cinquante ans (1).

VI

Au point de vue du *pronostic* — nous entendons, cela va sans dire, le pronostic opératoire —, il n'y a guère lieu de s'intéresser qu'aux appendicites aiguës ou avec abcès, vu la bénignité habituelle de l'opération dans le cas d'appendicite scléreuse.

Si nous réunissons les statistiques de MM. Merkens, Sonnenburg, Lennander, Lauenstein, Kaposi, Moszkowicz, Bornhaupt, Meisel, concernant les appendicites aiguës, avec abcès ou avec péritonite, nous voyons que 455 malades âgés de moins de 51 ans ont fourni 117 décès, soit une proportion de 25.7 %, tandis que 39 sujets âgés de plus de 51 ans ont donné 16 décès, soit 46.4 %.

Il y a donc entre l'appendicite sénile et l'appendicite juvénile, une différence de gravité considérable : la première est près de deux fois plus sévère que la seconde.

Trois causes peuvent être invoquées pour expliquer cette mortalité si élevée de l'appendicite chez les sujets âgés : la gravité un peu plus grande de la péritonite, la fréquence plus marquée des complications pulmonaires, enfin, l'épuisement avec ou sans septicémie; tel vieillard supporte assez bien l'intervention, mais succombe au bout d'une ou deux semaines, hors d'état de faire les frais de la réparation, surtout quand il s'agit de quelque gros abcès iliaque.

Au sujet du pronostic, il n'est peut-être pas déplacé de dire un mot de la leucocytose. Ce symptôme, vanté tout d'abord comme épreuve diagnostique de la suppuration, tend maintenant à passer au rang de moyen d'appréciation du pronostic. Il ne semble pas pourtant qu'il donne à ce point de vue des résultats beaucoup plus sûrs qu'en matière de diagnostic; en ce qui concerne les sujets âgés, les quelques observations que nous avons rassemblées ne permettent de tirer aucune conclusion particulière.

VII

Il nous reste maintenant à nous demander quelles peuvent être les raisons de la physionomie spéciale de l'appendicite sénile.

Nous avons vu que, au point de vue anatomique, c'est une inflammation aboutissant presque toujours à la perforation par gangrène, plus rarement à la gangrène totale et massive. Elle s'accompagne plus volontiers que l'appendicite juvénile de gros abcès entourant l'appendice et le cæcum; par contre, elle se complique moins souvent de fusées vers le bassin ou le foie.

Cliniquement, elle présente très rarement le type de l'appendicite chronique, à répétition, mais, dans ses formes aiguës, elle semble évoluer d'une façon un peu plus insidieuse que chez les jeunes sujets, bien que pour aboutir à la formation de volumineuses tumeurs iliaques. Si elle ne se complique guère plus souvent de péritonite, celle-ci est par contre plus souvent mortelle.

A quoi tiennent ces différences ?

Nous pensons que les raisons doivent tout d'abord en être cherchées dans l'atrophie de l'organe. Cet appendice en régression, contenant rarement des corps étrangers, souvent oblitéré, est certainement le siège d'un microbisme latent moins marqué, d'où réactions inflammatoires moins violentes. Toutefois, les recherches bactériologiques de Mlle Ch. von Mayer (1) et de MM. Lanz et Tavel (2) ne permettent pas de conclusion positive à cet égard.

D'autre part, nous avons signalé, à propos de l'étiologie, que les malades âgés ont subi en général, quand on les opère, moins d'attaques antérieures d'appendicite que les sujets jeunes. Cette donnée est confirmée par les faits anatomiques : sur 276 autopsies, mentionnant l'âge et pratiquées par M. Rostovtzev, on compte 73 sujets âgés, soit 26.4 %, et sur ce nombre 19 présentaient des adhérences péri-appendiculaires, reliquats d'anciennes appendicites (3); or, sur ces 19 sujets, 3 seulement avaient dépassé la cinquantaine, soit 15.8 %. Le péritoine sénile est donc souvent dépourvu des adhérences qu'on trouve d'ordinaire à un âge moins avancé, et ainsi s'explique sans doute la facilité avec laquelle se collectent les gros abcès iliaques. Cette déduction se trouve confirmée par une observation de M. Müller (4) : cet auteur a remarqué que les suppurations péri-appendiculaires étaient d'autant moins fréquentes que les crises antérieures étaient plus nombreuses. Les malades âgés n'offrant dans leurs antécédents que peu ou pas de crises antérieures, il est naturel qu'ils aient facilement des abcès.

Mécaniquement, le péritoine sénile est donc moins bien préparé que le péritoine juvénile à lutter contre l'infection. Et, cependant, il ne semble pas qu'au premier choc il se comporte beaucoup plus mal que celui-ci. Nous avons vu, en effet, que la proportion des péritonites, chez les sujets âgés, est à peine plus élevée que dans le jeune âge. Pour expliquer ce fait, l'hypothèse la plus plausible est que l'infection appendiculaire sénile est un peu moins virulente que celle des malades plus jeunes, conclusion qui semble concorder avec ce que nous avons remarqué plus haut sur la lenteur et la sournoiserie relatives de l'appendicite au delà de la cinquantaine.

Par contre, si au premier choc le péritoine se défend bien, il est aisé de comprendre qu'il résiste moins quand la maladie se prolonge : c'est une conséquence forcée de l'amoindrissement physiologique qu'amènent les années. Ainsi s'explique la mortalité si lourde de l'appendicite tardive.

Dr R. DE BOVIS,
Professeur à l'École de médecine de Reims.

(1) A. GIGON. De l'appendicite d'origine cæcale (typhlo-appendicite). (*Thèse de Paris*, 1900.)

(1) WETTE. Ueber die Frühoperation der Appendicitis, sowie über die Infection des Dünndarmmesenteriums und die Entstehung von Ileus im Anschluss an Appendicitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1904, LXXIII, 1.)

(1) Mlle CH. VON MAYER. Etude sur la pathogénie de l'appendicite à répétition. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril 1897.)

(2) O. LANZ et E. TAVEL. Bactériologie de l'appendicite. (*Rev. de chir.*, juillet et août 1904.)

(3) Le chiffre paraît faible, vu que M. B. Marcland (*Thèse de Paris*, 1902) estime seulement à 50 % les régions *iléo-cæcales normales*; mais M. Rostovtzev ne vise sans doute que l'*appendice* portant des traces manifestes d'*appendicite*.

(4) A. MÜLLER. Hundert Fälle von Perityphlitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1902, LXVI.)

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Contribution à l'étude des complications cutanées du rhumatisme polyarticulaire aigu, par M. G. RIEBOLD.

On observe couramment, chez des sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu, des complications cutanées, telles que des sudamina, dont l'existence est liée à la sueur et à l'hyperthermie prolongée et continue, des érythèmes, etc., etc. A côté de ces manifestations banales, M. Riebold a eu l'occasion de noter, dans un certain nombre de cas de polyarthrite rhumatismale aiguë, traités à l'hôpital Johannstadt de Dresde, des complications moins connues et

qui méritent d'être signalées en raison de leur rareté.

Chez une jeune fille de vingt-cinq ans, qui, aussitôt après une angine folliculaire, présenta une tuméfaction douloureuse et très rebelle de l'épaule gauche, l'auteur vit se produire en même temps, au niveau de la jambe et de l'avant-bras du même côté, une infiltration cutanée légèrement saillante, dure, douloureuse tant à la pression que spontanément, et ayant les dimensions de la paume de la main. Les téguments qui recouvraient ces tumeurs étaient rouges et chauds. L'infiltration ne portait, d'ailleurs, que sur la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, sans intéresser les parties molles sous-jacentes, comme on pouvait notamment s'en rendre compte en examinant la tuméfaction de la jambe. Le lendemain même de l'admission de la malade à l'hôpital, on constata, à l'avant-bras droit, une infiltration semblable à celle du côté opposé, et située tout à fait *symétriquement*. Au bout de quelques jours, ces tuméfactions devinrent moins douloureuses, en même temps que la rougeur des téguments prenait un ton plus livide, qui fit bientôt place à une coloration jaune verdâtre. Peu à peu, les parties tuméfiées perdirent leur résistance, et finalement les infiltrats se résorbèrent complètement, en laissant seulement subsister pendant quelque temps une légère pigmentation brune.

Bien que la patiente fût simultanément atteinte de blennorrhagie, M. Riebold n'en estime pas moins que l'affection était de nature très probablement rhumatismale, à en juger d'après son début par une angine et d'après toute son évolution ultérieure, au cours de laquelle on vit survenir une pleurésie et une complication cardiaque, ainsi que deux rechutes avec participation des diverses articulations.

La seconde observation relatée par l'auteur, tout à fait analogue à celle que nous venons de résumer, a trait à une jeune fille de vingt-deux ans, qui, au cours d'un rhumatisme articulaire aigu typique, présenta, au niveau de la jambe et de l'avant-bras droits, deux infiltrations, grosses comme des œufs d'oie, rouges, saillantes, douloureuses et très dures. Au bout d'un certain temps, il se forma, sous une poussée fébrile, une infiltration semblable, mais un peu plus petite et moins dure, dans la partie *symétrique* de l'avant-bras gauche. Tout comme chez la première patiente, ces tuméfactions finirent par se résorber après quelques jours.

Dans les deux cas, le processus morbide en question rappelait les nodosités de l'érythème noueux; toutefois, ce qui était particulièrement frappant, c'était l'apparition isolée des infiltrations.

D'autre part, M. Riebold a eu l'occasion d'observer, au cours d'une atteinte de rhumatisme articulaire, chez une femme de cinquante ans, un œdème cutané indolore, mou et pâteux, qui se produisait au niveau des articulations malades, mais après la disparition des phénomènes inflammatoires. Cet œdème n'avait donc nullement le caractère réactionnel, et les téguments œdématiés étaient transparents, pâles et frais. Le rhumatisme ayant débuté par le poignet droit, la poussée œdémateuse se manifesta d'abord du côté de cette jointure pour englober bientôt le dos de la main jusqu'aux secondes phalanges des doigts; puis, au bout de dix jours, quelques articulations de la main gauche ayant été prises à leur tour, un œdème analogue ne tarda pas à se montrer au niveau du dos de cette main.

Enfin, chez une jeune fille de quinze ans, qui fut admise à l'hôpital pour une polyarthrite rhumatismale aiguë avec eschare au sacrum, l'auteur, huit jours après la disparition de l'hyperthermie, vit se former très rapidement des eschares aux deux coudes, en même temps que l'ulcération au niveau du sacrum diminuait d'étendue. Ces eschares ne tardèrent, du reste, pas à se cicatriser; mais, deux mois après avoir été admise dans le service et quinze jours après s'être levée, la malade fut reprise de douleurs rhumatismales avec tuméfaction des articulations des pieds, et très rapidement se développèrent de nouvelles eschares, cette fois aux deux talons. Or, si pour les premières eschares on pouvait, à la rigueur, invoquer le manque de soins et le mauvais état général dans lequel se trouvait la malade au moment de son admission à l'hôpital, il n'en était plus de même en ce qui concerne les manifestations ultérieures, du même genre, l'état général de la patiente s'étant, dans l'intervalle, considérablement amélioré. Le *décubitus* était donc réellement lié, dans ce cas, au rhumatisme.

Un point qui mérite particulièrement d'être retenu, c'est la *symétrie* des lésions cutanées chez les quatre malades en question. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 3-4.) — L. CH.

Résultats durables de la colopexie dans les prolapsus étendus du rectum, par M. F. Pachnio.

Ce travail est une critique serrée de la valeur curative réelle de la colopexie, et les conclusions, qui, d'ailleurs, ne sont pas tout à fait inattendues, sont de nature à dissiper certaines illusions courantes. L'opération de Jeannel, réduite, il est vrai, à l'un de ses temps, à la fixation de l'S iliaque et de l'origine du rectum, sans anus artificiel, jouit, en effet, depuis un certain nombre d'années, d'une grande faveur : on en a publié beaucoup d'observations, terminées d'ordinaire par la mention hâtive d'une guérison facile; on en a modifié de façons multiples la technique opératoire, suivant que la zone « fixée » était plus ou moins longue et large, et les fils fixateurs plus ou moins profondément implantés et dans la paroi colique et dans la paroi abdominale. Cette abondance de procédés n'est jamais de bon augure, et l'analyse des faits, à laquelle se livre M. Pachnio, montre qu'ici encore cette remarque générale trouve à s'appliquer.

Sur 58 cas recueillis dans la littérature — et qui se réduisent, au point de vue qui nous occupe, à 57, une de ces interventions s'étant terminée par la mort —, on compte, à s'en tenir aux indications fournies par les opérateurs, 13 récidives seulement, soit 22.8 %, proportion assez élevée déjà, mais, en somme, encourageante. Or, sur ces 44 « guérisons », 14 n'ont pas été suivies au delà de la période de traitement, et, pour 8 autres, aucune espèce de mention n'est faite de leur durée : voilà donc 22 cas à retrancher, et le bilan des récidives monte à 37.1 %. D'autre part, il ne suffit, certes, pas, que la guérison se soit maintenue trois mois pour qu'on la puisse regarder comme acquise : sur les 13 récidives, 6 se sont montrées au delà des six premiers mois, 2 après un an; on en doit conclure que le délai d'une année, au moins, est nécessaire pour légitimer le terme de guérison. En appliquant cette règle, 13 nouveaux faits sont éliminés, et le total de 57 observations rassemblées se réduit à 22, toujours avec 13 récidives, soit 59 %.

En regard de ce premier enseignement, un peu déconcertant, tiré de l'analyse des faits publiés, l'auteur étudie les résultats obtenus dans une série de 12 prolapsus, opérés depuis août 1901 à la clinique chirurgicale de Rostock, et ces résultats se résument ainsi : 5 guérisons, une maintenue depuis deux ans, 3 depuis un an et demi, une cinquième depuis deux ans et demi, incomplète toutefois, une petite récidive s'étant produite à la suite d'un accouchement; 6 récidives, au bout de quelques semaines, de quelques mois, de un an dans 1 cas, de quinze mois dans un autre. Un opéré n'a pu être retrouvé. Et voilà, par conséquent, une proportion de récidives de 54.5 %, peu éloignée de celle qui se dégage de la « littérature ». La contre-épreuve ne manque pas d'intérêt; elle achève de démontrer qu'il faut en rabattre des trop beaux espoirs suscités par les résultats immédiats, en général très satisfaisants, et que, pour être bien adaptée aux conditions anatomiques du prolapsus, hernie périnéale, telles que MM. Waldeyer et Ludloff les ont précisées, la fixation colique n'en est pas moins une opération d'avenir très souvent incertain. Et cette fréquence des récidives est moins imputable au type même de l'opération qu'à la permanence de certaines causes locales ou à l'absence de précautions suffisantes : la diarrhée et le catarrhe rectal, chez les enfants, la constipation, chez les adultes, ces facteurs coutumiers du prolapsus, persistent d'ordinaire après la colopexie; les opérés reprennent très vite leurs durs travaux; de nouveaux accouchements peuvent survenir chez les femmes : il y a là toute une série d'efforts, de causes mécaniques, qui, agissant sur un rectum tout prêt à « redescendre », à une période où les adhérences sont encore assez faibles, sont trop souvent efficaces. L'auteur conclut que la colopexie reste surtout applicable aux cas de prolapsus non étranglé et réductible, et aux malades qui n'ont pas besoin de se livrer à des travaux physiques de force et qui sont en état de se soigner longtemps, et, chez la femme, à l'âge où la grossesse est devenue improbable. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 2.) — L.

Œdème aigu des lèvres du col utérin, pendant la grossesse, par suite de coprostase, par M. L. Seitz.

L'œdème du museau de tanche pendant la grossesse est un accident rare et dont l'étiologie est encore obscure; le fait relaté dans le présent travail peut contribuer à l'éclaircir.

Une femme de trente-quatre ans se trouvait dans le neuvième mois lunaire de sa septième grossesse, quand un jour, en marchant, il lui sembla que « quelque chose de gros » faisait saillie du côté de ses parties génitales. S'imaginant que c'était la poche des eaux, elle appela une sage-femme qui, partageant la même conviction, donna un coup de ciseaux sur la tumeur saillant à la vulve. Mais, au lieu des eaux attendues, il s'écoula une grande quantité de sang qui put être évaluée à 1,000 ou 1,200 grammes. A la vue de l'hémorrhagie, la sage-femme avait mandé un médecin, lui faisant annoncer une présentation du siège avec décollement prématuré du placenta descendant au devant de la partie fœtale.

Quand M. Seitz arriva, l'hémorrhagie s'était spontanément arrêtée. A la vulve existait une tumeur grosse comme le poing d'une femme, de coloration bleuâtre, de consistance élastique, mais dure et ne gardant pas l'empreinte du doigt. Par le toucher on constatait qu'elle se continuait avec la partie antérieure du col : c'était donc la lèvre antérieure; la postérieure formait une tumeur analogue, grosse comme une pomme. Le rectum, bourré de matières dures — la malade n'était pas allée à la selle depuis six jours —, constituait une grosse tumeur proéminant dans le vagin et c'étaient les inégalités de la surface du bol fécal qui en avaient imposé pour les petits membres. Quant au fœtus, il était en première position et il n'y avait pas trace de travail. M. Seitz se mit donc aussitôt en devoir d'évacuer le rectum, soit par des pressions vaginales, soit par le curage digital direct, soit enfin par des lavements; la tumeur formée par le museau de tanche fut ensuite facilement réduite et l'œdème disparut.

En présence de ce fait, il était naturel d'imputer l'œdème du col utérin à la coprostase. L'événement se chargea d'ailleurs de confirmer cette hypothèse, car, cette femme étant de nouveau restée trois jours sans aller à la selle, malgré les recommandations qu'on lui avait faites, l'œdème reparut : après un lavement il se dissipa comme la première fois. Quatre semaines après son premier accident la malade accoucha normalement. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 mars 1905.) — R. DE B.

Action de l'alcool sur les modification des réactions pupillaires, par M. H. Vogt.

Sur les conseils de M. Cramer, l'auteur a institué une série de recherches expérimentales en vue de se rendre compte des effets produits par l'alcool, administré à dose faible et unique, sur des dégénérés ou des idiots, notamment en ce qui concerne les modifications dans l'intensité des divers réflexes. Ces expériences ont consisté à faire absorber aux malades en question, en une fois, dans un quart de litre d'eau tiède, 40 c.c. de rhum ou d'arack (ce qui constitue une quantité d'alcool que nombre de gens consomment fréquemment,

voire même tous les jours), à les soumettre, peu de temps après, à un examen aussi complet que possible et à comparer les résultats de cet examen avec leur état antérieur.

Dans presque tous les cas, M. Vogt a constaté, à la suite de cette expérience, une exagération du réflexe rotulien. Quant à la pupille, sa réaction à la lumière avait, dans 14 faits sur 40, subi une modification, étant devenue plus paresseuse; le réflexe à l'accommodation n'était pas influencé.

Ces constatations méritent d'autant plus d'être retenues que, chez l'homme normal, l'alcoolisme aigu, tout en modifiant les réflexes tendineux, reste sans effet sur la réaction pupillaire, même dans les cas où l'intoxication est très marquée. Par contre, en présence d'une infériorité congénitale des centres nerveux, une dose tout à fait restreinte d'alcool suffit pour produire une perturbation de tous les réflexes, y compris celui de la pupille.

D'autre part, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que, dans l'alcoolisme chronique, on trouve également — et cela en l'absence même de toute intoxication aiguë — des modifications plus ou moins profondes dans l'état des pupilles (inégalité pupillaire, réaction insuffisante, etc.): au lieu d'être d'origine congénitale, la diminution de la résistance est, en pareil cas, acquise par suite de l'action constamment renouvelée du produit toxique. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 mars 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Sur le diagnostic de la rage, par Mlle L. Luzzani.

On sait combien la valeur des corpuscules de Negri pour le diagnostic histologique de la rage (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 295) est encore discutée. Les recherches dont Mlle Luzzani rend compte dans le présent mémoire sont cependant de nature à démontrer que la constatation de ces corpuscules, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, fournit un signe positif d'un haut intérêt.

Ces investigations ont été effectuées sur 177 animaux — à savoir 163 chiens, 12 chats, 1 bœuf et 1 cheval — suspects de rage, qui avaient été envoyés soit à l'Institut antirabique de Milan, soit à celui de Faenza, afin d'avoir confirmation du diagnostic; pour tous ces animaux, sauf pour 6 chiens, dont les cadavres se trouvaient dans un état de décomposition trop avancée, la méthode des inoculations fut mise en œuvre; dans tous les cas, en outre, l'auteur procéda à la recherche des corpuscules de Negri au sein des centres nerveux. Voici quels furent, en résumé, les résultats de cette double série d'expériences parallèles :

Sur les 6 chiens qui ne purent être soumis à l'épreuve biologique, 3 présentèrent des corpuscules de Negri; et pour les 3 dont l'examen fut négatif à ce point de vue, les renseignements anamnestiques permettaient d'exclure avec beaucoup de vraisemblance l'hypothèse de rage.

Des 157 autres chiens, 95 avaient des corpuscules de Negri dans les centres nerveux : pour tous les inoculations donnèrent un résultat positif. Des 62 dont les centres ne renfermaient pas de corpuscules, 57 furent déclarés indemnes de rage après inoculation au lapin; 5 fois seulement il y eut désaccord entre les deux méthodes.

En ce qui concerne les 12 chats, les résultats des inoculations et ceux de l'examen histologique concordèrent pleinement (5 cas positifs, 7 cas négatifs). Il en fut de même du bœuf, tandis que pour le cheval on ne put trouver de corpuscules de Negri, alors que l'épreuve biologique démontra la réalité de l'infection rabique.

Se basant sur cette série importante d'expériences démonstratives, l'auteur estime que si, de l'absence de corpuscules de Negri, on ne peut déduire en toute certitude qu'il ne s'agit pas de la rage, la présence de ces corpuscules permet au contraire d'affirmer, *sans qu'il soit à son avis nécessaire de recourir aux inoculations*, que l'animal examiné était bien enragé (1). Et cette conclusion se trouve confirmée par les assez nombreux faits qui ont été antérieurement publiés de divers côtés : en réunissant ces derniers à ses 177 cas personnels, Mlle Luzzani arrive à un total de 455 observations, sur lesquelles 446 montrent la concordance parfaite des deux méthodes : 9 seulement concernent des animaux qui, en l'absence de tout corpuscule de Negri, fournirent un matériel d'inoculation virulent; par contre, dans aucune de celles où la recherche des corpuscules fut positive, on ne vit l'inoculation échouer. (*Arch. per le science med.*, XXVIII, 4.) — F. F.

Séjour prolongé de fèces libres dans la cavité péritonéale, par M. G. Pecori.

Le passage des matières dans la cavité abdominale, au cas de perforation intestinale, est le plus ordinairement suivi de péritonite septique suraiguë; le fait relaté par M. Pecori prouve cependant que cette règle n'est pas sans comporter des exceptions.

Une jeune femme de vingt-sept ans, d'assez bonne santé habituelle jusqu'alors, avait vu ses règles se suspendre peu après son mariage; cette aménorhée, tout naturellement supposée gravidique, n'avait pas tardé à s'accompagner de troubles divers (faiblesse générale, légers mouvements fébriles, douleurs de ventre, anorexie, constipation, vomissements, etc.), dont l'aggravation progressive amena une première fois la malade à l'hôpital :elle fut admise dans un service de médecine, où, l'absence de toute grossesse ayant été dûment constatée, on porta le diagnostic de péritonite tuberculeuse à forme fibreuse.

Sensiblement améliorée au bout de deux mois, cette femme demanda son *exeat*, mais le soir même de son retour chez elle, elle fut prise de très violentes douleurs abdominales avec vomissements, tympanisme et constipation absolue. Au bout de trois ou quatre jours elle dut être de nouveau transportée à l'hôpital, où elle arriva dans un état très grave; l'examen physique, fort incomplet en raison des souffrances qu'il provoquait, révéla seulement, outre un tympanisme généralisé, l'existence d'une sorte de tumeur de consistance pâteuse occupant le cul-de-sac de Douglas; le rectum était vide.

Dans ces conditions, le diagnostic, du reste incertain, s'arrêta à l'hypothèse d'obstruction intestinale par compression néoplasique des dernières portions de l'intestin, et l'on décida de créer un anus artificiel; c'était d'ailleurs tout ce que permettait l'état précaire de la malade. Or, à peine la paroi incisée, des matières fécales firent issue en abondance, si bien que l'auteur crut avoir ouvert du même coup l'intestin; il était cependant bien dans la cavité péritonéale, qui renfermait des fèces en quantité; c'était notamment un amas de matières qui constituait la tumeur perçue dans le cul-de-sac de Douglas. On nettoya la cavité abdominale du mieux qu'il fut possible, et le ventre fut laissé ouvert, car cette toilette péritonéale avait été forcément très incomplète et la perforation n'avait pu être trouvée : en effet, les anses intestinales, refoulées en haut, étaient réunies en paquet par des adhérences solides, et recouvertes d'une épaisse couche de matières.

En présence de ces constatations, il semblait que la mort dût être imminente; mais, contrairement à toute prévision, une amélioration notable se produisit les jours suivants; elle fut du reste passagère, et la malade finit par succomber, le dix-neuvième jour après l'intervention, aux progrès de la cachexie; plus de trois semaines s'étaient donc écoulées depuis la crise très douloureuse survenue le soir même du jour où cette femme était sortie de l'hôpital, crise qui avait sans aucun doute traduit l'établissement de la perforation intestinale.

A l'autopsie, on constata que la perte de substance siégeait sur la dernière portion de l'iléon, au voisinage du cæcum. Il existait des lésions très profondes de péritonite fibreuse chronique, mais sans trace de tuberculose; le péritoine pariétal et viscéral, très épaissi, était partout recouvert d'un véritable enduit fécal, surtout épais dans les régions les plus déclives.

C'est à l'épaississement fibreux du péritoine que M. Pecori attribue l'absence, dans ce fait, de toute manifestation septique et la longue durée de la maladie à la suite de l'épanchement des matières dans l'abdomen. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXIV, 2.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La radiothérapie du goitre.

Partant de cette considération que le goitre, en raison de sa situation superficielle, doit être aussi facilement accessible à l'action des rayons de Röntgen que certains organes placés immédiatement sous la peau, tels que le testicule, M. le docteur L. Görl (de Nuremberg) a eu l'idée de traiter par la radiothérapie 8 goitreux d'âge variable, et les résultats obtenus par notre confrère auraient été fort encourageants. Dans tous les cas, en effet, on a pu noter une diminution notable et relativement rapide de la tumeur sous l'influence des rayons X. C'est ainsi que chez une femme de cinquante-quatre ans, atteinte depuis sa jeunesse d'un goitre qui avait jusqu'alors résisté aux divers modes de traitement, la radiothérapie fit disparaître tous les troubles de la respiration en moins de deux mois; quatre mois plus tard, les lobes latéraux du corps thyroïde avaient diminué de volume au point de ne plus être perceptibles à la palpation. Chez une jeune fille de seize ans, un résultat semblable fut obtenu dans l'espace de huit semaines.

La technique employée par M. Görl varie suivant les circonstances. D'une façon générale, notre confrère estime qu'il convient d'user de beaucoup de prudence, la peau des goitreux étant particulièrement impressionnable à l'égard des rayons de Röntgen.

Les badigeonnages à l'ichtyol contre la scarlatine.

L'ichtyol a été employé avec avantage dans la scarlatine par différents auteurs, notamment par M. Seibert qui le prescrivait sous forme d'onctions, puis par M. Nazarov qui plus récemment l'a administré à l'intérieur (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 102 et 1904, p. 288).

De son côté, un médecin russe, M. le docteur V. A. Lavrov (de Tchérémchany) a pu dernièrement constater, au cours d'une épidémie de scarlatine, les bons services qu'est susceptible de rendre l'ichtyol employé à l'extérieur. Dans ce but, notre confrère ordonne des badigeonnages de tout le corps, pratiqués matin et soir avec la solution suivante :

Ichtyol..................	2 gr. 50 centigr.
Eau filtrée............	} àà 25 grammes.
Glycérine.............	

Cette quantité est suffisante pour quatre badigeonnages.

Dans les cas où M. Lavrov a eu recours à ce mode de traitement, il a constaté — notamment lorsqu'on commençait les applications ichtyolées dès le deuxième ou le troisième jour — que l'angine était moins grave, la desquamation plus précoce et que la maladie avait une durée notablement plus courte que d'habitude. En outre, il n'a jamais vu survenir de néphrite chez les sujets traités de la sorte.

Les seuls inconvénients que notre confrère ait observés sont de la constipation avec coliques intenses, que deux enfants ont présentée au début de leur convalescence.

(1) Telle est aussi la conclusion d'un récent mémoire de MM. F. Abba et A. Bormans (*Ann. de l'Instit. Pasteur*, janvier 1905). Ces auteurs ont fait, à l'Institut antirabique de Turin, des recherches analogues à celles de Mlle Luzzani, dont il vient d'être question : sur 93 cas qu'ils ont observés, 3 fois seulement il y eut désaccord entre les deux méthodes biologique et histologique; au total, la recherche des corpuscules de Negri fut positive dans 55 % des cas, dispensant ainsi de procéder aux inoculations; c'est donc dans moins de la moitié des cas (45 %) que ces dernières durent être effectuées, le plus souvent d'ailleurs sans succès. — F. F.

La congélation suivie de cautérisation à l'acide chlorhydrique concentré comme moyen de traitement des nævi vasculaires.

Ayant obtenu dans le lupus de bons résultats par la congélation de la région malade au moyen de pulvérisations de chlorure d'éthyle, suivies de cautérisations à l'acide chlorhydrique concentré, M. le docteur W. Dreuw (de Hambourg) a appliqué le même mode de traitement dans 3 cas de nævus vasculaire — dont deux intéressaient la face et le troisième l'avant-bras —, en ayant soin, toutefois, de pousser la cautérisation jusqu'à provoquer une hémorrhagie abondante. Au bout de quelques jours, il se forma des croûtes qui tombèrent de la deuxième à la troisième semaine, mettant à découvert une surface d'une couleur rouge vif. Cette coloration s'atténua progressivement, laissant à sa place une cicatrice blanche et régulière.

Traitement du mal de mer par la paralysie de l'accommodation de l'un des yeux.

D'après l'expérience de M. le docteur J. M. Sharpe, médecin à bord d'un navire anglais, on obtiendrait d'excellents résultats contre le mal de mer en paralysant l'accommodation d'un œil. Dans ce but, notre confrère instille dans le cul-de-sac conjonctival deux ou trois gouttes d'une solution d'atropine à 1 pour 125; lorsqu'il y a quelque raison contre-indiquant ces instillations, on peut se contenter d'appliquer un bandage monoculaire. Sur 50 cas traités d'après cette méthode au cours des douze derniers mois, 65 % environ auraient abouti à la guérison dans l'espace de six à vingt-quatre heures.

Ajoutons que M. Sharpe a eu l'occasion d'observer 9 personnes, autrefois très sujettes au mal de mer, qui n'en souffraient plus du tout depuis qu'elles avaient perdu la vue de l'un des yeux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 mai 1905.

Hémarthrose symptomatique d'un corps étranger articulaire.

M. Picqué. — M. Isambert (médecin militaire) nous a adressé une observation d'hémarthrose du genou, apparue à la suite d'une entorse de cette articulation, au sujet de laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport. Le genou ayant été ponctionné, notre confrère put reconnaître dans la jointure l'existence d'un corps étranger et, après avoir pratiqué une deuxième ponction pour évacuer le liquide qui s'était rapidement reproduit, il fit une arthrotomie et enleva le corps étranger; celui-ci était pédiculé et mesurait environ 2 centimètres de longueur sur 15 millimètres de largeur.

M. Isambert rappelle à ce propos qu'il nous a communiqué déjà, à deux reprises différentes, des faits analogues d'hémarthrose symptomatique d'un corps étranger articulaire (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 74 et 1898, p. 416).

M. Routier. — J'ai présents à l'esprit 4 cas d'hémarthrose consécutive à une entorse du genou; chez tous ces malades, j'ai été frappé de la minime importance du traumatisme qui avait déterminé l'hémarthrose, mais je n'ai pas trouvé de corps étranger. Du reste, même en l'absence d'arthrophyte, je crois que le traitement de ces hémarthroses doit consister dans l'arthrotomie et le lavage de l'articulation avec du sérum.

Amputation pour gangrène par obstruction artérielle, sans sphacèle du lambeau.

M. Mignon. — A propos des cas qui ont été relatés dans une précédente séance, concernant des amputations faites avec succès sur des membres gangrenés dont toutes les artères étaient oblitérées (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 224), je puis vous citer l'observation d'un homme qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, eut une gangrène du membre inférieur gauche, et chez lequel j'ai dû faire une amputation de cuisse par le procédé de Sédillot; il n'y eut pas la moindre goutte de sang et je n'eus pas à me préoccuper des artères; or, le résultat a été excellent. De même, chez un vieillard, j'ai coupé le bras à sa partie moyenne pour sphacèle remontant jusqu'au coude et, bien qu'aucun vaisseau n'eût saigné, la guérison a eu lieu normalement.

Ces faits démontrent que, contrairement à la pratique de M. Guinard, il n'est pas nécessaire, en pareille occurrence, de chercher à désobstruer les vaisseaux oblitérés.

M. Hartmann. — J'ai observé 3 cas du même genre : il s'agit d'amputations pour gangrène d'origine diverse, par artérite ou par embolie, où j'ai obtenu la réunion du lambeau par première intention, en dépit d'oblitérations artérielles complètes.

Je crois aussi que tout cathétérisme des vaisseaux serait ici plus nuisible qu'utile : chez ces malades, dont la circulation est tout juste suffisante pour assurer la nutrition des tissus, il est important que rien ne vienne troubler celle-ci; aussi faut-il également éviter l'usage des antiseptiques.

M. Berger. — Depuis deux ans environ, j'ai vu 5 cas de gangrène par artérite, le plus souvent chez des diabétiques, qui ont nécessité des amputations; un seul de ces malades a succombé, et chez lui la gangrène menaçait déjà le membre opposé.

M. Reclus. — La guérison rapide de l'amputation malgré l'oblitération des vaisseaux me paraît être presque la règle; j'ai récemment observé 2 faits de ce genre (amputation de l'avant-pied dans l'un, du pied dans l'autre, pour gangrène des orteils), où la cicatrisation a été obtenue par première intention, sans aucun sphacèle.

Extraction des corps étrangers des bronches par la bronchoscopie.

M. Sébileau. — Je dois vous rendre compte de deux observations de corps étrangers des bronches, qui nous ont été communiquées, l'une par M. Moure (de Bordeaux), et l'autre par M. Lombard.

La première concerne un homme de soixante-trois ans, chez lequel M. Moure a pratiqué la trachéotomie et la bronchoscopie inférieure, qui lui permit de retirer successivement deux petits os; après une série d'accidents pulmonaires graves, consécutifs au séjour de ces corps étrangers dans les voies aériennes, le malade a parfaitement guéri.

Dans le cas de M. Lombard, le corps étranger était une épingle à tête noire, de 5 ou 6 centimètres de longueur, arrêtée dans la deuxième ramification bronchique du côté droit. Deux jours après la trachéotomie, notre confrère pratiqua la bronchoscopie inférieure et put très facilement retirer l'épingle avec la pince de Kilian.

Des rétrécissements congénitaux de l'urèthre.

M. Bazy. — Je crois que le rétrécissement congénital de l'urèthre est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense. Je puis vous en citer 3 nouvelles observations. La première a trait à un homme de trente ans, qui n'avait aucun antécédent blennorrhagique et qui, cependant, présentait très nettement un obstacle dans la portion périnéale de l'urèthre; dès l'enfance, il avait remarqué qu'il urinait beaucoup plus lentement que tous ses camarades; je lui ai fait une uréthrotomie dont les suites ont été très simples. Mon deuxième cas concerne un jeune homme de dix-sept ans qui était venu me consulter pour incontinence nocturne d'urine; il existait chez lui une petite bride à 1 centimètre en avant de l'angle pénio-scrotal. La troisième observation est celle d'un enfant de six ans qui était également atteint d'incontinence d'urine et portait un rétrécissement très net, notablement en avant de la portion membraneuse de l'urèthre.

M. Faure lit un rapport sur une observation de M. Godineau (d'Angoulême), relative à un cas de gastrotomie chez une petite fille de six ans, qui, étant atteinte de diphtérie, avait avalé une canule dont on se servait pour lui laver la gorge.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 mai 1905.

Diabète d'origine infectieuse.

M. Labbé communique deux cas de diabète survenus pendant la convalescence d'une maladie infectieuse.

Le premier cas concerne un homme de quarante-cinq ans, obèse, qui contracta une angine au mois de février 1903. A cette époque son urine ne contenait pas trace de sucre. Un mois après environ, ce malade revient de la campagne avec tous les signes classiques du diabète (polydipsie et polyurie, amaigrissement, diminution de l'acuité visuelle, etc.). On examine ses urines et on y trouve 83 grammes de sucre par litre, soit 415 grammes par jour, car la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures atteignait 5 litres. On prescrit le régime antidiabétique, des injections de cacodylate de soude, etc., etc. : très rapidement, à la suite de ce traitement, les symptômes du diabète, y compris la glycosurie, diminuent pour disparaître complètement au bout de quelques semaines. La guérison se maintient depuis deux ans, bien que cet homme ne suive plus aucun régime.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de soixante-sept ans qui devint diabétique pendant la convalescence d'une infection du naso-pharynx. La guérison eut lieu dans les mêmes conditions et dans les mêmes délais que chez le malade précédent.

Rapprochant ces faits de ceux de MM. Naunyn, Klemperer, Richter, etc., l'orateur conclut à l'existence d'un diabète d'origine infectieuse qui se manifeste sous la forme de glycosurie alimentaire quand l'infection est légère, et sous celle de glycosurie permanente à allures graves, lorsque l'infection, généralement plus sérieuse, frappe un sujet prédisposé.

Méningite tuberculeuse suivie de guérison.

M. Vaquez relate, en son nom et au nom de M. Digne, un cas de méningite tuberculeuse terminée par guérison, comme celui que MM. Claisse et Abrami ont communiqué au cours de la dernière séance.

L'observation clinique tout à fait typique du patient — un homme de vingt-cinq ans — fut confirmée au point de vue de la nature des accidents par l'examen du liquide céphalo-rachidien et l'inoculation aux animaux. Pendant le cours de la maladie on retira, par ponction rachidienne, un liquide trouble contenant une grande quantité de lymphocytes, et qui, inoculé au cobaye, provoqua chez cet animal une tuberculose typique.

A la période de guérison, le même liquide, redevenu transparent, ne renfermait plus que de très rares lymphocytes et son inoculation au cobaye resta négative.

Bien que cet homme soit actuellement aussi bien portant que possible, on peut, au lieu de guérison, ne parler ici que d'une simple rémission, si l'on entend par là que tout patient ayant présenté une première atteinte de tuberculose est exposé a des accidents ultérieurs de même nature.

M. Claisse dit que les deux cobayes inoculés avec le liquide céphalo-rachidien de son malade (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 235) ont été sacrifiés et qu'ils présentaient tous deux des lésions caséeuses au point d'inoculation, ainsi que des granulations tuberculeuses de la rate et des poumons.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 mai 1905.

Syphilis congénitale et spirochète pâle.

M. Levaditi. — Dans un cas de pemphigus syphilitique, chez un enfant de huit jours, j'ai pu constater que le liquide des bulles et surtout les produits de raclage renfermaient des spirilles identiques à ceux que MM. Schaudinn et Hoffmann viennent de décrire sous le nom de *Spirochaete pallida* (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 231). Ces microorganismes ne provenaient pas d'une infection secondaire, car, d'une part, les bulles non encore ouvertes en conte-

naient, et d'autre part, j'en ai vu nettement dans des papules prises au début de leur apparition. J'ai constaté, en outre, sur des frottis de produits prélevés sur le fond des lésions pemphigoïdes, l'agglutination des spirilles.

Chez un autre enfant hérédo-syphilitique, mort à deux mois, j'ai trouvé le même microbe dans la rate, le poumon et surtout le foie.

Ces observations semblent bien prouver que la syphilis congénitale est une spirillose du nouveau-né.

M. Salmon. — J'ai constaté également dans les produits de grattage d'une bulle de pemphigus, chez un enfant hérédo-syphilitique, de nombreux spirochètes, pour ainsi dire en culture pure. Dans le mucus nasal et dans le sang, ces parasites faisaient défaut.

Rôle de l'intestin et de la rate dans l'infection charbonneuse.

MM. Roger et **Garnier.** — De nombreuses recherches expérimentales établissent que le foie est capable d'arrêter et de détruire divers microbes, notamment le bacille charbonneux. Nous nous sommes demandés ce qui surviendrait si l'on injectait ce bacille dans le réseau capillaire de l'intestin et dans celui de la rate, origines de la veine porte. Nous avons reconnu que l'action de ces deux réseaux capillaires est opposée. L'injection de culture charbonneuse dans une artère intestinale est en effet suivie de mort plus rapidement que l'inoculation par les veines périphériques et à plus forte raison par la veine porte. L'injection dans le tissu splénique est au contraire bien supportée; une dose dix fois supérieure à celle qui, introduite par les veines périphériques, est mortelle, se montre sans action, quand on l'injecte dans la rate.

Le bacille charbonneux trouve donc dans l'intestin des conditions favorables à son développement : d'une part, l'examen microscopique permet de le déceler dans ce conduit avant qu'il ait envahi l'économie, et, d'autre part, on l'y rencontre déjà quarante-huit heures après l'inoculation sur des animaux sacrifiés au moment où ils paraissaient encore en pleine santé. C'est grâce à cette pullulation dans l'intestin que ce bacille peut ensuite triompher de la résistance que le foie oppose à la marche de l'infection. La rate, au contraire, détruit en grande quantité ce microorganisme et son rôle s'ajoute à celui du foie.

Sur le molluscum contagiosum.

M. Bosc (de Montpellier). — Le molluscum contagiosum de l'homme présente les caractères essentiels des maladies bryocytiques. Au point de vue clinique, c'est une affection virulente, contagieuse et inoculable, mais localisée au point d'inoculation et de durée indéfinie, sans retentissement sur l'état général; elle est caractérisée par de petits nodules cutanés ombiliqués au centre. Au point de vue histologique, ces nodules sont constitués par une prolifération pure de cellules épithéliales malpighiennes qui subissent une dégénérescence totale; il s'agit donc d'une néoformation épithéliale de type néoplasique.

Les cellules du molluscum contagiosum renferment des inclusions de volume variable qui sont vraisemblablement de nature parasitaire, ainsi que des formations intranucléaires qui peuvent devenir intraprotoplasmiques, paraissent dues à des modifications du plasmosome et sont difficiles à différencier des premières.

Le syndrome syphilitique pseudo-leucémique chez l'enfant.

M. Lenoble (de Brest). — Par l'étude hématologique de 3 cas de syphilis héréditaire avec hypertrophie du foie et de la rate observés chez des enfants, j'ai pu m'assurer que la réaction myéloïde a une réelle valeur diagnostique dans l'hérédo-syphilis. Il y a tout lieu de penser qu'on se trouve en présence d'une syphilis héréditaire lorsque, chez un enfant à gros foie et à grosse rate, on constate, dans le sang, une réaction myéloïde intense.

Le pronostic de l'affection peut, en outre, être déduit des modifications que cette réaction subit à la suite d'une médication appropriée.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 10 mai 1905.

Les causes de la myopie.

M. L. Hirsch fait une communication sur ce sujet, dans laquelle il insiste tout d'abord sur l'insuffisance de nos connaissances, touchant les modifications anatomiques qui conditionnent la myopie. Tout ce que nous savons à cet égard, c'est que, dans cette affection, l'œil augmente de volume, sinon selon toutes ses dimensions, du moins dans le sens antéro-postérieur. Cet accroissement de l'œil en longueur paraît attribuable surtout au corps vitré; étant donnée, d'autre part, l'influence indéniable du travail de près, longtemps prolongé, sur le développement de la myopie, l'orateur croit pouvoir admettre que, pendant les efforts soutenus d'accommodation nécessaires à la vision rapprochée, il se produit une hyperémie choroïdienne avec transsudation consécutive dans le corps vitré, d'où augmentation progressive du volume de ce dernier. Les troubles vitréens, fréquents chez les myopes, plaident en faveur de cette théorie pathogénique.

Quant à l'influence fâcheuse du travail habituel à faible distance, ce n'est pas seulement chez les jeunes gens qu'elle s'exerce — ce qu'ont prouvé les recherches déjà anciennes de Cohn —, mais aussi chez l'adulte : sur 640 typographes examinés par l'orateur, 240, soit plus du tiers, étaient myopes; la fréquence du même vice de réfraction était encore de 18 % chez des mécaniciens de précision. Ce sont là des proportions de beaucoup supérieures à la moyenne; or, nombre de ces ouvriers n'étaient nullement myopes dans leur jeunesse et, pendant leur service militaire, s'étaient montrés bons tireurs.

Dans ces conditions, l'orateur est d'avis que, pour prévenir la myopie, il faut limiter autant que possible le travail de près dans les établissements d'instruction; l'interrompre à intervalles souvent répétés dans les professions exposant à la myopie. Parmi ces dernières, M. Hirsch range l'exercice de la médecine : aux confrères, il conseille de moins lire, de moins écrire... et de moins publier.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 15 mai 1905.

Diagnostic et traitement de la pérityphlite chronique.

M. J. Boas, rouvrant le débat sur cette question (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 104 et 176), fait observer que la pérityphlite n'est pas une : les américains, qui l'ont bien étudiée, en distinguent une *relapsing form* et une *recurrent form;* la première, qui succède à une crise d'appendicite aiguë, pourrait être désignée sous le nom de pérityphlite chronique résiduale; la seconde est la pérityphlite chronique d'emblée. C'est de cette dernière seule, de beaucoup la plus fréquente et dont le diagnostic présente des difficultés particulières, que l'orateur va s'occuper; la forme résiduale, en effet, est aisée à reconnaître en raison de l'existence de crises aiguës antérieures, et n'offre pas, au point de vue thérapeutique, d'autre indication que celles-ci.

Pour ce qui est de la pérityphlite chronique d'emblée, son étiologie comprend surtout les diverses variétés de colite chronique et — chez la femme — les affections annexielles droites; il n'est pas rare du reste que ces deux facteurs soient associés. Symptomatologiquement, elle se traduit par des crises douloureuses — dont une des modalités les plus communes est la colique appendiculaire de Talamon — pouvant prendre les apparences les plus variées et, selon les cas, faire pencher le diagnostic vers une affection de l'intestin, du foie ou des voies biliaires, de la vessie, etc. La douleur même au point de McBurney n'a qu'une valeur relative, car elle est de règle dans la colite chronique. Plus caractéristique est l'hyperesthésie de la paroi et aussi l'hypertrophie de l'appendice, lorsqu'elle est perceptible à la palpation. L'orateur considère également comme un signe de probabilité en faveur de la pérityphlite l'existence d'une différence d'un demi-degré au moins entre les températures rectale et axillaire, ou encore un état subfébrile avec légères exacerbations à 38°5 ou 38°9.

Pour ce qui est du traitement, M. Boas estime qu'il doit radicalement différer de celui de la crise aiguë : alors que dans cette dernière l'emploi des moyens médicaux est avant tout indiqué pour « refroidir » l'affection et permettre d'opérer avec de meilleures chances de succès, dans les formes chroniques, où existent des altérations irréparables, l'intervention chirurgicale seule est susceptible de donner la guérison. Ce n'est pas cependant que le traitement médical ne puisse amener l'affection à un état de latence satisfaisant pour le malade, mais il faut pour cela un régime très strict et longtemps poursuivi auquel peu de sujets consentent à se soumettre. En tout cas, le pronostic n'est pas défavorable, car, quoique toujours possibles, la perforation intestinale et la formation d'exsudats purulents constituent de grandes raretés, même après des attaques nombreuses.

M. Albu se déclare d'accord, sur la plupart des points, avec le précédent orateur; il se montre cependant un peu moins interventionniste que M. Boas, car il croit que, vu la difficulté de faire avec certitude le diagnostic de ces pérityphlites chroniques d'emblée, on enlève bien souvent des appendices sains. D'autre part, les moyens médicaux sont loin d'être inefficaces : le repos au lit, les enveloppements chauds, la balnéothérapie peuvent au contraire fournir de bons résultats.

Comme principales causes d'erreur, au point de vue du diagnostic, l'orateur cite la constipation spasmodique, les névralgies viscérales et la « typhlitophobie » de certains névropathes.

M. Kraus conteste que l'ablation d'un appendice sain — qui est d'ailleurs sans inconvénient — soit aussi fréquente que le pense M. Albu.

En ce qui concerne la symptomatologie, il ne croit pas qu'on puisse attribuer grande valeur à la différence des températures rectale ou axillaire ou aux états subfébriles auxquels M. Boas a fait allusion.

M. Karewski rappelle, de son côté, que beaucoup d'appendices macroscopiquement normaux présentent, dans leurs parois ou leur méso, des lésions fines de nature à expliquer les troubles accusés par les malades; il ne faut donc pas se hâter de considérer comme névropathes ou « typhlitophobes » toutes les personnes qui se plaignent de souffrir dans la région iléo-cæcale et dont l'appendice paraît sain au cours de l'opération.

M. Rosenheim signale comme un bon signe de pérityphlite l'existence d'un point sensible révélé à droite par le toucher rectal, quand le malade est couché sur le côté droit avec le bassin relevé; il va sans dire que ce symptôme n'a de valeur que chez l'homme, car, chez la femme, la sensibilité en question pourrait être d'origine annexielle.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 20 mai 1905.

Traitement de la coxalgie.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. A. Lorenz** a présenté plusieurs enfants qui étaient atteints de coxalgie et qui sont guéris ou en voie de guérison, avec ankylose de la hanche et résultat fonctionnel satisfaisant : dans tous ces cas, l'orateur a employé le traitement conservateur. Il est important, quand on applique cette méthode, que les fonctions de l'articulation ne soient jamais complètement interrompues, de façon à prévenir l'atrophie musculaire.

M. von Mosetig-Moorhof reconnaît que les résultats obtenus par M. Lorenz sont très

bons, mais ce n'est pas les cas de ce genre que visait sa communication (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 237). Chez les petits malades de M. Lorenz, en effet, la tête fémorale était conservée : la réposition de celle-ci dans la cavité glénoïde constitue alors le meilleur procédé pour obtenir une ankylose osseuse. Par contre, dans les cas graves, où la tête et le col du fémur sont détruits, la réposition de la tête dans la cavité glénoïde aurait pour conséquence de fixer la jambe en abduction; en pareille occurrence, ce n'est que par une pseudarthrose fibreuse qu'on peut obtenir l'attitude parallèle des membres inférieurs; c'est pour rendre cette pseudarthrose plus solide que l'orateur croit nécessaire de conserver les muscles obliques.

M. von Eiselsberg est d'avis, comme M. Lorenz, que le traitement conservateur est indiqué dans les cas bénins, mais dans les formes graves, avec destruction étendue de la tête fémorale, il faut recourir à la résection; or, pour les faits de ce genre, le procédé de M. von Mosetig-Moorhof lui paraît constituer un progrès réel, parce qu'il empêche la formation de fistules.

Syphilis héréditaire observée pendant vingt ans.

M. Hochsinger a montré un homme dont le père avait contracté la syphilis quatre ans avant de se marier, et dont la mère paraît être restée indemne. Les premiers enfants qu'eut ce couple vinrent au monde mort-nés ou bien succombèrent dans les premiers jours de leur existence. Quant au malade, il naquit avec des symptômes d'hérédo-syphilis et fut soumis au traitement spécifique. A l'âge de quatre ans, il eut une hémoglobinurie paroxystique et une tuméfaction syphilitique du foie; ces troubles disparurent à la suite d'une cure antisyphilitique. Six ans plus tard, le patient fut atteint de maux de tête, accompagnés de démarche chancelante, de paralysie du moteur oculaire commun du côté droit et d'incontinence diurne des urines. Trois ans après on constatait chez lui les signes d'une sclérose de l'aorte et des artères périphériques. Toutes ces altérations disparurent sous l'influence du traitement spécifique. A l'âge de dix-sept ans, enfin, apparurent des symptômes d'ataxie locomotrice qui persistent encore.

Guérison durable d'un cancer de l'intestin.

M. von Eiselsberg a présenté un homme qui, en 1890, fut opéré par Billroth pour un adénocarcinome du côlon ascendant, du volume d'une tête d'enfant, qui nécessita la résection du côlon. Pendant la convalescence, une suture céda, ce qui donna lieu à une fistule stercorale et plus tard à une fistule urinaire, dont une nouvelle intervention débarrassa le malade. Jusqu'à ce jour — soit depuis quinze ans —, il n'y a pas de trace de récidive de la tumeur intestinale et cet homme se porte très bien.

Dr SCHNIRER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE PARIS

Bazalgette (H.). Des grossesses tubaires méconnues.

Bellet (F.). Influence des traumatismes des nerfs sur le développement et la nutrition des os longs (étude expérimentale).

Beltrami (G.). L'anesthésie générale par le protoxyde d'azote.

Bonnis (R.). Réaction de l'organisme à la balnéation froide dans les maladies infectieuses aiguës.

Bridant (F.-J.). Du foyer de propagation xiphoïdien des souffles aortiques.

Cantonnet (A.). Contribution à l'étude des échanges osmotiques entre les humeurs intraoculaires et le plasma sanguin.

Casalis (Th.). Le problème de la durée de la grossesse.

Cocural (L.). Des procédés de dédoublement dans le traitement des fistules vésico-vaginales; essai sur leur valeur comparative.

Collière (E.). Dangers du tamponnement antérieur et postérieur des fosses nasales.

Cormon (F.). De l'anesthésie par les mélanges d'oxygène et de chloroforme au moyen de l'appareil de Roth.

Cousin (A.). Essai sur les origines de la médecine légale.

Cresson (F.). Contribution à l'étude du traitement de la tumeur blanche du genou chez l'enfant.

Dreyfus-Rose (F.). Du tonus et des réflexes dans les sections et compressions supérieures de la moelle.

Durand (J.-E.). Du rôle des vaisseaux anormaux dans la pathogénie de l'hydronéphrose.

Etcheverry (A.). Contribution à l'étude des kystes hématiques des reins.

Guellec (A.). Sur quelques réflexions suscitées par le traitement des traumatismes dans les campagnes.

Haïm (E.). Contribution à l'étude du traitement des cystites, notamment des cystites tuberculeuses, par les instillations d'huile goménolée.

Hélie (G.-L.). Influence des rayons X sur l'évolution des néoplasies cutanées.

Juillet (R.). Contribution à l'étude des selles blanches chez les nourrissons.

Mauban (H.). Contribution à l'étude de l'acétonurie au point de vue clinique.

Mazoux (G.). Thrombose de l'aorte.

Petit (E.-P.). Paralysies faciales récidivantes et paralysies faciales à bascule.

Piédallu (R.). Contribution à l'étude de la stovaïne.

Ranjard (R.). Le vertige auriculaire.

Redde (L.). Contribution à l'étude des dérivés de l'oxygène et leur emploi dans le traitement des plaies superficielles.

Reinburg (P.). Les accès dits éclamptiques; étude statistique générale et traitement d'après les documents de la clinique Baudelocque du 1er janvier 1890 au 31 décembre 1904.

Spanelly (G.). Du naphtol β camphré; sa toxicité, sa posologie et ses applications thérapeutiques.

Varnière (F.). Coup d'œil sur les conditions d'hygiène des nourrissons du premier âge dans le département de la Seine-Inférieure.

PHYSIOLOGIE

Arthus (M.). Eléments de physiologie. 2e éd. In-8°, 765 p. avec fig.

Bard (L.). De la perception auditive des formes acoustiques des sources sonores. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Garibaldi (C.) et **Mariani** (F.). Sulla attività elettrica del corpo umano. (*Gazz. degli Osped.*, 19 fév.)

Githens (T. S.). The physiological relationship of the proteids of the blood plasma. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Les rapports physiologiques des protéides du plasma sanguin.

Herz (M.). Ueber die Teilnahme der kleinsten Gefässe an der Reaktion nach thermischen Einflüssen. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, VIII, 10.) — Participation des petits vaisseaux à la réaction consécutive aux influences thermiques.

Irimesco (S.) et **Parhon** (C.). Recherches sur la localisation spinale des muscles du périnée et du rectum (chez l'homme). (*Journ. de neurol.*, 20 fév.)

Köppe (H.). Ueber das Gesetz des osmotischen Gleichgewichts im Organismus. (*Therap. Monatsh.*, mars.) — Sur la loi de l'équilibre osmotique de l'organisme.

Landois (L.) et **Rosemann** (R.). Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 11e éd. 1re partie. In-8°, 528 p. avec fig. Vienne.

Le Meignen (H.). Les récentes données sur la physiologie du pancréas digestif. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1er avril.)

Lodholz (E.). The functions of the cerebellum. (*New York Med. Journ.*, 11 fév.)

Niessl von Mayendorf (E.). Zur Theorie des corticalen Sehens. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 2 et 3.) — La vision corticale.

Ramond (F.). Action du foie sur les graisses. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Maragliano (V.). Meningite diplococcica sperimentale da inalazione. (*Gazz. degli Osped.*, 12 fév.)

Merzbacher (L.). Zur Biologie der Nervendegeneration; Ergebnisse von Transplantationsversuchen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 fév.)

Michaelis (L.). Experimentelle Untersuchungen über den Krebs der Mäuse. (*Med. Klinik*, 5 fév.) — Le cancer des souris.

Moore (B.) et **Roaf** (H. E.). An experimental study of the physical chemistry of anæsthesia in relationship to its causation. (*Thompson Yates and Johnston Laboratories Report*, VI, 1.)

Mori (M.). Studien über Knorpelregeneration, nach experimentellen Untersuchungen am Kaninchenohr. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 2-3.) — Sur la régénération du cartilage de l'oreille du lapin.

Müller (B.). Ueber Fettmetamorphose in den inneren parenchymatösen lebenswichtigen Organen nach einfachen und Mischnarkosen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXV, 4.) — Sur les métamorphoses graisseuses des principaux viscères parenchymateux, consécutives à l'anesthésie simple ou mixte.

Paderi (C.). Sulla influenza di un eccesso di ossigeno nell'aria respirata sulle ossidazioni dell'organismo. (*Clinica moderna*, 1er fév.)

Peiser (A.). Zur Pathologie der bakteriellen Peritonitis, nebst einem Beitrag zur Kenntnis der Wirkung des Adrenalin in der Bauchhöhle. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 1.)

Randone (F.). L'eliminazione della bile nell'uomo dopo l'ingestione di sostanze proteiche e grasse. (*Policlinico*, partie chir., XII, 2.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Achard (C.). Le rôle du sel en pathologie. In-8°, 40 p. avec fig.

Bashford (E. F.). On the growth of cancer. (*Lancet*, 1er avril.) — Sur la croissance du cancer.

Buschke (A.) et **Fränkel** (A.). Ueber die Funktion der Talgdrüsen und deren Beziehung zum Fettstoffwechsel. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 mars.) — Sur les fonctions des glandes sébacées et leurs rapports avec les échanges des graisses.

Chantemesse (A.) et **Podwyssotsky** (W.). Les processus généraux. T. II : hypertrophies, régénérations; tumeurs; pathologie de la circulation sanguine; pathologie du sang; pathologie de la lymphe et de la circulation lymphatique; inflammation; hypothermie; hyperthermie; fièvre. In-8°, 511 p. avec fig.

Kraus (R.) et **Dörr** (R.). Ueber Dysenterieantitoxin; zur Frage der Reaktionsgeschwindigkeit der Antitoxine. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 fév.)

Lanz (O.). Untersuchungen über die Progenitur Thyreopriver. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 1.)

Lewin (C.). Stoffwechseluntersuchungen bei Carcinomatösen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 fév.) — Sur le métabolisme des cancéreux.

Mallory (F. B.), **Greenough** (R. B.), **Vose** (R. H.), **Howe** (W. C.) et **Nichols** (E. H.). The third report of the Caroline Brewer Croft Cancer Commission of the Harvard Medical School. In-8°, 124 p. avec fig. Boston.

Marini (N.). Considerazioni sulla patogenesi dell'ateromasia adrenalinica e dell'ateroma in generale. (*Gazz. degli Osped.*, 19 fév.)

Paranhos (U.). Contribuição ao estudo da saliva como meio de defesa natural da bôca. (*Rev. med. de S. Paulo*, 30 janv.)

Ritter (C.). Die Entstehung der entzündlichen Hyperämie. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 3.) — La pathogénie de l'hyperémie inflammatoire.

Rosenbach (O.). Die Diagnose als ätiologischer Factor; 1. Mitteilung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 3-4.)

Rzentkowski (K. von). Ueber den Gehalt des Blutes und der Ex- und Transsudate an Trockensubstanz, Gesamt- und Reststickstoff bei verschiedenen Krankheiten. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 3.) — Sur la teneur du sang, des exsudats et des transsudats en extraits secs, en azote total et en azote résiduaire dans différentes maladies.

Sajous (C. de M.). The relation of the internal secretions to epilepsy, puerperal eclampsia, and kindred disorders. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 fév.)

Shearer (D.). Carbonic acid as a factor in the genesis of the gouty state. (*Lancet*, 11 fév.)

Zupnik (L.). Ueber gattungs-specifische Immunitätsreactionen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XLIX, 3.)

MÉDECINE

Anders (J. M.). Cholecystitis as a complication of lobar pneumonia, with a report of 3 cases, and remarks on icterus in pneumonia. (*Amer. Medicine*, 18 mars.)

Aspelin (E.). Ueber den sogenannten Morbus Banti. (*Wien. med. Presse*, 12 et 19 mars.)

Auerbach (B.). Pleuritis in ihrer Bedeutung für Diagnose und Therapie der Abdominalerkrankungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 mars.) — Signification de la pleurésie pour le diagnostic et le traitement des affections abdominales.

Bonavera (G. B.). Sul valore diagnostico di certe nevralgie intercostali, sintomatiche di un aneurisma latente dell'aorta toracica. (*Policlinico*, 2 avril.)

Breitmann (M. J.). Die modernen Ansichten über die normale und pathologische Funktion des Herzens auf Grund der Anatomie, Physiologie und Klinik. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 9 mars.) — Les idées actuelles sur les fonctions normales et pathologiques du cœur, au point de vue anatomique, physiologique et clinique.

Brill (N.), **Mandlebaum** (F.) et **Libman** (E.). Primary splenomegaly, Gaucher type; report on one of four cases occurring in a single generation of one family. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Burr (C. W.). Aneurysm of the descending thoracic aorta, causing erosion of the vertebræ and symptoms simulating Pott's disease. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mars.)

Cantieri (A.). Leucemia splenica midollare. (*Gazz. degli Osped.*, 5 mars.)

Clarke (T. W.). Repeated copious hæmoptysis from an aortic aneurism, extending into the right lung and finally rupturing into the pleura. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, mars.) — Hémoptysies profuses répétées, dues à un anévrysme aortique refoulant le poumon droit et rompu dans la plèvre.

Conder (A. F. R.). On Addison's disease, with two cases; and also a case which presented the symptoms of disease of the suprarenal capsules. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars.)

Curlo (G.). Sulla interpretazione di alcuni rumori sistolici dell'aorta. (*Gazz. degli Osped.*, 26 mars.)

Giauni (V.). Contributo allo studio del versamento pleurico a destra nelle cardiopatie e nella cirrosi epatica. (*Gazz. degli Osped.*, 2 avril.) — De l'épanchement pleurétique droit au cours des cardiopathies et des cirrhoses hépatiques.

Stephens (J. W.). Note on the pathology of tropical « swellings ». (*Thompson Yates and Johnston Laboratories Report*, VI, 1.) — De l'œdème tropical.

MALADIES INFECTIEUSES

Aaser (P.). Ueber die makroskopische Agglutinationsprobe bei Typhoidfieber. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 mars.)

Axisa (E.). Ueber Leukopenie bei Maltafieber. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 18 mars.)

Briggs (J. R.). Tubercular adenitis and Hodgkin's disease; is the etiology identical? (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, mars.)

Brüning (H.). Ueber die Bedeutung der Koplik'schen Flecke für die Diagnose und Differentialdiagnose der Masern. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 mars.) — Signification des taches de Koplik pour le diagnostic positif et différentiel de la rougeole.

Brunon (R.). Tuberculose au début; suralimentation; radiographie; sanatorium; cure libre en Normandie; guérison. (*Normandie méd.*, 1er mars.)

Clarac. Enquête sur la tuberculose à Madagascar. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Coleman (W.). The pseudomalarial types of infective endocarditis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Councilman (W. T.). The pathology and bacteriology of acute meningitis. (*Albany Med. Ann.*, mars.)

Eliko (E.). Abaissement subnormal de la température pendant un accouchement à terme survenu à la fin du quatrième septenaire d'une fièvre typhoïde (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 26 fév.)

Elsner (H. L.). Symptoms and diagnosis of cerebrospinal meningitis. (*Albany Med. Ann.*, mars.)

Erben (F.). Ein Fall von Parakolonbazilleninfektion. (*Prag. med. Wochensch.*, 9 et 16 mars.)

Galli (P.). Un caso di rabbia paralitica a sindrome bulbare. (*Gazz. degli Osped.*, 2 avril.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Alt (K.). Die Bekämpfung des Status epilepticus. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 mars.) — Traitement de l'état de mal épileptique.

Aronheim. Ein Fall von Simulation epileptischer Krämpfe bei einem 13jährigen Schulknaben. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 mars.) — Simulation de crises épileptiques par un écolier de treize ans.

Auerbach (S.). Neurologische Untersuchungen an Radrennfahrern. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mars.) — Recherches neurologiques sur des cyclistes coureurs.

Barrett (A. M.). Disseminated syphilitic encephalitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Bechterev (V.). Zur Frage des Lumbofemoralreflexes. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars.)

Benenati (U.). Sulla patogenesi della dissociazione della sensibilità di origine centrale. (*Riforma med.*, 18 et 25 janv. et 1er fév.)

Binswanger (O.). Grundzüge zur Behandlung der Geisteskrankheiten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 mars.) — Principes du traitement des maladies mentales.

Bouman (L.) et **Coenen** (L.). Een acuut letaal verloopende psychose. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 mars.) — Un cas mortel de psychose.

Briggs (L. V.). A consideration of auto-intoxication and auto-infection as cause of various mental disorders. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 12 janv.)

Bruck (C.). Zur Kasuistik der hysterischen Schlafzustände. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 mars.) — Sur les états de sommeil hystériques.

Buch (M.). Das Globusgefühl. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 11 fév.) — Le globe hystérique.

Busi (A.). Contributo allo studio della abduzione riflessa delle dita del piede (segno del ventaglio). In-4°, 17 p. Bologne.

Cirelli (F.). Mioclono multiplex in un lattante. (*Gazz. degli Osped.*, 12 mars.) — Myoclonus multiplex chez un nourrisson.

Clément. Myélites par toxines tuberculeuses. (*Lyon méd.*, 12 mars.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Adamson (H. G.). Lichen pilaris, seu spinulosus. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, fév. et mars.)

Arquembourg (L.) et **Minet** (J.). Un nouveau cas de lésions trophiques des ongles des orteils chez un saturnin. (*Echo méd. du Nord*, 5 mars.)

Cannac. Note sur deux cas de goundou. (*Arch. de parasitol.*, IX, 2.)

Deycke et **Reschad.** Neue Gesichtspunkte in der Leprafrage. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 mars et 6 avril.)

Dubreuilh (W.) et **Cléjat.** Ulcus rodens juvénile. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 12 mars.)

Felländer (J.). Zur Kasuistik des Adenoma sebaceum disseminatum. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIV, 2-3.)

Gaucher et **Desmoulière.** Des troubles de la nutrition et de l'élimination urinaire dans le psoriasis. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Grillo La Rocca (V.). Terapia locale del lupus. (*Gazz. degli Osped.*, 30 mars.)

Henggeler. Ueber einige Tropenkrankheiten der Haut. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er mars.) — Sur quelques affections cutanées des pays chauds.

Macdonald (W. G.). The prophylaxis of syphilis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 26 janv.)

PARASITOLOGIE

Bjarnhjedinsson (S.). Ekinokoksygdommen og de spedalske i Island. (*Ugeskrift for Læger*, 16 mars.)

Brumpt (E.). Maladie du sommeil; distribution géographique, étiologie, prophylaxie. (*Arch. de parasitol.*, IX, 2.)

Karchine (A.). Un cas d'ankylostomiase (en russe). (*Roussk. Vratch*, 12 fév.)

Kozlovsky (I.). Présence du *Balantidium coli* chez un homme (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 12, 19 et 26 fév.)

McWeeney (E. J.). On the relation of the parasitic protozoa to each other and to human disease. (*Lancet*, 25 mars.)

Penel (R.). Les filaires du sang de l'homme. (*Arch. de parasitol.*, IX, 2.)

Raybaud (A.). Un cas d'actinomycose de la face et du maxillaire supérieur. (*Marseille méd.*, 15 mars.)

Thiroux. Recherches morphologiques et expérimentales sur le *Trypanosoma paddæ* (Laveran et Mesnil). (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

Ziemann (H.). Beitrag zur Filariakrankheit der Menschen und Tiere in den Tropen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 mars.)

Zwintz (J.). Pseudoparametritis actinomycosa (eine Aktinomykose des Peritoneums). (*Wien. med. Presse*, 5 mars.)

CHIRURGIE

Afanasjeff (M. I.). Ueber Wanderniere und deren Behandlung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 20, 23 et 27 fév.) — Sur le rein mobile et son traitement.

Brown (J. Y.). Acute intestinal surgery, with remarks on technic. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 mars.)

Brunn (M. von). Die symmetrische Schwellung der Tränen- und Mundspeicheldrüsen in ihren Beziehungen zur Pseudoleukämie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 2.) — Maladie de Mikulicz et pseudoleucémie.

Bull (W. T.) et **Coley** (W. B.). Results of 1500 operations for the radical cure of hernia in children, performed at the Hospital for Ruptured and Crippled [New York] between 1891 and 1904. (*Med. Record*, 18 mars.)

Bunts (F. E.). Report of 50 cases of appendicitis and 50 cases of hernia with reference to albuminuria. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Burtenshaw (J. H.). Iodin in the treatment of postoperative sepsis. (*Amer. Medicine*, 11 mars.)

Cappelli (L.). Dei mezzi che conducono alla saldatura ossea nei casi di mancata consolidazione, nelle fratture, nelle resezioni, artrodesi. (*Arch. di ortopedia*, XXII, 1.) — Sur les moyens propres à amener la soudure osseuse dans les cas de défaut de consolidation, dans les fractures, les résections, les arthrodèses.

Chenoweth (J. S.). Appendicitis, as a visceral manifestation of erythema exudativum multiforme. (*Med. News*, 4 mars.)

Cignozzi (O.). L'intervento chirurgico nelle cirrosi del fegato con ascite. (*Riforma med.*, 8, 15 et 22 fév.)

Clarke (W. Bruce). On the operative treatment of certain severe cases of indigestion. (*Brit. Med. Journ.*, 4 mars.)

Codman (E. A.) et **Chase** (H. M.). The diagnosis and treatment of fracture of the carpal scaphoid and dislocation of the semilunar bone. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Connell (F. G.). Indications for treatment of gastric hæmorrhage. (*New York Med. Journ.*, 25 mars.)

Cottam (G. G.). Compound traumatic separation of the lower epiphysis of the femur. (*Med. Record*, 1er avril.)

Craig (D. H.). The after-treatment of abdominal sections with eserine salicylate. (*New York Med. Journ.*, 18 mars.) — Traitement post-opératoire de la laparotomie par le salicylate d'ésérine.

Cumston (C. G.). Interstitial hernia. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Dahlgren (K.). Einige wichtige Gesichtspunkte bei der Behandlung der ausgebreiteten eitrigen Peritonitis. (*Arch. internation. de chir.*, II, 2.) — Du traitement de la péritonite purulente étendue.

Debève (J.). Un cas de syncope cardiaque primitive dans l'anesthésie chloroformique. (*Nord méd.*, 1er avril.)

Delore (X.) et **Duteil** (R.). De l'entrée de l'air dans les veines pendant les opérations chirurgicales. (*Rev. de chir.*, mars.)

Dirk. Ueber die Scopolamin-Morphium-Narkose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 mars.)

Döllinger da Graça (von). A proposito de uma luxação da espadua, fractura do corpo da clavicula, luxação do joelho e fractura da massa externa da extremidade superior do tibia. (*Brazil-medico*, 15 mars.)

Dunin (Th.). Chronische Eiterung an den Fingern mit Ablagerung von kohlensaurem Kalk. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 4.) — Suppuration chronique des doigts avec dépôts de carbonate de chaux.

Eisendrath (D. N.). Fractures of the tarsal bones. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Fractures des os du tarse.

Fagge (C. H.). Cases of intussusception in children treated by laparotomy. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Invaginations intestinales chez les enfants traitées par la laparotomie.

Fink (F.). Eine Gallensteinoperation, kompliziert durch mannigfache Eingriffe an Magen und Darm. (*Prag. med. Wochensch.*, 9 mars.) — Opération sur les voies biliaires, avec interventions multiples sur l'estomac et sur l'intestin.

Fischer (H.). Leitfaden der kriegschirurgischen Operations- und Verbandtechnik. 2e éd. In-8°, 170 p. avec fig. Berlin. — Eléments de chirurgie de guerre.

Fitz (R. H.). A brief consideration of some of the results of the surgical treatment of cancer of the stomach. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 19 janv.)

Gambardella (A.). Carcinosi miliare consecutiva a scirro della mammella. (*Gazz. degli Osped.*, 12 mars.)

Giuliano (E.). Un caso di guarigione di sutura al cuore. (*Gazz. degli Osped.*, 12 mars.)

Gould (A. H.). Improved technic for end to end intestinal anastomosis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 12 janv.)

Gregory (A.). Un cas de hernie de la paroi intestinale (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 26 fév.)

Grot (W. von). Zur Kasuistik der Penisverletzungen. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 25 fév. et 4 mars.) — Blessures de la verge.

Haberer (H.). Ein operativ geheilter Fall von inkarzerierter Treitz'scher Hernie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 mars.)

Habs. Ein Fall von Genu recurvatum. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 mars.)

Hand (J.). Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der isolierten Luxationen des Radius. (*Wien. med. Wochensch.*, 4 mars.)

Hardoüin (P.). Un cas d'angiome de la parotide. (*Rev. de méd.*, mars.)

Heidenhain (L.). Geschichte eines Falles von chronischer Incarceration des Magens in einer angeborenen Zwerchfellhernie, welcher durch Laparotomie geheilt wurde, mit anschliessenden Bemerkungen über die Möglichkeit, das Kardiacarcinom der Speiseröhre zu resecieren. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 4-6.) — Etranglement chronique de l'estomac dans une hernie diaphragmatique congénitale; laparotomie; guérison.

Henriksen (P.). Den kirurgiske behandling af ulcus ventriculi. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars.)

Mestral (V. de). Des effets vulnérants et de l'infection par les cartouches d'exercices à fausses balles de bois (modèle de l'armée suisse). (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév.)

UROLOGIE

Adler (L.). Beitrag zur Kenntnis der primären Tumoren des Ureters. (*Monatsberichte für Urologie*, X, 3.)

Allen (L. W.). Report of a case of chronic pyelitis, due to bacillus coli communis infection, simulating renal tuberculosis, treated by nephrotomy, followed by through-and-through antiseptic douches. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Baratynsky (P.). Du traitement post-opératoire de la plaie vésicale après la taille suspubienne (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 fév.)

Beck (Carl). Intorno alla tecnica della dislocazione uretrale nella ipospadia ed in altri difetti e lesioni dell'uretra. (*Policlinico*, partie chir., XII, 3.)

Belliboni (E.). Rene mobile. (*Riv. veneta di scienze med.*, 28 fév.)

Boyd (F. D.) et **Beattie** (J. M.). Note on decapsulation of the kidneys. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.) — Sur la décapsulation du rein.

Brongersma (H. J.). Een geval van pyelonephritis gravidarum behandeld met catheter « à demeure » in en spoelingen van het nierbekken. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 25 mars.)

Cesari (L.). La cura chirurgica nelle nefriti mediche. (*Gazz. degli Osped.*, 26 mars.)

Dufourt (E.). De la valeur biologique du coefficient azoturique. (*Lyon méd.*, 19 mars.)

Einis (L.). Ueber einen Fall von Nephritis mit malignem, fulminantem Verlauf nach Angina follicularis. (*Monatsberichte für Urologie*, X, 3.)

Fowler (G. R.). The technic of perineal prostatectomy. (*Med. News*, 18 mars.)

Gaudiani (V.). Ricerche sulla funzionalità del rene mobile. (*Policlinico*, 2 avril.)

Gibson (C. L.). Objective and subjective symptoms of surgical diseases of the kidney. (*Med. News*, 11 mars.) — Les signes objectifs et subjectifs des affections chirurgicales du rein.

Grégoire (R.). Procédé de néphrectomie pour cancer. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er fév.)

OPHTALMOLOGIE

Adamkiewicz (A.). Zur Frage über das Wesen der sogenannten Stauungspapille. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars.) — Sur la nature de la stase papillaire.

Axenfeld (Th.). Ueber solitäre Tuberkulose der Aderhaut. (*Med. Klinik*, 26 mars.) — Sur le tubercule solitaire de la choroïde.

Blair (C.). Errors of refraction and their treatment. In-12, 112 p. Londres.

Carpenter (J. T.). Congenital defect of abduction associated with retraction of the eyeball. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mars.)

Chappé (T.). Néoplasie tuberculeuse paralacrymale. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Colombo (G.) et **Ricchi** (G.). Secondo contributo all'anatomia patologica dell'ulcera corneale con ipopio. (*Nuovo raccoglitore med.*, janv.-fév.)

Danès. De l'exploration des paupières et des parties antéro-externes de l'œil. (*Nord méd.*, 15 mars.)

Deyl (J.). O rakovine ústrojí ocního. (*Casopis lékaru ceskych*, 11, 18 et 25 fév., 4 et 11 mars.) — Sur le cancer de l'œil et de ses annexes.

Frachtman (H.). Indirekte Verletzung des Sphincter iridis, Subluxatio lentis und Cataracta corticalis anterior durch Contusio bulbi mit einem Fechtsäbel. (*Wien. med. Wochensch.*, 4 mars.) — Blessure indirecte du sphincter irien, subluxation du cristallin et cataracte corticale antérieure consécutives à une contusion du globe oculaire par une rapière.

Gonin (J.). Rétablissement de la circulation rétinienne par des anastomoses à la suite d'une obstruction de l'artère centrale. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Holmström (J.). Naagra ord om behandlingen af suppurativa processer i hornhinnan. (*Hygiea*, mars.) — Sur le traitement de la kératite suppurée.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Addinsell (A. W.). Pre-menstrual pregnancy in a girl aged 13 years. (*Lancet*, 25 mars.) — Grossesse chez une jeune fille de treize ans, non encore réglée.

Ahlefelder. Ein Fall von einseitiger Ureterkompression in der Schwangerschaft mit schweren Allgemeinerscheinungen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.) — Compression unilatérale de l'uretère pendant la grossesse avec symptômes généraux graves.

Ahlfeld (F.). Hat die preliminäre Scheidenreinigung einen Einfluss auf die Wochenbettsmorbidität? (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 1.) — La désinfection préliminaire du vagin a-t-elle une influence sur la morbidité des suites de couches?

Annales de la Société obstétricale de France. Compte rendu des séances de la 10e session. In-8°, 364 p.

Anoufriev (A.). Contribution à l'étude des ménorrhagies consécutives à l'avulsion des dents (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 fév.)

Anspach (B. M.). The diagnosis and treatment of acute pelvic peritonitis of gonorrhœal origin. (*New York Med. Journ.*, 25 mars.)

Audebert (J.). De l'infection amniotique. (*Arch méd. de Toulouse*, 15 mars, 1er et 15 avril.)

Bäcker (J.). Ueber Chininum sulfuricum als wehenverstärkendes Mittel. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 mars.) — Le sulfate de quinine et son action ocytocique.

Baisch (K.). Für und wider die künstliche Frühgeburt. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 mars.) — Pour et contre l'accouchement prématuré provoqué.

Bauereisen (A.). Ueber einen Fall von Einbruch eines karzinomatösen Ovarialtumors in ein intramurales Fundusmyom. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 mars.) — Invasion d'un fibrome interstitiel du fond de l'utérus par une tumeur cancéreuse de l'ovaire.

Bondarev (P.). Contribution à l'étude des lésions traumatiques des organes génitaux externes au cours de la grossesse (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 3.)

Bué (V.). L'examen clinique du détroit supérieur. (*Nord méd.*, 15 mars.)

Chiari (H.). Ueber ein neues spondylolisthetisches Becken des pathologisch-anatomischen Museums der deutschen Universität in Prag. (*Prag. med. Wochensch.*, 2 mars.)

Chrobak (R.). Ueber den Gebrauch von Aetzmitteln. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 mars.) — Sur l'emploi des caustiques [en gynécologie].

Clark (A. H.) et **Bowley** (R. L.). A case of cæsarean section following ventral fixation. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, mars.)

De Lee (J. B.). Theories of eclampsia. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Desguin (L.). Utérus didelphe avec annexites suppurées; extirpation par voie abdominale; guérison. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, janv.-fév.-mars.)

Dienst (A.). Das Eklampsiegift. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 mars.) — Le poison éclamptique.

Dörfler (H.). Zur Verhütung des Puerperalfiebers. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 fév. et 7 mars.) — Sur la prophylaxie de la fièvre puerpérale.

Driessen (L. F.). Een geval van appendicitis in graviditate tengevolge van carcinoma appendicis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.* 4 mars.)

PÉDIATRIE

Bovin (E.). Om under förlossning uppkommen armplexusförlamning hos fostret. (*Hygiea*, mars.) — Sur la paralysie obstétricale du plexus brachial.

Ebert (M.). Ein Beitrag zur Bekämpfung der grossen Säuglingssterblichkeit. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 3.) — La lutte contre la mortalité des nourrissons.

Guéorguievsky (B.). Un cas de décanulement difficile; signification diagnostique et thérapeutique de l'intubation en pareille occurrence (en russe). (*Prakt. Vratch*, 26 fév.)

Larrabee (R. C.). A case of acute lymphatic leukemia in an infant. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 12 janv.)

Leuret (E.). Etude sur la pathogénie de l'ictère des nouveau-nés. (*Arch. de méd. des enfants*, mars.)

McWeeney (E. J.). A case of acute lymphæmia. (*Brit. Med. Journ.*, 25 fév.)

Mendelsohn (L.). Ueber Brand- respective Rauchvergiftung bei Kindern. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLI, 1-2.) — Sur l'intoxication consécutive à l'aspiration de fumée chez les enfants.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bar (L.). Otomycoses associées; affections vésiculo-pustuleuses du conduit auditif externe par microphytes et bactéries pathogènes associées; diagnostic et traitement. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, fév.)

Bobone (T.). Obstruction totale d'origine congénitale de la narine gauche par un kyste ostéo-cartilagineux du cornet inférieur; guérison après une série d'interventions. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

Breyre (C.). La cure radicale de la sinusite frontale chronique. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

Broeckaert (J.). Prothèse nasale par l'action combinée d'une opération autoplastique et d'injections de paraffine. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

Calamida (U.). Carcinome du sinus sphénoïdal. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

Canfield (R. B.). The treatment of chronic empyema of the antrum, both simple and when combined with empyema of the ethmoid and sphenoid. (*Med. News*, 25 mars.)

Chauveau (C.). Déterminations syphilitiques des sinus frontaux et maxillaires. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

NOUVELLES

FRANCE

Aux termes de la loi sur les accidents du travail, sont exclues du bénéfice de cette législation spéciale les « maladies professionnelles » proprement dites, c'est-à-dire celles qui proviennent presque fatalement de l'exercice normal et régulier de certaines professions. Toutefois, l'expérience n'a pas tardé à montrer qu'il y avait lieu d'appliquer la loi du 9 avril 1898 non seulement aux « accidents » *sensu stricto*, mais encore aux affections « accidentelles » d'origine professionnelle, telles que la syphilis des verriers, la pustule maligne des tanneurs : c'est en ce sens que la jurisprudence en la matière s'est fixée au cours de ces dernières années.

Le bénéfice de la loi sur les accidents du travail n'est refusé aujourd'hui qu'aux « maladies » qui, en raison des conditions dans lesquelles s'exécute le travail, sont la conséquence lente, certaine et presque fatale de la pratique normale de la profession. Sur ces « maladies », le ministère du commerce a recueilli depuis quatre ans environ une série de renseignements qu'il a colligés et publiés dans le but d'amener le Parlement à établir une législation s'y rapportant. La première pensée d'une loi nouvelle sur ce point semble appartenir à M. Millerand, mais la présentation d'un projet de loi sur les maladies professionnelles exigeait un certain laps de temps, et ce n'est que la semaine dernière que M. le docteur Dubief, ministre du commerce, a déposé ce projet de loi sur le bureau de la Chambre des députés.

Comme d'ordinaire, en pareille circonstance, le projet est modeste dans ses débuts; il ne vise que deux intoxications professionnelles, le saturnisme et l'hydrargyrisme, mais le gouvernement ne cache pas ses intentions de faire figurer plus tard dans la loi d'autres maladies professionnelles : « Lorsque ce régime aura été introduit et expérimenté, est-il dit dans l'exposé des motifs, il sera plus facile d'y englober des intoxications nouvelles d'après les résultats de l'expérience acquise. »

Il nous paraît inutile d'entrer aujourd'hui dans les détails de ce projet de loi qui n'a guère chance de venir en discussion dans cette session, ni peut-être même dans cette législature. Mais, en attendant d'étudier la question à fond, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que, en pareille matière, les droits de l'Etat s'arrêtent à l'application des mesures sanitaires et autres destinées à garantir les ouvriers contre l'intoxication. Quand le chef d'industrie s'est conformé aux obligations qui lui incombent, sa responsabilité est à couvert, l'ouvrier sachant ou devant savoir que la profession qu'il exerce est funeste pour la santé.

On dit que le ministre de la guerre serait disposé à faire un essai méthodique de prophylaxie contre la malaria dans quelques garnisons des régions les plus insalubres de l'Algérie. Le peu que nous connaissons de ce projet ne nous permet pas de prévoir si l'essai sera fait dans les conditions voulues pour donner un résultat appréciable. Il est question de détruire les larves d'anophèles par le pétrolage ou le drainage des eaux stagnantes, de placer les militaires paludéens dans des locaux spéciaux situés dans les infirmeries ou les hôpitaux et pourvus aux ouvertures de treillages métalliques, de façon à éviter l'infection des moustiques, enfin de rendre les hommes sains réfractaires aux inoculations des anophèles par l'administration préventive de quinine.

ALLEMAGNE

En Allemagne, comme en France, la question du secret médical est toujours ouverte. A ce propos, nous signalerons un arrêt important que vient de rendre le tribunal suprême de Leipzig en faveur d'un médecin de Berlin, qui avait été condamné à 25 fr. d'amende pour violation du secret professionnel.

Notre confrère avait cru devoir prévenir une tierce personne que tel individu était atteint de syphilis, afin de mettre cette tierce personne à même de pouvoir éviter d'être contaminée. Pensant avoir rempli son devoir en agissant de la sorte, il s'est pourvu devant le tribunal suprême de l'empire, qui a cassé le jugement précité et a renvoyé l'affaire devant un autre tribunal.

Les considérants de l'arrêt de cassation portent que l'obligation du secret prescrit par l'article 300 du Code pénal n'est point absolue et que le devoir professionnel peut déterminer le médecin à révéler certain fait et à avertir ses malades, lorsque ceux-ci courent un danger réel de contamination, même si en ce faisant il viole le secret à lui confié par un autre malade. Le tribunal suprême a décidé que, dans l'espèce, il n'y avait pas violation du secret médical, parce que, pour garantir les intérêts de la tierce personne, le médecin s'était vu contraint, de par son devoir professionnel, de révéler l'existence de la syphilis chez un individu.

EGYPTE

M. le docteur Lortet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, qui depuis de longues années s'occupe de tout ce qui touche aux momies de l'ancienne Egypte, a publié sur ce sujet, dans le dernier numéro de la *Revue des Deux Mondes*, un article très documenté, dans lequel, entre autres faits intéressants, il nous apprend que pour habiller une momie humaine, il faut au moins, d'après ses mesures, 70 mètres d'une toile large de 30 centimètres. Cette toile était trempée dans une solution de natron résineux servant à momifier les corps suivant les indications du chacal Anubis, l'inventeur des pratiques de l'embaumement.

Mais qu'était-ce que ce natron résineux qui empêchait la disparition des cadavres des hommes et des animaux — les Egyptiens momifiaient aussi presque toutes les espèces animales — par le travail des microbes de la putréfaction? La découverte, faite dans le tombeau de Maher-Pra, à Thèbes, de dix grandes jarres en terre, bouchées avec soin, pleines d'une matière pulvérulente jaunâtre, qu'on soupçonnait être employée à la momification, a permis à M. le professeur Hugounenq (de Lyon) de faire l'analyse exacte de cette substance, qui est ainsi composée :

Résine odorante		19
Débris organiques		3
Sable et argile		12
Natron, c'est-à-dire	Chlorure de potassium	14
	Sulfate de sodium	22
	Sesquicarbonate de sodium	17

« Il a été facile, dit M. Lortet, de séparer la résine mêlée au natron. En tenant compte des modifications que le milieu et le temps ont dû apporter à son odeur, on peut cependant affirmer que cette substance n'est pas de la résine de cèdre, qui du reste n'a jamais vécu en Egypte. Elle paraît plutôt être un extrait de diverses substances aromatiques. La myrrhe devait dominer dans ce mélange, mais accompagnée d'oliban et de bdellium. Les Balsamodendron et Roswellia, arbres producteurs de ces gommes-résines, vivent en Nubie, Abyssinie et Arabie Heureuse. Ils fournissent cette myrrhe si recherchée, dès la plus haute antiquité, par les populations de l'Orient. La poudre antiseptique en question renferme des débris de tissus parenchymateux; ces tissus contiennent de nombreux grains d'amidon, appartenant certainement à des rhizomes odorants du cyperus rond qui se rencontre encore aujourd'hui en très grande quantité en Egypte et en Libye. La poudre odorante renfermée dans les amphores de Maher-Pra, lorsqu'on la dissout dans l'eau, colore en brun les morceaux de toile qu'on y plonge. Ces tissus présentent alors la même coloration et la même odeur que les bandelettes des momies, coloration et odeur dues au savon alcalin produit par la résine mélangée au natron. »

GRANDE-BRETAGNE

On vient d'observer à Leith, port d'Ecosse, quelques cas de peste bubonique, sans que d'ailleurs la maladie semble avoir pris la forme épidémique. Voici les renseignements que nous avons reçus à cet égard :

Un terrassier était entré au Leith Fever Hospital avec des signes de fièvre typhoïde, mais, un bubon inguinal ayant été constaté le quatrième jour, on fit une ponction aspiratrice qui permit de déceler le bacille pesteux dans le liquide ainsi retiré. La mort survint quarante-huit heures plus tard, et l'autopsie confirma entièrement le diagnostic porté *intra vitam*. La femme et les deux enfants de cet homme furent également atteints de peste peu après lui, mais ils guérirent; jusqu'ici l'infection n'aurait pas frappé d'autres personnes.

La source de ces cas n'a pu être élucidée d'une façon certaine; peut-être, la femme dont il vient d'être question ayant été occupée dans un magasin de chiffons, doit-on incriminer des rats infectés; il convient cependant de remarquer que dans ces derniers temps on n'a pas constaté à Leith de mortalité insolite parmi ces rongeurs.

PHILIPPINES

On prépare en ce moment une nouvelle émission de timbres-poste, dont les vignettes représenteront des hommes célèbres, parmi lesquels figure le médecin-patriote Rizal, fusillé par les Espagnols.

PRUSSE

Le tribunal supérieur de Kiel vient de confirmer un jugement portant condamnation du rédacteur d'un journal politique pour fausse nouvelle d'une épidémie de diphtérie. Les médecins experts avaient déclaré que rien ne prouvait que la fausse nouvelle eût causé quelque émotion, mais le tribunal a estimé que, s'il n'y avait pas eu d'alarme, la nouvelle ne restait pas moins susceptible de provoquer un certain émoi.

SUISSE

Le tribunal fédéral s'est prononcé dernièrement sur un point qui, depuis 1879, n'avait plus été évoqué devant cette juridiction suprême : il s'agit de l'interdiction du mariage pour cause d'imbécillité.

Aux termes de la loi fédérale du 24 décembre 1874 concernant le mariage, les « personnes atteintes de démence ou d'imbécillité » ne peuvent pas se marier. Mais l'expression « imbécillité » étant peu précise, il peut se présenter des cas, rares il est vrai — puisque depuis la constitution du tribunal fédéral on ne compte que deux affaires de cette nature —, où la juridiction suprême est appelée à donner une explication de ce qu'il faut comprendre par ce mot.

Dans un arrêt rendu le 5 avril 1905, le tribunal fédéral, se conformant d'ailleurs à ce qu'il avait déjà décidé le 3 mai 1879, a déclaré que par imbécillité il ne faut pas seulement entendre la faiblesse extrême de l'ensemble de l'activité mentale que l'on désigne scientifiquement sous le nom d'imbécillité proprement dite (*Blödsinn*), mais encore l'affaiblissement mental notable qui est aussi appelé *Blödsinn* dans le langage courant, et qui rend le candidat au mariage inapte à comprendre la nature et l'importance de l'acte du mariage, au point de vue des devoirs et des charges qui incombent aux conjoints. Dans l'espèce, bien que le défendeur eût peut-être fait preuve de quelque habileté dans certaines circonstances, d'ailleurs bien restreintes, comme tireur, par exemple, ce fait n'est pas susceptible d'infirmer les conclusions du rapport médico-légal, attendu que les faibles d'esprit possèdent parfois des aptitudes mieux développées, ce qui n'exclut pas cependant qu'un individu puisse, par suite d'un retard de développement ou d'une faiblesse mentale acquise, être inapte à la vie générale et en particulier à la vie commune du mariage.

Malgré ces commentaires autorisés, il n'en reste pas moins que l'expression *Blödsinn* (imbécillité) n'est pas à conserver dans la législation, ce que les jurisconsultes suisses ont d'ailleurs fort bien compris, puisque la Commission du Code civil fédéral n'a pas introduit ce mot dans le texte du projet qui est depuis si longtemps à l'étude. Elle s'est bornée à exiger que les futurs conjoints soient capables de discernement (*sich im Zustand der Urteilsfähigkeit befinden*), mais elle a, avec juste raison, maintenu l'interdiction absolue aux personnes atteintes de démence de contracter mariage.

La conférence internationale pour la protection ouvrière, qui vient de se réunir à Berne — et où l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la France, la Grande-Bretagne, la Hongrie, l'Italie, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la Suède et la Suisse étaient représentés —, a arrêté les bases de deux conventions internationales, l'une visant la prohibition du travail industriel de nuit pour toutes les femmes, sans distinction d'âge; l'autre relative à l'interdiction de l'emploi du phosphore blanc dans l'industrie des allumettes.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la persistance des sensations lumineuses dans le champ aveugle des hémianopsiques.

Les lésions des voies optiques, du chiasma à la sphère visuelle, déterminent des troubles de la vision nettement spécialisés — intéressant les deux yeux, mais localisés dans la moitié de l'espace opposée à l'hémisphère cérébral atteint —, connus sous le nom d'hémianopsie homonyme.

Suivant que l'on considère l'étendue du champ visuel intéressé ou le degré du trouble visuel, on divise les hémianopsies homonymes en complètes ou incomplètes, absolues ou relatives.

L'hémianopsie complète est celle qui comporte la perte de la vision dans une moitié entière du champ visuel, avec cette restriction toutefois que le champ aveugle est délimité par une ligne verticale, s'infléchissant légèrement au niveau de la macula, pour laisser en dehors d'elle la macula elle-même et une zone étroite de la rétine adjacente.

Les hémianopsies incomplètes, dites aussi en quadrant, beaucoup plus rares d'ailleurs que les précédentes, portent sur les zones correspondantes des deux rétines, de façon à supprimer la vision dans une zone déterminée du champ visuel, exactement la même pour les deux yeux.

L'hémianopsie relative consiste en ce que la perception des objets situés dans un champ visuel latéral est troublée, sans être complètement perdue, soit que cette perception soit simplement affaiblie (*hémiamblyopie*), soit qu'elle comporte l'affaiblissement ou même la perte de toute perception de couleur (*hémidyschromatopsie* ou *hémiachromatopsie*, suivant qu'il s'agit de l'un ou de l'autre de ces deux cas).

L'hémianopsie absolue est caractérisée au contraire, d'après les descriptions classiques, par la perte complète de la vision; suivant la définition de MM. H. Wilbrand et A. Sänger, toute qualité de perception, la clarté comme la couleur, est supprimée et n'est absolument plus perçue (1). En réalité, cette affirmation repose uniquement sur le fait que le patient ne distingue aucun objet dans l'un des champs latéraux, car c'est simplement sur cette absence de perception qu'on établit le tracé du champ visuel conservé et, par exclusion, les limites du champ aveugle.

Malgré toutes les recherches bibliographiques que j'ai faites sur ce point, malgré les enquêtes que j'ai poursuivies auprès de plusieurs neurologistes ou ophtalmologistes, je n'ai trouvé aucun indice que la question eût été poussée plus loin. On ne s'est nullement préoccupé de rechercher l'absence ou la persistance des sensations lumineuses brutes, de la distinction du clair et de l'obscur; on a simplement conclu, *a priori*, de l'absence de toute perception visuelle des objets à l'absence parallèle de toute perception de luminosité dans le champ visuel périphérique correspondant.

Diverses considérations, qu'il serait trop long de développer, m'ont amené à envisager la question sous ce point de vue nouveau, et j'ai pu me convaincre, par l'examen attentif de trois malades, que l'hémianopsie homonyme, dite absolue, réalisait, à l'encontre de l'opinion courante, une dissociation singulière de la perception de la lumière brute et de celle des formes, dissociation qu'il y aura lieu de faire entrer en ligne de compte à l'avenir dans la symptomatologie de l'affection et dans les interprétations physiologiques auxquelles elle peut donner lieu.

(1) « Mit absoluter Hemianopsie wollen wir ausdrücken, dass alle und jegliche Empfindungsqualität, also Helligkeit und Farbenempfindung, ausgefallen ist und *absolut nicht mehr* hier empfunden wird », disent ces auteurs (Die Neurologie des Auges. III. Band, 1. Abteilung : Anatomie und Physiologie der optischen Bahnen und Centren, p. 353. Wiesbaden, 1904).

I

Les trois malades qui ont été l'objet de cette étude présentent une hémianopsie homonyme absolue typique, que rien ne distingue des cas habituels de cette affection; leur champ visuel a été établi, non seulement par mes assistants, mais encore par mon collègue, M. le docteur Haltenhoff, professeur de clinique ophtalmologique. Aucune particularité ne sépare ces hémianopsies des faits similaires; toutes les trois portent sur toute l'étendue d'un champ latéral, avec conservation de la vision centrale, conformément à la règle.

Par contre, la pathogénie et le siège des lésions diffèrent dans les trois cas, de sorte que leur réunion forme un ensemble particulièrement instructif.

Le premier malade est un homme de soixante et un ans, entré dans mon service le 20 décembre 1904, huit jours après un ictus; à ce moment il était encore comateux, un peu fébricitant; il présentait une hémiplégie gauche, avec déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite. L'état s'est amélioré lentement, laissant persister une hémianopsie gauche complète, une hémiplégie peu intense et une hémianesthésie bien marquée, qu'on retrouve encore aujourd'hui, quatre mois après le début.

La prédominance des troubles de la sensibilité sur la paralysie motrice permet de penser qu'il s'agit probablement d'une lésion de la partie postérieure de la région capsulaire et thalamique; l'hémianopsie que présente cet homme est donc à classer parmi celles qui sont dites intermédiaires.

L'évolution des accidents est plus favorable à l'hypothèse d'une hémorragie qu'à celle d'un ramollissement, différence qui n'importe pas, d'ailleurs, au point de vue qui nous occupe. Il n'existe aucune altération du fond de l'œil.

Le second cas concerne une femme de quatre-vingt-deux ans, entrée dans le service le 29 février 1904, offrant une hémianopsie gauche également typique, sans hémiplégie appréciable; le début a eu lieu douze jours avant l'admission à l'hôpital par un léger ictus, sans perte de connaissance, avec simple lourdeur des membres gauches. Il s'agit donc probablement d'un ramollissement du lobe pariétal par thrombose, très voisin de la surface cérébrale, d'une hémianopsie corticale.

Le troisième malade est un homme de trente-cinq ans, qui a fait un premier séjour dans le service, du 1er novembre 1904 au 21 janvier 1905, et qui y est rentré le 1er mars dernier. L'hémianopsie homonyme droite, d'ailleurs typique, s'accompagne d'une amblyopie générale très marquée, plus accusée à l'œil gauche, par œdème de la papille et névrite optique. L'affection a débuté, il y a trois ans, par des céphalées et des vomissements; l'évolution et les symptômes permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une tumeur cérébrale de la base, probablement d'un tubercule solitaire; l'hémianopsie doit être due à une lésion de la bandelette optique et classée comme hémianopsie basilaire. Le phénomène de Wernicke existe, c'est-à-dire que la réaction de la pupille à la lumière fait défaut dans l'éclairage latéral droit.

Suivant la règle ordinaire, aucun de ces patients ne s'était aperçu de son trouble visuel et ne se doutait des caractères particuliers de sa vision. Seul le troisième malade a constaté, depuis le mois de mars 1904, que sa vue baissait; mais il s'agissait de son amblyopie par lésions du nerf optique et de la rétine, et nullement de son hémianopsie. Il avait d'ailleurs remarqué que la vision de l'œil gauche était plus mauvaise que celle de l'œil droit, et il s'est montré très étonné lorsque les examens auxquels il a été soumis lui ont révélé qu'il ne distinguait pas les objets du champ droit, alors qu'il croyait voir mieux à sa droite qu'à sa gauche.

La seconde malade s'est si peu aperçue de son trouble visuel, que lors des examens répétés de sa vision auxquels je l'ai soumise, elle était très préoccupée de la crainte qu'on lui compromît la vue, la seule chose, répétait-elle sans cesse, qu'elle eût de parfaitement bonne!

La recherche des phosphènes provoqués par pression sur le globe de l'œil est restée négative dans les deux derniers cas, aussi bien d'ailleurs pour l'excitation de la demi-rétine voyante que pour celle de la demi-rétine aveugle; par contre, chez le premier patient, la même recherche s'est montrée positive; on obtenait les phosphènes, constamment avec la pression brusque des ongles ou avec la convexité d'un stylet recourbé, plus difficilement avec une pointe mousse, mais, fait capital, sans qu'on trouvât de différence entre les points du globe explorés, c'est-à-dire que l'examen donnait les mêmes résultats sur toute l'étendue des deux rétines.

Cette première donnée, insuffisamment précise par elle-même, était cependant assez inattendue pour engager à avoir recours à des investigations plus décisives. Les résultats ont dépassé mon attente; leur constance, par les divers moyens d'exploration mis en œuvre, permettent des conclusions positives, alors que la simplicité et la multiplicité de ces derniers excluent toute cause d'erreur.

Les diverses recherches que je vais exposer ont été faites au plus tôt deux mois après le début de l'affection, de sorte que je ne saurais dire si les résultats eussent été les mêmes à une époque plus rapprochée de ce début.

Les trois malades ayant été soumis aux mêmes modes d'investigation, je me contenterai de la description générale de ces derniers; il serait d'autant plus inutile d'en relever les détails pour chacun d'eux que les résultats ont été parfaitement identiques, à la seule différence que les réponses étaient nettes et précises chez les deux hémianopsiques dont le fond de l'œil était intact, alors que chez l'hémianopsique basilaire, avec lésions neuro-rétiniennes de stase, il y avait souvent des hésitations et des incertitudes, qui trouvaient leur base, et leur explication facile, dans les inégalités de répartition de ces lésions accessoires.

II

Les divers modes d'examen employés avaient tous pour objectif les champs visuels latéraux à l'exclusion du champ central, conservé comme il est de règle en pareil cas. A cet effet, l'observateur doit se placer en face du malade, lui donnant son doigt à fixer et s'assurant par l'observation attentive des yeux du sujet que ceux-ci ne font aucune excursion susceptible de fausser les résultats; on y arrive facilement après quelques exercices préliminaires. Le patient est amené dans les salles d'examen les yeux bandés, et de même on remet le bandeau toutes les fois qu'un préparatif quelconque est nécessaire.

Une première série d'observations démontre, par les réponses fournies à des questions appropriées, que le malade constate de la clarté dans ses deux champs latéraux, voire même qu'il les compare l'un à l'autre et qu'il est capable d'indiquer sans erreur celui des deux dans lequel l'éclairage est le plus intense, *qu'il s'agisse ou non du champ conservé*.

1° Le sujet est amené les yeux bandés dans une pièce éclairée par une seule fenêtre; on découvre les yeux après avoir placé la fenêtre dans son champ aveugle : il reconnaît quel est le côté de la pièce le plus éclairé, mais il n'aperçoit pas la fenêtre et ne peut pas dire comment entre la clarté. Les réponses sont d'ailleurs rapides, sans hésitation susceptible de faire penser qu'il base son jugement sur des causes accessoires, telles que des jeux d'ombre ou l'appréciation de la direction de la lumière dans le champ central.

2° Le patient est amené entre deux fenêtres

identiques, séparées par un trumeau de 1 m. 40 de large; il est placé à 1 m. 50 du mur, face au trumeau, de telle sorte que le champ central laisse très en dehors de lui les deux fenêtres et que chacune d'elles se trouve dans un champ latéral différent. A l'enlèvement du bandeau, le malade ne voit que la fenêtre placée dans son champ voyant, mais il se rend parfaitement compte qu'il existe aussi une « clarté » de l'autre côté; il les compare, et il les déclare, sans erreur, égales ou inégales, suivant que les deux fenêtres sont, en effet, également ou inégalement éclairantes, par le fait de la manœuvre préalable des stores.

Bien plus, si un aide avance lentement, dans le champ latéral aveugle, un écran parallèle à la fenêtre, dès que celui-ci commence à s'interposer entre la fenêtre, source de lumière, et les yeux du sujet, celui-ci reconnaît que la clarté diminue de ce côté, sans pouvoir se rendre compte de la cause de cette diminution.

Il est également capable de comparer le haut et le bas de ce champ latéral, et de dire, sans erreur, si la clarté prédomine en bas ou en haut, lorsqu'on produit des différences de cet ordre par la place donnée aux stores ou à l'écran. En pareil cas, il est cependant incapable de préciser le siège et la forme de la ligne de séparation des deux zones.

3° Dans une chambre noire rectangulaire, deux becs Auer, placés en arrière de la tête aux deux extrémités de la chambre, sont successivement allumés ensemble ou séparément; le malade apprécie, sans erreur, quand l'éclairage est égal des deux côtés ou quand il est à prédominance unilatérale et, dans ce cas, de quel côté existe cette prédominance. Plus simplement, un seul bec Auer est placé sur la ligne médiane derrière la tête, l'éclairage est déclaré égal des deux côtés; dès que la lampe est notablement déplacée de l'un ou de l'autre côté, le patient signale l'inégalité d'éclairage qui en résulte.

4° L'éclairage étant préalablement établi égal des deux côtés, par une lampe placée derrière la tête du sujet, on dirige latéralement un faisceau lumineux très faible sur la cornée, à l'aide d'un miroir plan d'ophtalmoscope placé à grande distance dans le champ aveugle. Dès que son reflet apparaît sur l'œil, le sujet déclare que la clarté devient plus grande de ce côté; l'égalité reparaît dès que la cornée cesse d'être éclairée. Il va de soi que le malade ne discerne pas le miroir et reste incapable d'indiquer la cause de cette recrudescence de clarté.

Le patient latéralisant le côté où la clarté s'accroît, il ne saurait être question d'action indirecte sur la demi-rétine saine par le fait de l'illumination des milieux oculaires, et il ne peut s'agir que de l'action directe sur la demi-rétine aveugle.

Ces divers moyens démontrent la persistance de sensations lumineuses très nettes, voire même de l'appréciation de différences très faibles; ils n'excluent pas cependant la possibilité d'une certaine diminution de l'acuité de cette perception. Des mesures précises permettraient seules de se prononcer sur ce point; elles seraient d'ailleurs assez délicates, car l'investigation devrait porter exclusivement sur les champs latéraux et n'appeler à son aide aucune épreuve comportant une distinction de formes, une fixation d'objet ou de ligne, double indication que ne remplit aucun des moyens proposés jusqu'à présent pour les mesures de photoptométrie.

La méthode que j'ai employée repose, tantôt sur la détermination de l'éclairage minimum perceptible par les parties externes des champs visuels, tantôt sur la plus petite différence de clarté entre les deux champs, perçue par le malade; elle utilise en somme simplement la comparaison de l'acuité des deux demi-rétines opposées pour la distinction du clair et de l'obscur. Convenablement réglée, elle serait susceptible de pousser assez loin la précision de cette mesure; réduite aux comparaisons sommaires que j'ai indiquées ci-dessus, elle suffit à démontrer que cette acuité est bien voisine de l'égalité entre le champ aveugle et le champ voyant; chez le premier de mes malades, l'acuité conservée dans le champ aveugle est telle que dans la chambre noire éclairée par un bec Auer, comme il est dit plus haut, il perçoit le supplément d'éclairage qui est fourni par la simple réflexion de la lumière sur la paume de la main employée comme miroir réflecteur.

III

Une seconde série d'observations, différentes des précédentes, démontre à son tour que les sensations lumineuses persistent dans le champ latéral aveugle jusqu'à ses extrêmes limites normales, nouvelle preuve indirecte que leur acuité est peu atteinte, puisque cette acuité décroît en quelque mesure du centre à la périphérie.

Placé au milieu d'une pièce éclairée, le patient est incapable d'apprécier l'étendue de cette pièce du côté du champ aveugle, mais il sait que la paroi n'est pas près de lui et qu'elle est à quelque distance, parce qu'il aperçoit une clarté de ce côté. D'autres expériences permettent de préciser davantage la présence et l'étendue de cette clarté latérale :

1° Le malade placé entre les deux fenêtres déjà décrites, fixant le visage d'un observateur exactement situé en face de lui, déclare que la clarté s'étend à peu près aussi loin de chaque côté de la tête qu'il regarde. La même expérience étant répétée avec un œil bandé, le sujet trouve que la clarté s'étend moins loin du côté de l'œil couvert, ce qui est le fait de l'inégalité normale des champs visuels, temporal et nasal; en lui faisant alors ouvrir l'œil fermé jusque-là, il constate que la clarté s'étend de ce côté et devient égale à celle de l'autre. L'expérience fournit les mêmes résultats *quel que soit l'œil que l'on fasse couvrir*, d'où il résulte d'abord que le malade compare avec exactitude l'étendue des deux champs temporal et nasal d'un même œil, bien que l'un d'eux soit aveugle pour les formes; ensuite que l'adjonction du champ temporal du second œil étend le champ visuel, même quand ce champ temporal est celui du côté hémianopsique; double constatation qui établit également l'indépendance des sensations de clair et d'obscur et des perceptions de forme.

2° Dans la chambre noire, une bougie entourée d'un écran demi-circulaire, qui supprime tout éclairage général du local, est amenée lentement d'arrière en avant dans le champ latéral aveugle, de telle sorte qu'elle n'éclaire que latéralement la tête du patient; dès que la lumière arrive sur la cornée, celui-ci déclare qu'une clarté apparaît de ce côté. L'exactitude de la latéralisation démontre, ici encore, qu'il ne s'agit pas d'une illumination par diffusion ou par réflexion de la demi-rétine voyante.

Les trois malades perçoivent de la clarté dans leur champ aveugle, mais ils ne lui attribuent aucune couleur; si on les presse, ils déclarent, l'un qu'elle est un peu grise, l'autre qu'elle est « entre jour et nuit ». Il est facile de se rendre compte que cette absence de perception des couleurs est absolue, en utilisant encore la comparaison par le sujet lui-même de ses deux champs latéraux.

Placé devant le trumeau entre deux fenêtres, dont chacune peut être masquée à volonté par une plaque de verre de couleur, le patient reconnaît la couleur dans le champ voyant, et ne s'aperçoit de l'autre côté que de la diminution de l'éclairage qui résulte de l'interposition des verres. J'ai constaté ainsi l'absence de toute perception du rouge, du bleu et du vert, les seuls éclairages colorés que j'aie expérimentés.

De même, dans la chambre noire, une lampe électrique de couleur rouge ou bleue étant placée en arrière et au-dessus de la tête, le malade déclare, d'une part, que l'éclairage est égal des deux côtés, d'autre part, que d'un côté il est rouge (ou bleu), de l'autre qu'il est incolore.

Cette dernière investigation confirme la donnée classique de l'achromatopsie des hémianopsiques, mais sous une forme qui n'avait pas, que je sache, été employée jusqu'ici; elle montre que cette achromatopsie ne résulte pas simplement de la non-vision des objets supports des couleurs, mais qu'elle existe également pour les lumières colorées diffuses, bien que, néanmoins, celles-ci provoquent encore une sensation lumineuse brute, d'intensité à peu près égale à celle qu'elles fournissent sur la demi-rétine voyante.

IV

Les trois malades sur lesquels j'ai constaté cette dissociation des sensations lumineuses et des perceptions de forme sont les seuls cas d'hémianopsie homonyme que j'aie eu l'occasion d'examiner depuis que mon attention est attirée sur ce point. Les observations ultérieures permettront seules de dire si le fait est habituel, éventuellement s'il est constant, ou, à défaut, quel est son degré de fréquence.

Cette dissociation se retrouve de la même manière dans les scotomes dits négatifs, caractéristique habituelle des névrites optiques partielles, en opposition avec les scotomes positifs des lésions de la rétine, de la choroïde ou des milieux transparents. L'hémianopsie homonyme n'est, en somme, qu'un scotome négatif spécial, passant inaperçu du patient, comme il est de règle pour tous les scotomes négatifs.

La persistance des sensations lumineuses me paraît être la véritable raison pour laquelle ces malades ne s'aperçoivent pas d'eux-mêmes de leur trouble visuel. La mobilité des yeux et de la tête supplée, grâce à la conservation du champ central, à la perte des formes. L'explication de ce fait, généralement acceptée, qui a été donnée par M. le professeur Dufour (de Lausanne) (1), basée sur la distinction de la vision nulle (*Nichtssehen*) et de la vision sombre (*Dunkel-* ou *Schwarzsehen*), n'est applicable, d'après son auteur lui-même, qu'aux hémianopsies par destruction de la sphère visuelle corticale, seules capables de supprimer à la fois la vision et le besoin de vision. Elle pourra être conservée pour ces dernières, si les recherches ultérieures arrivent à démontrer la perte des sensations lumineuses en pareil cas.

La conservation des sensations lumineuses, c'est-à-dire de la perception brute des degrés du clair et de l'obscur, avec perte de la perception des formes, n'a rien qui puisse étonner au point de vue physiologique général; d'une part, des dissociations analogues s'observent dans le domaine de la sensibilité tactile; d'autre part, on accorde bien à la rétine, à titre de fonctions distinctes, la sensation du clair et de l'obscur, celle des couleurs et la perception des formes. Chacune a donné lieu à des méthodes spéciales de mesure, désignées sous les noms respectifs de photoptométrie, de chromatoptométrie et d'eidoptométrie; on connaît bien la perte isolée des sensations de couleur, il est donc facile de comprendre et d'admettre que ces trois fonctions ne présentent pas la même résistance aux causes pathogènes : la sensation de couleur est la plus fragile, celle de forme vient ensuite, et celle de lumière brute est la plus difficile à détruire.

Dans l'hémianopsie homonyme, on distinguait déjà comme degrés successifs d'intensité : l'hémiamblyopie, l'hémiachromatopsie et l'hémianopsie dite absolue, les deux premières infiniment plus rares d'ailleurs que la troisième; il y

(1) Dufour. Sur la vision nulle dans l'hémiopie. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1889, p. 445 et *Semaine Médicale*, 1889, p. 181.)

aura simplement lieu à l'avenir de dissocier l'hémianopsie dite absolue en deux degrés, suivant que les sensations de lumière brute seront conservées ou abolies. Si les observations ultérieures démontrent, ce que je considère comme possible et même comme vraisemblable, que ces sensations ne sont jamais abolies en pareille occurrence, du moins est-il probable qu'on rencontrera des faits plus ou moins nombreux où elles auront subi un très grand affaiblissement, et ces cas mériteront de constituer seuls le degré le plus élevé de l'affection.

V

Une interprétation définitive de ce phénomène ne sera possible que lorsque des recherches auront été faites systématiquement sur un nombre de malades suffisamment élevé; en attendant, on ne saurait qu'émettre des hypothèses plus ou moins plausibles, utiles cependant pour diriger ou pour inspirer les recherches ultérieures.

Une première explication possible serait d'admettre des centres différents pour les trois ordres de sensations; on sait que M. Wilbrand a déjà proposé cette explication pour la dissociation des hémi-achromatopsies et des hémianopsies absolues. On pourrait aller jusqu'à placer le centre des sensations brutes de lumière dans les ganglions du mésocéphale; mais le fait que ces sensations persistent dans les hémianopsies basilaires, comme dans celles qui ont un siège plus élevé, va à l'encontre de cette hypothèse.

Une seconde explication, plus simple et plus vraisemblable, serait d'attribuer la dissociation des trois grandes fonctions rétiniennes au degré d'intensité des lésions destructives; le fait que leur ordre de disparition est constant — couleurs d'abord, formes ensuite et lumière en dernier lieu — serait en faveur de cette manière de voir. Il appartiendra à la méthode anatomo-clinique de prononcer sur ce point; dès à présent, cependant, on peut objecter à cette hypothèse que les hémianopsiques ne s'aperçoivent jamais spontanément de leur défaut visuel : cette particularité me paraît démontrer, jusqu'à preuve du contraire, que les lésions unilatérales les plus profondes ne sauraient réaliser la suppression complète des sensations lumineuses, ce que cette interprétation serait incapable d'expliquer.

Reste, sans compter celles qui ont pu m'échapper, une troisième explication, encore hypothétique assurément, mais qui me semble très séduisante : l'existence dans la demi-rétine aveugle de fibres émanées des voies optiques du même côté, la mettant en relation avec les centres visuels de l'hémisphère sain, fibres trop peu nombreuses pour permettre les perceptions de couleur et de forme, mais permettant encore celles de lumière simple. L'existence de *fibres homolatérales sensorielles* ne serait en soi pas plus étonnante que celle des fibres homolatérales motrices qui sont bien démontrées et universellement admises. Je dois ajouter que cette hypothèse m'a été suggérée par mon collègue à la Faculté de médecine de Lyon, M. le professeur Morat, au cours d'une conversation dans laquelle, après que je lui eus exposé les faits d'observation qui font la base de ce travail, nous examinions ensemble les interprétations acceptables.

Cette manière de voir a contre elle la conception classique actuelle des voies optiques, qui explique l'orientation visuelle dans l'espace par le choix de l'hémisphère touché, chacun étant en correspondance avec les deux-demi rétines de même nom, c'est-à-dire avec un seul champ visuel latéral. Les sensations lumineuses perçues par la demi-rétine aveugle étant en même temps localisées dans l'espace du côté voulu, si on les attribue à des fibres conductrices homolatérales et à l'hémisphère situé du côté où elles sont perçues, il faut reconnaître du même coup à chaque hémisphère la possibilité de distinguer les sensations qui lui arrivent des deux côtés opposés de l'espace.

L'observation des hémianopsies doubles permettra sans doute de trancher la question. Si la persistance des sensations lumineuses est véritablement le fait de l'existence de fibres homolatérales sensorielles, elle devra disparaître dans les deux champs par la survenance d'une seconde hémianopsie de nom contraire à la première. Il semble bien que c'est ainsi que les choses se passent, puisque, s'il est de règle que les hémianopsiques ne s'aperçoivent pas de leur trouble visuel ou du moins ne se rendent pas compte de sa nature, il est également de règle que les doubles hémianopsies créent une cécité presque complète, dans laquelle survit uniquement un champ central très réduit en étendue et en acuité. Toutefois, les observations d'hémianopsies doubles que j'ai pu lire ne sont pas assez explicites pour permettre encore des conclusions fermes; la perte des perceptions de forme est bien indiquée, l'impossibilité de se conduire est nettement affirmée, mais l'état des sensations lumineuses brutes n'est pas précisé comme il le faudrait pour ne laisser place à aucun doute.

Les observations ultérieures pourront seules fixer le choix à faire entre les deux interprétations en présence; si la première l'emporte, la recherche du degré de persistance des sensations lumineuses, dans les divers cas particuliers, servira en clinique à préciser l'étendue ou la profondeur et éventuellement la marche extensive des lésions; si c'est au contraire la deuxième, cette recherche ne prendra qu'une importance clinique secondaire, mais en revanche il y aura lieu d'asseoir sur de nouvelles bases les liaisons que les voies conductrices optiques établissent entre la rétine et les centres visuels corticaux; il faudra notamment accepter des explications nouvelles pour la projection spatiale des images visuelles.

Dr L. Bard,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Genève.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

La gastrostomie dans certaines formes de péritonite, par M. Jaboulay.

Dans les péritonites, à côté des manifestations septicémiques, toxiques, qui sont justiciables des injections de sérum et autres moyens analogues, il faut faire une place aux accidents d'ordre mécanique et, parmi eux, à ceux qui résultent de la distension de l'estomac, notamment les vomissements, la gêne de la respiration et de la circulation, etc. C'est pour lutter contre eux que M. Jaboulay préconise la gastrostomie, opération qu'il a eu l'occasion de pratiquer, dans un cas de ce genre, avec un plein succès.

Il s'agit d'un jeune homme de quinze ans, chez lequel l'auteur dut intervenir pour des accidents d'obstruction intestinale. Les anses d'intestin situées au-dessus de l'obstacle étant surdistendues, M. Jaboulay commença par faire une entérotomie qui permit d'évacuer, par expressions successives, une notable portion du contenu intestinal, puis il établit une entéro-anastomose.

Cette intervention, contrairement à ce qu'on pouvait espérer, n'amena aucune amélioration; bientôt même une aggravation parut se dessiner et des vomissements — signe qui jusque-là avait fait défaut — apparurent; il s'agissait évidemment d'une péritonite. La situation étant telle qu'une guérison semblait impossible par les moyens ordinaires, l'auteur eut l'idée de débarrasser l'intestin de son contenu en établissant une ouverture temporaire de la poche gastrique, où les matières étaient refoulées par les contractions intestinales.

Sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle, une gastrostomie fut donc pratiquée. On attira au dehors 5 centimètres environ de paroi stomacale, de façon à pouvoir la couder sur une des lèvres de la plaie cutanée. Une sonde en caoutchouc d'un centimètre de diamètre fut alors introduite dans une boutonnière faite à la muqueuse gastrique, préalablement décollée d'avec les couches sous-jacentes, et fixée dans cet orifice par un fil perforant; puis la partie libre du tube fut ramenée sur le côté droit de l'abdomen, afin de couder l'estomac et d'extérioriser une partie de ce viscère, qui pût ensuite être comprimée. Un long tube de caoutchouc faisant siphon prolongeait la sonde jusqu'à un réservoir placé hors du lit.

Immédiatement après l'incision de l'estomac, des gaz s'en échappèrent, bientôt suivis de l'évacuation d'un litre environ de liquide bilieux; les vomissements dès lors ne se reproduisirent plus. Le drainage fut prolongé cinq jours, au bout desquels, la guérison étant assurée, on put retirer la sonde et fermer l'orifice de la muqueuse gastrique par une suture en bourse, avec suture consécutive des couches musculo-séreuses. La guérison fut obtenue très simplement.

Il est à remarquer que, pendant la période de drainage stomacal, le malade put être alimenté par les voies naturelles, sans que les aliments refluassent par la sonde : on avait soin, au moment des repas, de supprimer l'aspiration en plaçant une pince à pression sur le tube-siphon.

Pour M. Jaboulay, la gastrostomie n'est d'ailleurs nullement destinée à supplanter l'entérotomie dans le traitement des péritonites : mais cette dernière intervention ne convient, à son avis, qu'aux cas où existe une forte distension abdominale *sans vomissements porracés*, où le péritonisme, l'iléus paralytique jouent le rôle capital, tandis que la gastrostomie s'adresse aux formes où les régurgitations occupent le premier plan et nécessitent une thérapeutique immédiate. (*Lyon méd.*, 12 mars 1905.) — F. F.

La migraine commune, syndrome bulbo-protubérantiel à étiologie variable, par M. Leopold Lévi.

Les diverses théories pathogéniques qui ont été émises à propos de la migraine commune (théorie du grand sympathique, de la névralgie du trijumeau) expliquent bien l'hémicrânie, mais sont insuffisantes à rendre compte des symptômes associés à la migraine, de ses équivalents, de ses substitutions, phénomènes multiples qui affectent les appareils les plus divers : vomissements, vertige, ptyalisme, polyurie, troubles oculaires, auriculaires, vasomoteurs. Ces diverses manifestations morbides ne sauraient en effet être considérées comme d'origine périphérique, elles ont incontestablement pour siège la région bulbo-protubérantielle. On ne peut dès lors comprendre l'association de cet ensemble symptomatique avec la migraine que si l'on attribue la même origine à l'hémicrânie, si l'on admet, par exemple, que, au niveau du plancher du quatrième ventricule, existe un « centre de l'hémicrânie » d'où partent des irradiations allant se propager aux noyaux du glossopharyngien, du pneumogastrique, au noyau de Deiters, aux centres vasomoteur, urinaire, oculaire, etc., qui tous affectent, dans la région précitée, d'étroits rapports de voisinage.

Reste à déterminer où se trouve ce centre de l'hémicrânie; à cet égard, l'auteur émet l'hypothèse que, dans le relai sensitif du trijumeau, sur le plancher du quatrième ventricule, se trouve un territoire limité correspondant aux filets sensitifs méningés, et c'est ce territoire qui, par une sorte d'adaptation pathologique, deviendrait le *primum movens* de l'accès migraineux.

Etant admise cette localisation bulbo-protubérantielle du centre de l'hémicrânie, élément fondamental de l'individualité de l'affection, il est facile de concevoir que les causes les plus diverses, en agissant sur ce centre, puissent faire apparaître la migraine. Parmi elles, M. Lévi cite en premier lieu la prédisposition;

celle-ci représente déjà la migraine, mais virtuelle, en puissance, pourrait-on dire, et d'autres facteurs sont nécessaires à l'éclosion de la maladie. Que si cependant cette prédisposition est *maxima*, la cause la plus banale suffira pour déclancher l'accès, comme on le voit chez les grands migraineux héréditaires. Mais souvent il faut une cause vraiment efficiente pour aboutir au même résultat, et comme telle on peut citer une auto-intoxication se traduisant par l'uricémie (goutte), une diathèse d'auto-infection (cholémie), un trouble de fonctionnement de l'appareil ovarien (migraine ovarienne), etc.

Cette théorie permet donc de comprendre à la fois la variabilité symptomatique et la diversité étiologique de la maladie. Elle explique également que, dans les cas où la cause productrice de l'accès est réellement déterminante, cette cause, à un moment donné, puisse devenir moins agissante — et alors l'affection guérit — ou se manifester sur d'autres régions du corps, ce qui fournit l'explication des équivalents de la migraine, par déviation de l'élément causal ou manifestation diathésique. (*Rev. neurol.*, 15 février 1905.) — F. F.

Du mécanisme des rotations intrapelviennes de la tête (théorie du plan lombo-iliaque), par M. P. Trillat.

De nombreuses théories ont été imaginées pour expliquer les rotations intrapelviennes de la tête fœtale. La plupart, cependant, ne tiennent pas compte des parties molles du grand bassin. C'est ce qui a conduit M. A. Pollosson à imaginer une théorie mécanique nouvelle, qui se trouve exposée dans la thèse inaugurale de M. Trillat.

Quand on examine l'intérieur du grand bassin, garni de ses parties molles, on constate qu'il présente, de sa paroi postérieure à sa paroi antérieure, un plan incliné manifeste — plan lombo-abdominal —, formé de chaque côté par les muscles psoas et iliaque. Ce plan est dirigé obliquement de haut en bas, d'arrière en avant et de dedans en dehors, de la colonne vertébrale lombaire à l'arcade de Fallope.

Pendant la grossesse, on admet que la saillie arrondie du promontoire empêche le dos, également arrondi, de se localiser directement en arrière : le plan postérieur du fœtus va donc se loger soit à droite, soit à gauche et, le fait est aujourd'hui démontré, il entraîne la tête dans une position correspondante. Si l'on considère maintenant un fœtus dont le dos a été ainsi déjeté de côté — par exemple, en occipito-iliaque gauche postérieure —, on voit que son épaule postérieure repose sur la partie postérieure la plus élevée de ce plan lombo-abdominal (du côté gauche, en l'espèce). Au fur et à mesure que l'utérus se contracte et que le fœtus s'abaisse, cette épaule glisse le long du plan incliné qui la dirige, selon sa propre direction, en avant et en dehors. Ce mouvement de l'épaule postérieure aura pour corollaire forcé de faire tourner le dos en avant, et cette rotation du dos, à son tour, produira la rotation du sommet qui, de postérieur, deviendra peu à peu antérieur.

La même explication est recevable pour la rotation du menton dans les présentations de la face, avec cette différence que, la poitrine étant sur le même plan vertical que le menton, l'épaule postérieure commence à glisser en prenant appui sur le plan lombo-abdominal homologue par rapport au menton fœtal. (*Thèse de Lyon*, 1904.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Pemphigus iodé avec participation de la muqueuse stomacale, par M. R. Polland.

Les éruptions occasionnées par l'usage interne des préparations iodées sont, comme on le sait, des plus variables, se manifestant tantôt sous la forme érythémateuse, ortiée ou eczémateuse, tantôt sous l'aspect d'efflorescences rappelant l'acné ou le pemphigus, etc. En dehors de ces exanthèmes, M. Neumann a observé un fait qui se distinguait non seulement par le caractère particulier de l'éruption cutanée, laquelle se rapprochait de la *dermatite tubéreuse*, mais encore par la présence d'un énanthème et d'ulcérations sur la muqueuse gastrique. Ce cas paraissait jusqu'à présent unique en son genre, lorsque, tout dernièrement, M. Polland fut appelé à soigner un malade offrant la même localisation du processus morbide.

Il s'agissait d'un homme âgé de cinquante-cinq ans, chez lequel on vit survenir, au cours d'une néphrite chronique avec œdèmes, urémie et dégénérescence du myocarde, une éruption pemphigoïde hémorrhagique siégeant sur l'une des mains, sur les paupières, les lèvres, la langue et les gencives. Quelque temps avant l'apparition de cet exanthème, le patient avait pris, pendant dix jours, de l'iodure de sodium à la dose quotidienne de 1 gramme. Les phénomènes urémiques s'aggravant de plus en plus (vomissements fréquents d'un liquide acide et ayant une odeur urineuse, anurie, convulsions, coma), le malade ne tarda pas à succomber, et à l'autopsie on trouva, sur la muqueuse stomacale épaissie et tuméfiée, de nombreuses infiltrations jaunâtres, exulcérées et recouvertes d'un dépôt gris; au niveau du pylore, il existait une grosse ulcération, dont la base, fortement infiltrée, formait une tumeur et rétrécissait visiblement l'orifice pylorique. On constatait, en outre, nombre de petites efflorescences, nodulaires ou vésiculaires, ayant le volume d'une lentille et qui, par leur évolution ultérieure, devaient évidemment se transformer en ulcérations analogues à celles que nous venons de signaler.

Fait à remarquer, lors de la nécropsie, on fut à même de déceler la présence d'iode dans l'urine, et cela bien que la date de la dernière absorption d'iodure de sodium remontât à douze jours.

Il va sans dire que la lésion rénale, et notamment l'état urémique, a joué un rôle très important dans la pathogénie de cette forme, aussi rare que grave, de l'éruption iodée, et à cet égard il convient de rappeler que le malade de M. Neumann était également un néphritique, arrivé à la période terminale de son affection. La néphrite intervient ici de deux façons : d'une part, elle ralentit considérablement l'élimination de l'iode par les reins et favorise de la sorte la formation de combinaisons iodées plus ou moins irritantes, d'autant plus préjudiciables qu'elles restent plus longtemps dans l'organisme; d'autre part, les œdèmes cutanés consécutifs aux altérations rénales et cardiaques ont pour effet de laisser séjourner, dans les parties œdématiées, de la sérosité contenant de l'iode, qui peut déterminer des lésions cutanées; c'est ainsi que, chez le malade de M. Polland, l'éruption avait apparu en premier lieu et était particulièrement marquée sur les paupières, siège de prédilection de l'œdème néphritique.

Pour ce qui est de la localisation gastrique du processus morbide, l'auteur serait porté à admettre l'opinion de M. Biélogolovy, qui fait jouer, dans la pathogénie de l'iodisme en général, un rôle important aux nitrites — que l'on trouve dans le contenu stomacal de certains malades —, ces sels provoquant le dédoublement des préparations iodées avec mise en liberté de l'iode. Cette réaction chimique nécessitant un milieu acide, c'est surtout dans les cas d'hyperacidité gastrique que l'on voit survenir les phénomènes d'iodisme. Les matières vomies par le patient de M. Polland ayant précisément présenté ce caractère acide, l'auteur estime que le mécanisme invoqué par M. Biélogolovy doit également être admis dans le fait en question et que l'action de l'iode à l'état naissant s'était ici manifestée d'une manière particulièrement intense au niveau même de l'estomac, celui-ci servant en quelque sorte de cornue pour les phénomènes chimiques susmentionnés.

Quoi qu'il en soit, M. Polland est d'avis que, dans les cas d'hyperacidité gastrique, il convient de n'user de la médication iodée qu'avec beaucoup de circonspection, en s'appliquant autant que possible à neutraliser l'hyperacidité afin d'éviter une intoxication. D'autre part, il importe également de s'abstenir de l'emploi des préparations iodées dans les affections rénales, notamment quand il existe des symptômes urémiques. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 mars 1905.) — L. CH.

Contribution à l'étude de la trépanation dans la méningite, par M. G. Hirschel.

L'auteur rappelle d'abord que, durant les sept dernières années, une seule trépanation avait été pratiquée, à la clinique chirurgicale de Heidelberg : il s'agissait d'un homme de soixante-deux ans, qui avait depuis onze ans un empyème des sinus frontaux; dans les derniers jours, le sinus gauche avait été trépané, puis le droit; enfin, la température restant élevée, et la stupeur s'aggravant, on ouvrit le crâne au niveau du lobe frontal droit, et l'on trouva une méningite suppurée diffuse. La mort eut lieu le lendemain.

L'autre cas, plus récent, rapporté par M. Hirschel, s'est finalement jugé par le même résultat, mais les conditions étiologiques de la méningite, sa localisation, les suites immédiates de la trépanation sont d'un réel intérêt.

Un jeune garçon de dix-sept ans se heurte violemment l'œil gauche à l'angle d'une porte : il n'y a pas de plaie, seulement une légère tuméfaction; dans les jours qui suivent, le blessé se plaint de céphalée et vomit à plusieurs reprises, accidents, d'ailleurs, assez passagers pour qu'il puisse retourner au collège. Vers le quatorzième jour, la température monte brusquement, et l'on voit apparaître, autour de l'œil gauche, un érysipèle, qui s'étend sur le dos du nez et la tempe. Quelques jours après, l'état cérébral devient inquiétant : le malade est dans la stupeur, il crie sans motifs, il a de l'incontinence d'urine; bientôt le bras droit se paralyse, alors que le bras gauche est agité de mouvements de défense; puis les deux membres du côté droit sont atteints de paralysie spasmodique; du même côté, tous les réflexes sont exagérés. La température est de 38°, le pouls à 120. Les pupilles sont de dimension moyenne, à droite et à gauche, et réagissent bien à la lumière; le fond de l'œil est normal; il n'y a pas de paralysie des nerfs crâniens. Une ponction rachidienne ne révèle aucune hypertension du liquide céphalo-rachidien, qui est clair et contient seulement un peu plus d'éléments figurés que d'ordinaire.

On porte le diagnostic d'abcès du cerveau, sous-cortical, dans la zone motrice gauche, probablement avec méningite suppurée locale.

Le lendemain, la température monte à 39°2, la respiration devient stertoreuse. Une ponction des méninges et du cerveau est pratiquée par M. Czerny à l'aide d'un petit perforateur de 3 millimètres et d'une seringue armée d'une longue aiguille; la ponction est faite à la hauteur du sillon de Rolando : dans le cerveau, elle est négative; mais, dès que l'aiguille est ramenée dans l'espace sous-méningé, on peut aspirer 20 c.c. d'une sérosité sanglante, puis 10 c.c. encore d'un liquide séreux plus trouble. L'intervention n'est suivie d'aucun résultat. On renouvelle la ponction le jour suivant, et l'on retire encore 30 c.c. d'un liquide trouble, un peu teinté de sang. On conclut, dès lors, à la présence d'un épanchement circonscrit, et l'on trépane, à ce niveau, en traçant une couronne du diamètre d'une pièce de deux marcs. La dure-mère est tendue, elle ne bat pas : on l'ouvre; il s'écoule environ 60 c.c. d'un pus jaune, épais; le cerveau ne saille pas, il est à 3 centimètres de la lame vitrée, recouvert d'un enduit purulent. Un drain est laissé dans l'orifice. Avec le pus qui vient d'être extrait, comme avec le liquide des deux ponctions antérieures, on obtient des cultures pures de streptocoques.

Cette trépanation est suivie d'une sédation notable des accidents, la température tombe à 37°5, bien que le pouls reste à 150; la paralysie des membres droits s'atténue, l'obnubilation cède en partie. Mais ce mieux relatif dure peu : deux jours après, la fièvre s'élève de nouveau (39°5), la stupeur reparaît, et le malade ne tarde pas à succomber. A l'autopsie, on découvre une thrombose étendue du sinus longitudinal supérieur; cette thrombose se poursuit dans les veines pie-mériennes et céré-

brales de l'hémisphère droit sur une petite étendue, et surtout de l'hémisphère gauche, au niveau des lobes frontal et pariétal : dans toute cette zone, le cerveau est déprimé et tapissé d'un exsudat purulent; la méningite purulente occupe une surface de la largeur de la paume de la main, tout à fait circonscrite; il n'y a pas d'abcès du cerveau, mais les veines thrombosées se prolongent dans la substance corticale, entourées de petites taches hémorrhagiques et de quelques foyers de ramollissement.

Ces lésions phlébitiques ne laissaient aucune chance de guérison. Le fait n'en est pas moins intéressant, l'absence de convulsions, la localisation de la paralysie aux deux membres droits, sans que la face y participât, ayant permis de conclure à un processus de suppuration circonscrite : on avait cru à un abcès du cerveau; il s'agissait, en réalité, d'une méningite suppurée, non diffuse, et compliquée de thrombose étendue. Peut-être, ajoute l'auteur — après avoir relaté les quelques tentatives de traitement opératoire de la méningite, jusqu'ici publiées, et, en somme, peu encourageantes —, peut-être une trépanation plus large et une détersion plus complète du foyer eussent-elles été suivies d'un résultat meilleur. Peut-être, pourrait-on dire encore, une intervention immédiate, dès la paralysie constatée, eût-elle été plus heureuse; mais ce ne sont là que des hypothèses, et, pour le moment, il convient d'enregistrer les faits de ce genre, en attendant mieux. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 2.) — L.

Quelques mots sur le redressement spontané de l'utérus dans les rétrodéviations mobiles, par M. L. Kleinwächter.

Il est assez commun de voir un utérus rétrodévié et adhérent reprendre une situation normale, pour peu que les exsudats qui le maintenaient se résorbent suffisamment tôt. Par contre, on semble presque ignorer que pareille cure spontanée peut se produire au cas de rétrodéviation mobile. Le fait n'est pourtant pas très rare, puisque, sur 376 patientes de ce genre, M. Kleinwächter l'a constaté 51 fois.

Chez certaines malades la guérison fut en quelque sorte accidentelle : c'est ainsi que dans 8 cas le redressement s'opéra grâce au développement d'un myome. Le mécanisme du redressement est sans doute ici le même que dans les rétrodéviations de l'utérus gravide : l'organe devenu trop gros pour se loger dans le petit bassin finit par remonter vers le grand bassin. Dans un autre fait ce fut un kyste ovarien qui, en se développant en arrière de l'utérus, refoula ce dernier en avant. Chez une dixième patiente, enfin, le redressement s'opéra spontanément, à la suite d'une amputation du col.

Parmi les malades restantes 4 présentaient un utérus infantile. En ce qui concerne 3 d'entre elles, on en est réduit aux hypothèses pour expliquer la guérison. Chez la quatrième, il semble que ce fut la grossesse qui fit disparaître la déviation, en favorisant la complète maturation et même un certain degré d'hypertrophie de l'organe ou des faisceaux musculaires de ses ligaments. Cette explication paraît d'autant plus plausible que chez 5 autres femmes, qui n'étaient pourtant pas atteintes d'infantilisme, la grossesse sembla jouer le même rôle curateur. On peut rapprocher des faits précédents 4 cas de rétrodéviation mobile chez des nourrices présentant une atrophie utérine de lactation ; la déviation disparut peu de temps après le sevrage, grâce sans doute à la disparition de l'atrophie.

Si le développement insuffisant de l'organe explique souvent la rétrodéviation utérine, celle-ci est due quelquefois, au contraire, au volume exagéré de la matrice : tel fut le cas chez une grande multipare dont l'utérus avait subi une involution incomplète; celle-ci s'étant parachevée avec le temps, la malade guérit.

Au point de vue de l'âge, le plus grand nombre des patientes de M. Kleinwächter avaient de vingt-cinq à vingt-neuf ans ; cet âge étant celui où la musculature utérine atteint son maximum de développement, il est probable que c'est surtout à cette cause qu'il faut attribuer le retour spontané de l'utérus à sa position normale. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 1.) — R. DE B.

Malformations microgyriques circonscrites de la surface cérébrale et leurs rapports avec la porencéphalie, par M. M. Oeconomakis.

Depuis que Heschl a attiré l'attention sur la microgyrie, celle-ci a été maintes fois signalée soit seule, soit associée à la porencéphalie. Mais, en parcourant les observations qui s'y rapportent, M. Oeconomakis n'en a pas trouvé une seule — sauf, peut-être, lorsqu'il y avait coexistence de porencéphalie — où la microgyrie existât en tant que lésion circonscrite, nettement délimitée et localisée : alors même qu'elle est peu étendue, elle est loin de paraître franchement isolée, la transition entre les circonvolutions normalement développées et la malformation microgyrique se faisant d'une manière progressive et sans qu'il y ait entre les deux une frontière nettement tracée. Or, l'auteur a eu l'occasion d'observer 2 cas où la microgyrie se présentait sous la forme d'un lobule parfaitement délimité de tous les côtés et occupait la partie de la convexité cérébrale (hémisphère droit) que l'on considère habituellement comme le siège de prédilection des lésions porencéphaliques typiques. Chez l'un des malades en question, la petite masse microgyrique était en rapport avec une altération porencéphalique formée aux dépens des circonvolutions frontale inférieure et temporale supérieure. Dans le voisinage de ces deux lésions, les circonvolutions offraient la « disposition radiaire » qui constitue, comme on le sait, une des particularités propres à la porencéphalie, la cavité porencéphalique étant comme un centre d'attraction pour les circonvolutions qui l'avoisinent. Fait curieux, chez le second patient, cette même disposition radiaire était on ne peut mieux accentuée — les circonvolutions de toute la convexité cérébrale convergeant vers le lobule microgyrique, situé au milieu de cette convexité —, bien que toute altération porencéphalique fît défaut; on était donc en présence du type radiaire des circonvolutions *sans porencéphalie*, la malformation consistant simplement en une microgyrie circonscrite.

En se basant sur ces constatations, M. Oeconomakis serait porté à croire que la microgyrie et la porencéphalie peuvent être les résultats de l'action d'une seule et même influence morbide et qu'elles représentent probablement deux stades différents d'un processus morbide (d'origine artérielle) commun à l'une et à l'autre.

L'auteur insiste également sur ce fait qu'en cas de destruction pathologique d'une partie d'un hémisphère pendant le développement fœtal, un rôle compensateur peut être dévolu à l'hémisphère sain dont les éléments s'hypertrophient de manière à assurer une certaine suppléance fonctionnelle. Le *tænia pontis* de Henle, qui doit être envisagé comme un faisceau pédonculaire aberrant, est susceptible de subir une hypertrophie compensatrice et de se substituer à la pyramide atrophiée pour assurer la motilité dans la moitié homolatérale du corps. Ce qui montre bien que cette hypertrophie donne réellement lieu à la compensation fonctionnelle en question, c'est l'état des fibres arciformes externes antérieures, tel que M. Oeconomakis l'a vu en pareille occurrence : l'hypertrophie portait précisément sur la portion de ces fibres qui, d'après les recherches de M. Mingazzini, sert aux associations homolatérales, de sorte que, après avoir assuré la motilité, le processus hypertrophique dont il s'agit aboutissait également à réaliser la coordination nécessaire. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIX, 2.) — L. CH.

De la paralysie simultanée du facial et de l'hypoglosse dans l'accouchement spontané, par M. A. Stein.

L'observation relatée par M. Stein nous paraît intéressante autant par son extrême rareté que par celle du mécanisme pouvant l'expliquer.

Une femme de vingt et un ans, rachitique, mais dont le bassin était peu rétréci — son diamètre conjugué vrai mesurait 9 centim. 1/2 —, accoucha spontanément, après vingt-deux heures environ de travail, d'un enfant de 2,500 grammes dont la tête, aussitôt après la naissance, ne présentait aucune déformation plastique notable. Par contre, au niveau de la région mastoïdienne gauche, existait une petite tumeur du volume d'une cerise, de consistance pâteuse. De plus, on constatait tous les symptômes d'une paralysie périphérique du facial gauche, en même temps qu'une paralysie de l'hypoglosse du même côté. Au bout de huit jours, la tuméfaction avait disparu ainsi que la paralysie faciale; celle de l'hypoglosse était atténuée; elle persista encore durant une semaine.

Les paralysies faciales constatées à la suite d'un accouchement sont en général dues à la compression de la région stylo-mastoïdienne par le bassin rétréci, par une exostose ou par la face postérieure d'un cartilage symphysien trop saillant. Or, aucune de ces trois causes ne pouvait s'appliquer au cas précédent, puisque le bassin semblait régulièrement rétréci et que la tête fœtale n'avait offert aucune déformation plastique. De plus, l'hématome stylo-mastoïdien ne siégeait pas sur la partie antérieure (côté droit), mais sur la partie postérieure (côté gauche) de la face; la symphyse n'y était donc pour rien. Aussi M. Stein pense-t-il qu'il faut invoquer ici, pour expliquer la paralysie faciale, la compression de la moitié gauche de la face contre la branche du pubis pendant l'expulsion. Toutefois, cette hypothèse n'est pas applicable à l'hypoglosse, dont la situation ne correspondait pas au petit hématome. On peut alors supposer que cette dernière paralysie était due à un épanchement sanguin intracrânien, accident commun dans les accouchements laborieux. La différence d'origine expliquerait la différence de durée des deux paralysies. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 mars 1905.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les injections d'alcool contre les névralgies du trijumeau.

Depuis que MM. Pitres et Verger ont introduit dans la thérapeutique de la névralgie faciale l'injection *loco dolenti* de 1 c.c. d'alcool à 60°, de nombreux auteurs ont eu recours au même procédé; certains, tels que M. Schlösser, ont même modifié la technique et préconisé des injections profondes d'alcool.

A son tour, M. le docteur Ostwalt a eu recours à ces dernières chez 4 malades soignés dans le service de M. le docteur F. Raymond, professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris, ou dans celui de M. le docteur P. Marie, médecin des hôpitaux de ladite ville; et les résultats de ces essais sont consignés par M. le docteur G. Laporte dans sa thèse inaugurale.

Pour pratiquer ces injections, M. Ostwalt emploie de l'alcool à 80° à la dose de 1 à 2 c.c. additionnés d'environ 0 gr. 01 centigr. de cocaïne en vue de rendre la piqûre moins douloureuse et de prévenir dans une certaine mesure la douleur post-opératoire. Le liquide injecté doit atteindre les troncs nerveux à leur sortie du crâne ou dans leurs canaux même. Pour cela, on enfonce une longue aiguille, droite ou courbée suivant les cas, sous la gencive, en arrière des dernières molaires supérieures, le long de la tubérosité du maxillaire. Lorsque c'est le nerf maxillaire inférieur qui est le siège de la névralgie, on remonte ainsi jusqu'au trou ovale; quand le nerf maxillaire supérieur est intéressé, c'est le trou grand rond qu'il convient de viser. Si, enfin, le nerf ophtalmique est en cause, on pénètre par l'échancrure sous-orbitaire jusqu'au plafond de l'orbite.

Lorsque l'injection réussit, le malade éprouve aussitôt du fourmillement, preuve que l'aiguille a atteint le nerf. L'engourdissement qui suit traduit la paralysie sensitive passagère produite par l'alcool. Pratiquée correctement, l'injection est généralement bien supportée et peu douloureuse. L'amélioration survient habituellement très vite.

Dans les cas traités par notre confrère, la guérison a été obtenue après une à trois injections. Ces observations sont toutefois encore trop récentes pour qu'il soit possible de dire si ces guérisons sont définitives.

Traitement du furoncle par l'électrolyse.

D'après l'expérience de M. le docteur A. Marcus (de Munich), on obtiendrait d'excellents résultats contre le furoncle en ayant recours à l'électrolyse suivant le procédé que voici :

Les follicules malades étant reconnus grâce à leur sensibilité spéciale à la pression, on introduit dans leur orifice une aiguille à épilation reliée au pôle négatif d'une pile à courant continu et traversée par un courant d'un ou deux milliampères. On augmente l'intensité du courant jusqu'à ce qu'il atteigne dix milliampères et l'on enfonce progressivement l'aiguille dans le follicule dont on cherche en même temps à agrandir l'orifice. De l'hydrogène se dégage de la petite cavité ainsi formée et entraîne les tissus cautérisés. Au bout de deux ou trois minutes, on retire l'aiguille et on nettoie la région. Puis, on recommence comme précédemment, mais après avoir au préalable renversé le courant, en sorte que l'aiguille se trouve maintenant en rapport avec le pôle positif; l'oxygène qui se produit alors au niveau de l'aiguille électrolytique agit par son pouvoir désinfectant. Avant de terminer, on renverse une dernière fois le courant pour faire à nouveau dégager de l'hydrogène.

Lorsque le processus inflammatoire est pris à son début, une seule séance peut suffire pour faire avorter le furoncle. Si, au contraire, il est déjà avancé ou s'il s'agit d'un anthrax, il convient de répéter le traitement deux fois par jour tant qu'il y a suppuration; en outre, il y a lieu de se servir d'une aiguille assez forte pour dilacérer le foyer suppuré et détruire entièrement le bourbillon. Dans l'intervalle des séances, on recouvre la région atteinte d'un pansement humide, sans se servir d'antiseptiques.

Le procédé employé par M. Marcus aurait entre autres avantages celui de calmer la douleur locale; seule la première séance serait quelque peu douloureuse.

Depuis un an qu'il a recours à cette méthode thérapeutique, notre confrère n'a eu qu'à s'en louer : même des anthrax étendus se sont détergés entièrement en cinq ou six jours.

Radiothérapie de la maladie de Dercum et des lipomes simples.

Chez une femme de cinquante ans, atteinte de maladie de Dercum pour laquelle elle était soignée dans le service de M. le docteur Bondet, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon, M. le docteur Th. Nogier, chef des travaux d'électrothérapie à ladite Faculté, a soumis trois lipomes, sur vingt-deux que portait la patiente, à l'action des rayons de Röntgen. Les tumeurs ainsi traitées ne tardèrent pas à diminuer de volume, le poids du corps tomba de 2 kilos 800, et l'état psychique s'améliora notablement. En outre, les douleurs que cette femme ressentait, principalement au visage, s'atténuèrent, puis disparurent presque entièrement, tandis que l'on notait une diminution appréciable de la tension des téguments au niveau des lipomes. Bien que l'on ne puisse encore parler de guérison, les résultats obtenus en quatorze mois par plus de 600 applications radiothérapiques sont donc fort encourageants.

La malade ayant, d'ailleurs, été soumise à un traitement iodé en même temps qu'aux rayons X, on peut se demander si l'amélioration de son état n'est pas imputable à l'action de l'iode. A ce point de vue, il convient de remarquer que la teinture d'iode avait été administrée bien avant l'institution de la radiothérapie, et cela sans aucun succès. En outre, les tumeurs placées en des points symétriques, par rapport à celles qui étaient irradiées, ne diminuèrent nullement, tandis qu'on voyait rétrocéder ces dernières.

M. Nogier a également eu recours aux rayons de Röntgen dans 2 cas de lipome simple, non sans quelque avantage; ces faits n'ayant, toutefois, pu être étudiés d'une façon complète, il serait prématuré d'en tirer des conclusions fermes au point de vue de l'efficacité de la radiothérapie à l'égard des lipomes.

Les injections sous-cutanées d'eau de mer chez le nouveau-né.

Partant de l'opinion défendue par M. R. Quinton, d'après laquelle l'eau de mer, injectée sous la peau, favoriserait mieux les fonctions organiques que la solution salée simple (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 429 et 461, et 1898, p. 237), M. le docteur G. Lachèze a fait à ce sujet — sous la direction de M. Quinton lui-même — des recherches cliniques sur 7 nouveau-nés du service de M. le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris, recherches dont il rend compte dans sa thèse inaugurale. Voici la technique qu'il a adoptée :

De l'eau de mer récemment captée au large, loin de tout courant fluvial, par 10 mètres de profondeur et par un temps calme, est ramenée à l'isotonie par l'addition de deux tiers de son volume d'eau de source, puis stérilisée à froid au filtre Chamberland, en évitant tout contact avec du métal ou du caoutchouc. C'est ce liquide qui est injecté, avec les soins antiseptiques d'usage, tous les deux ou trois jours, à la dose de 10 à 20 c.c., sous la peau des régions sus et sous-épineuse de l'enfant. Lorsque l'état de celui-ci l'exige, on peut espacer plus encore les injections; du reste, les doses faibles, mais fréquemment répétées, paraissent en général mériter la préférence.

Les enfants chez lesquels M. Lachèze a eu recours aux injections hypodermiques d'eau de mer présentaient un poids sensiblement normal au moment de la naissance. Mais des signes tels qu'hypothermie, faible intensité respiratoire, absence fréquente des mouvements de succion et de déglutition, torpeur marquée, indiquaient que l'on se trouvait en présence de méiopragiques avec ralentissement des fonctions vitales; 2 d'entre eux étaient en outre atteints de diarrhée verte. Or, chez tous, l'institution du traitement eut pour conséquence une reprise rapide de l'activité vitale, une grande euphorie et une amélioration de l'état général avec augmentation du poids du corps.

L'iodure d'argent contre l'uréthrite blennorrhagique.

Le nitrate d'argent présentant l'inconvénient de tacher la peau et le linge, MM. les docteurs E. H. Siter et A. A. Uhle (de Philadelphie) ont eu l'idée de lui substituer, dans le traitement de l'uréthrite blennorrhagique, l'iodure d'argent. Ce sel — déjà utilisé contre le trachome (Voir *Semaine Médicale*, 1897, Annexes, p. CLXXIV) — est insoluble dans l'eau; aussi le met-on en suspension dans un mucilage de semences de coing. En outre, comme il est notablement moins irritant que le nitrate d'argent, on peut le prescrire à titre plus élevé que ce dernier : nos confrères se sont bien trouvés de l'employer au taux de 5 à 10 %.

Les résultats obtenus par MM. Siter et Uhle dans plus de 100 cas auraient été très encourageants; la période aiguë serait réduite à un minimum, et l'*ardor urinæ* disparaîtrait généralement en vingt-quatre heures.

Ajoutons que l'iodure d'argent serait également efficace dans la cystite d'origine prostatique ou consécutive à une prostatectomie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 23 et 30 mai 1905.

La tuberculose inflammatoire et ses multiples localisations, en particulier sur l'estomac et l'intestin.

M. A. Poncet (de Lyon) fait sur ce sujet, en son nom et au nom de M. R. Leriche, une communication que nous résumons ainsi :

La tuberculose n'est pas une dans ses manifestations; à côté des cas où elle se traduit par des édifications anatomiques spécifiques (tubercules), elle est susceptible d'engendrer des lésions banales, allant de la congestion fugace à la sclérose définitive, qui n'ont de spécifique que leur étiologie. Le rhumatisme tuberculeux, sur lequel M. Poncet a attiré l'attention à diverses reprises déjà, n'est qu'un chapitre spécial de cette *tuberculose inflammatoire*, dont il constitue la localisation aux synoviales, aux séreuses, avec toutes les lésions secondaires que celle-ci peut produire, au cours ou à l'occasion d'une poussée d'apparence rhumatismale.

En dehors de ces faits, la tuberculose est à l'origine de lésions inflammatoires à tendance scléreuse frappant tous les tissus, tous les appareils de l'économie; ces lésions variées ont un lien commun : leur étiologie tuberculeuse, probablement par action des toxines, et la banalité de leur processus histologique.

A ce dernier point de vue, il s'agit en effet d'un tissu de sclérose pure, résultat d'une active prolifération des éléments conjonctifs; au sein des mailles du feutrage ainsi constitué, on aperçoit des cellules rondes, identiques aux leucocytes venues des vaisseaux. Ce n'est qu'exceptionnellement que ce tissu fibreux tend à prendre une disposition nodulaire, et que l'on y peut trouver des cellules épithéloïdes et de rares cellules géantes. Au reste, tous les termes de transition existent, jusqu'à la cirrhose tuberculeuse nettement définie.

C'est par cette tuberculose inflammatoire que, d'après l'orateur, pourraient s'expliquer un certain nombre de lésions viscérales qui, bien connues au point de vue clinique, demeurent de pathogénie assez mystérieuse, et dont les plus importantes concernent le tube digestif.

C'est ainsi qu'au niveau de l'estomac, la tuberculose, à côté des variétés hypertrophique (tuberculome gastrique) et ulcéreuse, l'une et l'autre fonction de l'évolution locale du bacille de Koch, pourrait se manifester par une *forme fibreuse d'emblée*. Il s'agit ici de cas qui, pour une bonne part tout au moins, rentrent dans le cadre de la linite plastique; on sait que la tendance actuelle est de considérer cette dernière comme ressortissant au groupe des néoplasies épithéliales, et, pourtant, il est des faits où, malgré les recherches histologiques les plus minutieuses, on ne peut dépister le moindre élément épithélial dans la paroi gastrique, où l'on ne trouve qu'une sclérose hypertrophique sous-muqueuse. Aussi MM. Poncet et Leriche estiment-ils qu'il existe, en plus de la linite plastique cancéreuse, une linite plastique inflammatoire, due à l'action des toxines du bacille de Koch.

Outre ces « dégénérescences fibroïdes » diffuses ou plus ou moins localisées de l'estomac, on doit comprendre encore, dans le cadre de la tuberculose inflammatoire de cet organe, certaines de ces scléroses sténosantes limitées au pylore, qui sont d'ordinaire attribuées à la cicatrisation d'un ulcère bien souvent hypothétique.

Du côté de l'intestin, on trouve des lésions identiques relevant de la même pathogénie : sténoses uniques ou multiples de l'intestin grêle, que l'on ne saurait toujours expliquer par la cicatrisation d'ulcérations passées inaperçues, tumeurs dites inflammatoires du segment iléo-cæcal, sténoses également inflammatoires du gros intestin en l'absence de toute appendicite, sigmoïdite ou dysenterie antérieures, etc., etc.

Enfin, en dehors du tube digestif, on peut encore attribuer à la tuberculose inflammatoire des cas de mastite noueuse, apparaissant chez des femmes qui n'allaitent pas et sont indemnes de toute infection mammaire; des thyroïdites subaiguës ou chroniques, certains goitres se développant chez des tuberculeux; voire même les « tumeurs goutteuses du pénis », les « indurations plastiques des corps caverneux », que les anciens auteurs comparaient déjà aux maladies du système fibreux (rétraction de l'aponévrose palmaire, nodosités des gaines tendineuses, etc.), maladies dont les relations avec la tuberculose deviennent chaque jour plus évidentes.

En résumé, l'orateur pense qu'il convient de réunir, sous le nom de tuberculose inflammatoire, un grand nombre de lésions — d'origine tuberculeuse et probablement dues aux toxines

sécrétées par le bacille de Koch — qui se traduisent par des infiltrations inflammatoires et des scléroses localisées ou diffuses, mais n'offrent aucune spécificité anatomique.

M. Cornil déclare — tout en faisant des réserves sur l'extension que M. Poncet donne aux lésions tuberculeuses sclérosantes — avoir observé quelques faits qui peuvent être interprétés en faveur de la théorie de la tuberculose inflammatoire.

C'est ainsi que l'orateur a examiné autrefois une tumeur du cæcum enlevée par Polaillon, et qui était constituée par une tuberculose végétante hypertrophique.

En outre, il a étudié une autre tumeur de la même région, dont M. Schwartz avait fait l'ablation, et qui ressemblait, à l'œil nu, à une tumeur tuberculeuse; cependant il n'existait ni follicules tuberculeux, ni cellules géantes, ni bacilles; aussi M. Cornil pensa-t-il qu'il s'agissait d'une forme d'inflammation chronique sclérosante du cæcum. Mais, depuis cette époque, l'orateur a eu l'occasion d'examiner plusieurs tumeurs cæcales du même genre avec follicules tuberculeux et cellules géantes; et par cette comparaison rétrospective il a été conduit à penser que la tumeur en question était de nature tuberculeuse.

M. Lancereaux estime qu'on n'est pas en droit d'affirmer la nature tuberculeuse des affections du système fibreux, en particulier de la rétraction de l'aponévrose palmaire, par cela seul qu'on rencontre telle ou telle de ces affections chez un sujet atteint de bacillose. L'aponévrose palmaire, en effet, est trop peu riche en vaisseaux pour constituer un terrain favorable au développement des lésions tuberculeuses.

D'autre part, les relations de cette rétraction de l'aponévrose palmaire avec le neuro-arthritisme sont trop anciennement établies pour qu'on puisse accepter sans réserves la théorie de M. Poncet.

Le venin des hyménoptères.

M. Fabre (de Commentry) relate un certain nombre de cas de piqûres de frelons, de bourdons, de guêpes et d'abeilles qui ont donné lieu à des accidents graves, locaux (œdèmes à aspect érysipélateux, éruptions généralisées scarlatiniformes, ortiées, etc.) ou généraux (ralentissement ou accélération du pouls, syncopes, nausées, vomissements, diarrhée, etc., etc.).

L'orateur insiste particulièrement sur la nécessité de prévenir on de combattre ces accidents par l'application immédiate, sur la région piquée, d'eau de chaux ou de solutions concentrées de sel marin, et par l'administration de boissons aromatiques chaudes additionnées de stimulants diffusibles (esprit de Mindererus, éther, alcoolat de menthe, etc.), de façon à favoriser l'élimination du venin par la peau et les reins.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 22 et 29 mai 1905.

Action pathogène sur les animaux d'un champignon de la vigne, le stéaophora.

MM. Charrin et **Le Play.** — On rencontre sur la vigne, en particulier sur la vigne phylloxérée, un champignon dont MM. Mangin et Viala viennent de donner une intéressante description botanique. Or, au point de vue de son action sur les animaux, et en dehors des questions de contagion, ce parasite est des plus intéressants.

Comme beaucoup d'autres agents de cet ordre, il détermine des accidents généraux ou locaux; il agit par lui-même ou grâce à ses sécrétions. Toutefois, il provoque, en particulier, une diminution manifeste du nombre des globules rouges et de leur teneur en hémoglobine; il détermine également des hémorrhagies et cause ainsi une anémie et quantitative et qualitative d'origine parasitaire.

En second lieu, il fait naître des nodosités osseuses, des courbures diaphysaires, une série de tares correspondant à une déminéralisation fort appréciable. Les phosphates urinaires diminuent; les matières minérales des fémurs et des tibias sont en déficit d'un quart et la radiographie montre que leurs squelettes sont plus transparents.

En troisième lieu, à la suite des inoculations, dans le péritoine ou les viscères se développent des tumeurs mélaniques, dont le pigment noir n'est autre que celui du champignon utilisé. Peu à peu, sous l'influence des humeurs bactéricides ou des phagocytes, ce champignon se désagrège; dans des points de plus en plus nombreux on ne trouve que le pseudo-néoplasme, atteignant parfois le volume d'un petit œuf, constitué par de rares fibrilles conjonctives, d'abondants lymphocytes et quelques polynucléaires. Pour voir là un vrai néoplasme ce processus est trop inflammatoire; néanmoins, la tendance à la suppuration fait défaut; par zones la structure rappelle celle de certains sarcomes fasciculés et, dans le foie, celle de quelques adénomes.

Au demeurant, dans la glande hépatique ayant à sa disposition des hydrates de carbone, le végétal s'alimente commodément; aussi se développe-t-il plus vite et engendre-t-il des produits spéciaux (alcool, acides) qui manquent dans le rein, où ces hydrates de carbone sont, en partie, remplacés par des éléments protéiques et de l'urée : des cultures comparées, faites dans des milieux riches en sucre ou en albumine, en urée, montrent les différences.

Ainsi, qu'on envisage sa pullulation, ses influences directes, mécaniques, dues à l'action de sa masse, de ses dimensions excessives, qu'on considère son alimentation réalisée aux dépens des tissus qui le contiennent, tissus plus aisément, plus rapidement détruits dans le foie, qu'on invoque la pathogénie chimique, toxique, à tous ces points de vue les processus varient d'un organe à l'autre.

Or, ces variations ne portent pas uniquement sur la tare elle-même, sur la lésion réalisée, elles portent également sur les mécanismes morbifiques mis en jeu; l'altération diffère et sa genèse est aussi distincte.

Grâce à ces nouveaux exemples, on voit ainsi des agents, dont l'histoire botanique est spéciale, prendre en pathologie expérimentale une place de plus en plus importante. On voit, en outre, la composition des milieux exercer une influence croissante; d'un organe à l'autre, au point de vue de ses symptômes, de ses lésions, de sa pathogénie, la maladie offre des changements. Non seulement chaque espèce, mais, pour un même animal, chaque viscère, fait cette maladie à sa façon.

Le graphique respiratoire chez le nouveau-né.

MM. L. Vallois et **C. Fleig** adressent une note relative à des recherches qui, par l'emploi de la méthode graphique, leur ont permis de constater que le tracé respiratoire du nouveau-né est remarquable par son irrégularité, tant au point de vue de la fréquence que de l'amplitude et du rythme respiratoires; cette irrégularité est tout à fait physiologique et s'observe de façon constante non seulement à l'état de veille, mais aussi pendant le sommeil le plus calme, pour devenir extrême sous l'influence de certaines excitations qui, chez l'adulte, resteraient sans effet bien marqué.

Ce caractère particulier de la respiration chez le nouveau-né résulterait, pour les auteurs, du « manque d'habitude » de cette fonction si nouvelle qu'est, à la naissance, la respiration pulmonaire; c'est d'ailleurs de la même manière qu'on peut comprendre l'arythmie cardiaque, constante chez l'embryon.

Sur la valeur alimentaire de différents pains.

M. P. Fauvel envoie une note dans laquelle il rend compte d'expériences qu'il a faites sur lui-même, et qui ont consisté, au cours d'un régime strictement végétarien, à user pendant une semaine de pain blanc, puis, durant la semaine suivante, de pain complet, enfin, pendant une troisième période d'égale durée, de pain bis (pain de munition).

Or, il résulte de ces recherches que, si le pain complet et le pain bis sont supérieurs au pain blanc, le pain complet est pour sa part inférieur au pain bis, car il ne fournit pas plus d'acide phosphorique que celui-ci, il abaisse le taux de l'urée au lieu de l'augmenter, enfin il apporte une quantité sensible de purines, irrite l'intestin et entrave l'assimilation des autres aliments.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mai 1905.

De la restauration rapide des fonctions après la suture secondaire des nerfs.

M. Chaput. — Je suis intervenu le 15 novembre dernier chez une jeune fille de dix-sept ans qui, ayant eu le nerf médian sectionné en juillet 1903, avait subi une première opération quatre mois plus tard, sans grande amélioration. Après avoir mis le nerf à nu, je réséquai 4 centimètres du segment supérieur et je suturai les deux bouts au catgut. Le cinquième jour, on pouvait constater une amélioration notable des troubles trophiques et des troubles de la sensibilité constatés auparavant, puis, peu à peu, la guérison s'est complétée; la sensibilité est maintenant parfaite et les troubles trophiques ont entièrement disparu.

Il y a huit ans, dans un cas de section ancienne du nerf médian, suivie d'anesthésie et de troubles trophiques, j'ai déjà eu l'occasion de pratiquer une suture secondaire du nerf; dès le lendemain, des fourmillements étaient perçus dans les doigts; le jour suivant, la congestion des doigts disparut et la sensibilité revint. Le malade est guéri depuis lors.

Je puis vous citer une troisième observation du même genre, qui a trait à une plaie du nerf cubital, datant de quatorze ans et suivie de paralysie des interosseux et d'anesthésie. J'ai fait, le 4 février dernier, une suture nerveuse en introduisant le bout inférieur du nerf dans le bout supérieur dédoublé. Quinze jours plus tard, il y avait une amélioration notable, et, après deux mois, les muscles interosseux se contractaient convenablement et les dépressions des espaces interosseux étaient comblées.

Des lipomes ostéopériostiques.

M. Schwartz. — Les lipomes ostéopériostiques, sur lesquels je désire attirer votre attention, sont caractérisés par leur adhérence étroite au squelette; j'en ai observé cinq cas : 2 concernaient des lipomes de l'extrémité inférieure du fémur, un autre un lipome de l'extrémité externe de la clavicule, un quatrième un lipome de la paume de la main, s'insérant au deuxième métacarpien; enfin le cinquième avait trait à un lipome ostéopériostique adhérent à une apophyse épineuse.

Au point de vue pathogénique, il est à remarquer qu'assez souvent ces tumeurs naissent au niveau du cartilage de conjugaison réunissant l'épiphyse à la diaphyse.

M. Reclus. — Je viens d'opérer un malade qui présentait à l'épaule un lipome nettement adhérent à la clavicule et à l'épine de l'omoplate. Il s'agit là probablement d'un cas analogue à ceux dont M. Schwartz vient de nous parler.

Accidents consécutifs aux injections iodoformées dans les abcès froids.

M. Lucas-Championnière. — Chez un sujet de dix-neuf ans, atteint d'un mal de Pott lombaire avec abcès par congestion, l'injection de 100 à 150 grammes d'huile de vaseline iodoformée à 10 % dans la poche a été suivie d'une éruption très intense au niveau de la face et des mains, ayant débuté le second jour, et accompagnée de quelques troubles digestifs avec goût d'ail dans la bouche. La ponction de l'abcès, pour évacuer l'huile iodoformée qui pouvait encore y être contenue, fut pratiquée au bout d'une dizaine de jours et entraîna dès le lendemain une amélioration qui fut bientôt complète.

Ce fait est particulièrement curieux en ce que l'éruption s'est produite à distance, la région au niveau de laquelle l'injection avait été pratiquée n'ayant offert qu'un peu de rougeur. Je pense qu'il s'agissait chez ce jeune homme d'une susceptibilité particulière, car j'ai bien des fois injecté des doses aussi considérables d'iodoforme dans des abcès froids sans rien observer de semblable.

M. Kirmisson. — Pour ma part, je ne dépasse jamais la dose de 2 grammes d'iodoforme en injections — chez l'enfant, il est vrai —, et, sur des milliers de cas, je n'ai pas eu le moindre accident.

M. Potherat. — Chez un malade atteint de tuberculose osseuse, j'avais traité et guéri un premier abcès froid par une injection d'éther iodoformé. Quelques mois plus tard, le patient, qui habitait la province, eut un nouvel abcès dans lequel on injecta après ponction 150 grammes environ d'éther iodoformé à 5 %; il y eut distension violente et probablement déchirure de la poche; cet accident fut suivi d'un œdème généralisé, avec ruptures multiples de la peau sur le tronc, les membres et la face, au niveau desquelles se produisirent de petites efflorescences iodoformées qui entretinrent une longue suppuration. Cet homme finit par guérir, mais au bout de plusieurs mois seulement.

M. Tuffier. — Comme exemple des funestes conséquences que peut avoir la brusque distension de la poche après une injection d'éther iodoformé, je vous citerai un fait que j'ai vu jadis chez Verneuil, et où cette distension entraîna la compression de l'artère fémorale sur l'arcade crurale, avec oblitération du vaisseau et gangrène consécutive du membre.

Appendicite chronique.

M. Richelot. — M. de Rouville (de Montpellier) nous a adressé une observation au sujet de laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport. Il s'agit d'un cas d'appendicite chronique ayant donné lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic. Lorsque la malade, âgée de vingt-neuf ans, fut opérée pour la première fois, on lui enleva les annexes du côté droit, sans songer à l'appendicite; dans une deuxième intervention, nécessitée par la persistance des douleurs, on chercha seulement à détruire les adhérences auxquelles on attribuait ces troubles. Devant l'insuccès complet de cette nouvelle tentative, la patiente s'adressa à M. de Rouville; notre confrère songea à l'appendicite chronique et le résultat de l'intervention qu'il pratiqua démontra qu'il avait tout à fait raison, car l'ablation de l'appendice fut suivie de la cessation complète des douleurs abdominales.

Traitement du delirium tremens.

M. Quénu. — Je crois qu'il faut, au point de vue des délires post-opératoires, distinguer les délires alcooliques, les délires d'origine infectieuse et les délires médicamenteux. Pour la première variété, les injections de sérum me paraissent constituer une excellente méthode de traitement; dans les cas où le cœur semble faiblir, on peut y joindre avantageusement les injections sous-cutanées de petites doses de sulfate de strychnine, comme M. Chauffard le conseille.

M. Bazy. — On peut même, suivant la pratique de M. Fernet, donner le sulfate de strychnine à haute dose.

M. Richelot lit un rapport sur 4 observations de résection de la veine saphène interne, pour ulcère variqueux, communiquées par M. Soulié (d'Alger).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 mai 1905.

Pathogénie des accidents sériques.

M. Widal. — MM. Marfan et Le Play ont appelé récemment l'attention sur la coïncidence des accidents sériques avec l'apparition, dans le sérum du malade, de la propriété de produire *in vitro* des précipitines au contact du sérum injecté.

Pour expliquer ce phénomène, MM. Hamburger et Moro ont prétendu qu'il se passait dans les vaisseaux capillaires le même phénomène que l'on constate *in vitro* : le sérum hétérogène en circulation serait précipité au contact des anticorps; dans les vaisseaux cutanés se formeraient de petites thromboses qui troubleraient la circulation et détermineraient l'éruption.

Les recherches que je poursuis avec M. Rostaine sur la sérothérapie des affections pouvant se compliquer d'hémoglobinurie m'ont amené à constater des faits qui sont en contradiction avec cette théorie : 7 malades sur 9 ne présentaient pas trace d'éruption après inoculation intraveineuse d'un sérum de cheval préparé, qui *in vitro* déterminait immédiatement la formation massive de précipitines par mélange avec leur propre sérum.

La formation de précipitine que l'on produit *in vitro* par le conflit des deux sérums est le témoin du trouble humoral qui préside dans l'organisme à l'éclosion des accidents sérothérapiques, mais rien ne prouve que l'érythème sérique soit le résultat de l'arrêt de précipitine dans les capillaires sanguins. Un sérum de cheval préparé, capable de produire des précipitines *in vitro* par mélange avec un sérum humain, peut être injecté dans les veines de l'homme, à doses thérapeutiques, sans déterminer d'accidents sériques.

Maladie de Paget d'origine syphilitique.

M. Ménétrier montre, en son nom et au nom de M. Duval, un homme de soixante-dix ans qui a contracté la syphilis à l'âge de trente-deux ans et qui est atteint actuellement de maladie de Paget.

Cette affection a débuté il y a un peu plus d'une année par des douleurs au niveau du membre inférieur gauche, bientôt suivies d'une déformation du tibia et du fémur. Quelque temps après, les mêmes accidents frappaient le membre inférieur droit et à peu près vers la même époque survenaient des maux de tête, des bourdonnements d'oreille et une augmentation de volume du crâne, assez accusée pour que le patient fût obligé de changer de chapeaux.

Depuis le mois d'avril 1904, ce malade a été soumis au traitement spécifique (frictions d'onguent napolitain et iodure de potassium à l'intérieur), et les mensurations comparatives de ses déformations osseuses, au début de ce traitement et ces jours derniers, ont montré qu'elles n'avaient pas progressé, d'où l'on peut inférer que l'affection a subi un arrêt dans son évolution. Quant aux douleurs que le patient éprouvait au niveau du crâne et des membres, elles ont complètement et définitivement disparu, très peu de temps après le début de la médication.

Transformation muqueuse des glandes de l'estomac.

M. Hayem communique le résultat de recherches qu'il a faites depuis une dizaine d'années sur une forme de gastrite caractérisée par la substitution, à l'appareil spécifique glandulaire, d'un appareil nouveau, constitué aux dépens de la muqueuse stomacale.

Ce processus débute par une sorte de *décapitation* des tubes glandulaires qui sont complètement isolés de la muqueuse au niveau de leur collet. Cette décapitation est due à la prolifération des éléments épithéliaux de la muqueuse, résultant de l'action irritante des produits fermentescibles qui prennent naissance dans l'estomac des sujets affectés de dilatation de l'estomac, de gastrite chronique, de cancer gastrique, etc.

L'orateur ajoute que, chez les sujets considérés comme atteints de catarrhe chronique de l'estomac parce qu'ils rendent souvent des matières glaireuses, il a constaté des lésions de gastrite chronique, en particulier un état mamelonné de la muqueuse, dû à l'hypertrophie des entonnoirs glandulaires.

Abcès costal à pneumocoques guéri par vomique.

M. Boidin présente, au nom de M. Widal et au sien, un malade qui fut pris brusquement, en pleine santé, sans traumatisme antérieur, d'une violente douleur au niveau de l'extrémité antérieure de la deuxième côte gauche. Douze heures après on constatait une tuméfaction profonde des régions sous et sus-claviculaires de ce côté. En dix jours la tuméfaction augmenta au point de faire saillie sous l'aisselle, et le patient rejeta par vomique une grande quantité de pus contenant des pneumocoques virulents à l'état de pureté. Très rapidement, la tuméfaction diminua, ainsi que les accidents fébriles, et le malade se rétablit complètement; actuellement il ne présente aucun signe d'une affection pleuro-pulmonaire.

Il s'agit évidemment d'un abcès costal primitif, n'ayant pas succédé à une pleurésie purulente enkystée du sommet, comme c'est le cas habituel, et qui s'est évacué spontanément par les bronches sans laisser de traces.

Appendicite chronique longtemps méconnue.

M. Comby relate l'observation d'un jeune homme de vingt-cinq ans qui a été considéré successivement, par les nombreux médecins qui l'ont examiné, comme un dyspeptique, un neurasthénique, un tuberculeux, etc., et qui, en réalité, était atteint, ainsi que l'opération l'a démontré, d'une appendicite chronique oblitérante. Depuis que cette opération a été pratiquée, le malade, qui présentait des phénomènes généraux graves et était dans un état presque cachectique, jouit d'une santé parfaite.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 mai 1905.

Mesure du coefficient de déminéralisation dans la dyscrasie acide.

M. Desgrez. — J'ai déterminé, avec Mlle Guende, les variations que subit le coefficient de déminéralisation sous l'influence de la dyscrasie engendrée soit par un acide organique (acide phénylpropionique), soit par un acide minéral (acide chlorhydrique).

La valeur moyenne normale de ce coefficient, pour le cobaye, a d'abord été trouvée égale à 0.63. Sous l'influence de la dyscrasie organique, elle passe à 0.69. Les animaux étant ensuite laissés à l'état de repos pendant vingt jours, on a constaté, pour cette période, un coefficient de 0.67, c'est-à-dire une déminéralisation encore exagérée, malgré la suppression de la cause directe de la dyscrasie.

L'influence de l'acide minéral est encore plus marquée que celle de l'acide organique; le coefficient de déminéralisation prend, en effet, pendant cette troisième période de l'expérience, une valeur moyenne de 0.77.

La méthode expérimentale apporte donc une nouvelle confirmation des doctrines de M. Bouchard qui a, le premier, mis en lumière les relations cliniques existant entre les troubles de la nutrition produits par la diathèse acide et la spoliation de l'organisme en éléments minéraux.

De la recherche des microbes anaérobies dans les eaux potables.

M. Vincent. — La détermination quantitative et qualitative des microbes anaérobies dans les eaux d'alimentation n'est presque jamais effectuée dans les laboratoires d'analyse. Elle constitue, cependant, un complément indispensable de l'analyse bactériologique des eaux. Il y a, en effet, une relation étroite entre le degré d'adultération de celles-ci et la proportion des micro-organismes anaérobies qu'elles renferment. La contamination par les matières fécales, le déversement direct ou indirect de substances organiques animales ou végétales en putréfaction, se traduisent dans les eaux par une richesse exceptionnelle en microbes anaérobies absolus.

Pour la recherche et l'isolement de ces derniers, le milieu nutritif le plus favorable est la gélatine peptonisée ordinaire, additionnée de 1 % de glycose et teintée par le sulfo-indigotate de soude.

Dans les eaux très pures, le taux des anaérobies par centimètre cube est souvent inférieur à l'unité. Mais dans les eaux contaminées, la flore anaérobie atteint le taux de 10, 100, quelquefois 200 et 500 colonies par centimètre cube. Les formes bacillaires sont toujours prédominantes.

Sur la teneur du sang normal en bilirubine.

MM. Gilbert et Herscher. — Nous avons mesuré le degré de la cholémie physiologique chez un certain nombre de sujets bien portants, indemnes de tuberculose, de cholémie familiale, etc. Nos observations, prises aux divers âges de la vie et dans les deux sexes, nous ont montré que la proportion de bilirubine varie entre 1 pour 30,000 et 1 pour 40,000 de sérum, la moyenne étant de 1 pour 36,500, soit 0 gr. 027 milligr. de bilirubine par litre de sérum et 0 gr. 081 milligr. pour l'ensemble de la masse sanguine.

Ce léger degré de bilirubinémie, cause, pour une part au moins, de la légère teinte jaune normale de la peau et de la présence dans

l'urine de chromogène de l'urobiline, constitue le substratum de ce que nous avons nommé l'ictère acholurique physiologique.

Examen du sang dans l'acromégalie.

M. Sakorraphos (d'Athènes) adresse une note dans laquelle il dit avoir constaté, en examinant le sang d'un géant acromégalique, un abaissement du taux de l'hémoglobine dû à une légère diminution du nombre des hématies et, en outre, une diminution du nombre des leucocytes dont les différentes espèces avaient gardé leurs rapports normaux. En un mot, il existait dans ce cas une légère oligémie sans aucune disproportion entre les éléments cellulaires du sang, contrairement aux faits signalés récemment par MM. Sabrazès et Bonnes (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 189.)

Eosinophilie dans la dysenterie amibienne.

M. Billet (de Marseille) adresse une note tendant à établir qu'il existe dans la dysenterie *amibienne* de Cochinchine une éosinophilie à la fois intestinale et hématique, qui ne paraît s'observer ni dans la diarrhée chronique, ni dans la dysenterie bacillaire de cette même région. Cette éosinophilie semble, par suite, être spécifique et constituer un élément précieux de diagnostic différentiel entre ces diverses affections.

L'éosinophilie de la dysenterie amibienne peut atteindre le taux très élevé de 12 à 20 et 25 %, et même au delà. A ce titre, l'affection en question mérite de prendre place à côté des maladies à éosinophilie les mieux caractérisées et, en particulier, de certaines affections parasitaires, telles que l'ankylostomiase et la filariose.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 17 mai 1905.

Sur la découverte de spirochètes chez les syphilitiques.

M. Schaudinn fait une communication dans laquelle il décrit le *Spirochaete pallida* qu'il a trouvé avec M. Hoffmann dans le suc d'une papule syphilitique excisée, puis dans la sérosité de chancres et de ganglions inguinaux (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 231), enfin dans le sang de la rate d'un syphilitique, la veille de l'éruption de roséole. Par contre, ce microorganisme faisait défaut dans les bubons chancrelleux ou dans les adénites inguinales liées à une balanite, que MM. Schaudinn et Hoffmann ont eu l'occasion d'examiner.

L'orateur insiste en outre sur la différence qui existe entre les spirochètes et les spirilles; ces derniers sont des schizomycètes, tandis que les premiers, munis d'une membrane ondulante, doivent être considérés comme des protozoaires.

M. Thesing émet l'hypothèse que les spirochètes observés par MM. Schaudinn et Hoffmann pourraient bien provenir tout simplement du réactif colorant employé par eux (réactif de Giemsa); ce liquide renferme en effet de la dextrine et constitue par suite un excellent milieu de culture. Ce qui plaide dans le même sens, c'est que les préparations de MM. Schaudinn et Hoffmann contiennent aussi d'autres microorganismes. Enfin l'orateur aurait quelquefois trouvé des spirochètes dans le réactif en question.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 27 mai 1905.

La diffusion du sclérome en Europe.

Dans la séance du 25 mai de la Société de médecine interne de Vienne, **M. H. von Schrötter** a montré une carte indiquant la diffusion du sclérome en Europe.

On sait que le sclérome est une maladie infectieuse, qui se traduit par une prolifération de tissu de granulations dans les voies aériennes supérieures jusqu'aux bronches de second ordre; ce tissu se transforme en tissu conjonctif, mais ne s'ulcère jamais. L'agent pathogène est un microbe ressemblant au bacille de Friedländer.

Or, un foyer de cette affection se trouve dans l'ancien royaume de Pologne; il envoie deux prolongements, l'un en Moravie, l'autre dans la Prusse orientale, où existe un second foyer près de la frontière russe. En outre, des cas sporadiques ont été constatés dans les divers pays d'Europe.

Pour ce qui est de l'Autriche, le sclérome a été signalé surtout en Galicie, en Moravie, en Bohême, le long de la Drave et de la Save et dans la basse Autriche. Au total, on connaît aujourd'hui 700 cas de cette affection.

A Vienne même et dans les environs, on a observé 6 individus atteints de sclérome, qui, n'ayant pas quitté le pays depuis plusieurs années, ont dû y contracter la maladie.

M. Weil dit avoir observé un cas de sclérome chez un homme qui vit constamment à Vienne depuis quinze ans.

M. K. Sternberg insiste sur la parenté existant entre l'agent du sclérome et le bacille de Friedländer; il ajoute que, pour M. Paltauf, le premier ne serait qu'une forme mitigée du second.

M. von Schrötter déclare que ces 2 bacilles présentent les mêmes réactions à l'égard des sérums, mais se distinguent par leur virulence.

La théorie de l'action biologique du radium et des rayons de Röntgen.

M. Schlachta a communiqué les résultats d'expériences basées sur les recherches de M. R. Werner. On sait que d'après ce dernier auteur la lécithine exposée à l'action du radium produit, en injections intracutanées, une nécrose analogue à l'ulcération déterminée par le radium (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 341). M. Werner pense que cette action est due à ce que la lécithine exposée à l'action du radium se dissocie dans le derme et y donne naissance à des substances toxiques; en effet, en injection intracutanée la choline, qui est un produit de décomposition de la lécithine, détermine des ulcérations.

Or, l'orateur a pu constater que la lécithine ozonisée, obtenue par l'introduction d'ozone dans une émulsion de lécithine ou par l'oxydation de cette dernière au moyen de l'eau oxygénée, a les mêmes effets que la lécithine soumise à l'action du radium. Cela étant, M. Schlachta estime que, sous l'influence du radium et des rayons de Röntgen, la lécithine normalement contenue dans les tissus s'oxyde et se dissocie plus facilement, l'oxygène nécessaire à cette dissociation étant emprunté aux tissus eux-mêmes. Les substances qui prennent ainsi naissance provoquent ensuite la chute des cheveux et l'ulcération.

Pour ce qui est de l'action de la choline, elle est due à l'alcalinité de ce corps. En effet, l'injection intracutanée d'une dose minime d'un alcali quelconque produit des effets analogues. L'action du radium et des rayons de Röntgen pourrait donc être considérée comme étant d'ordre caustique, et il serait indiqué d'essayer l'action de faibles doses d'alcalis simultanément avec la radiothérapie ou la radiumthérapie dans le traitement du lupus et du cancer.

M. Leopold Freund dit avoir pu obtenir les mêmes ulcérations qu'avec les rayons X, au moyen d'injections cutanées de lécithine exposée à l'action de la lumière bleue.

Fracture isolée d'un os carpien.

Dans la séance du 26 mai de la Société des médecins de Vienne, **M. Hirsch** a présenté 3 sujets atteints de fracture isolée d'un os carpien.

Dans 2 de ces cas, c'est le scaphoïde qui était intéressé. La fracture de cet os est due à une chute sur la main, par compression ou flexion excessive de la main sur son bord cubital; les symptômes sont du gonflement du poignet, l'impossibilité d'exécuter les mouvements de flexion dorsale de la main, la douleur à la pression au niveau de la tabatière anatomique. Cette fracture ne peut, du reste, être distinguée d'avec la contusion de la main qu'à l'aide de l'examen radiologique; en général, elle laisse une raideur permanente de l'articulation, parce que la formation de cal est insuffisante.

Dans le troisième fait, il s'agissait d'une fracture de l'os semi-lunaire par mécanisme direct (chute d'une pierre sur la main en flexion cubitale); ordinairement pareil accident donne lieu à une luxation de l'os semi-lunaire plutôt qu'à une fracture de cet os.

Spirochètes dans la syphilis.

M. R. Kraus a montré des préparations microscopiques du *Spirochaete pallida* de Schaudinn et Hoffmann; l'orateur a constamment trouvé ce spirochète dans les produits syphilitiques, ainsi que dans le suc des ganglions syphilitiques, mais avec une abondance variable: il est rare dans le chancre récent, plus nombreux dans les plaques muqueuses.

M. Paltauf fait observer que les spirochètes connus jusqu'ici étaient à peu près tous des parasites sanguins; seul, en effet, l'agent pathogène du bouton d'Orient possède la faculté de produire du tissu de granulation.

Dr Schnirer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE PARIS

Baron (V.). Le tabes supérieur et ses formes cliniques.

Beaufils (G.). Action des peintures murales sur les microbes.

Bourguet (E.). Contribution à l'étude des épanchements chyleux de la cavité pleurale.

Chiron (P.). De la radioscopie du cœur et particulièrement de la mensuration de l'aire cardiaque à l'aide des rayons X.

Clavel (G.). Contribution à l'étude des éruptions consécutives aux injections de sérum antidiphtérique.

Clergier (L.). La ponction lombaire chez les paralytiques généraux; sa valeur clinique, pronostique, thérapeutique, médico-légale.

Combris (A.). Coïncidence des fibromes avec le cancer du corps de l'utérus.

Diel (A.). De l'isthmectomie thyroïdienne comme traitement des goitres parenchymateux.

Dupont (V.). De l'anesthésie par les mélanges titrés d'air et de chloroforme.

Faucheux (P.). Fréquence et pronostic de l'application du forceps à la clinique Baudelocque.

Fridkin (Mlle G.). La fièvre récurrente et les spirilloses en général.

Guichard (A.). Contribution à l'étude des formes atténuées de la diphtérie conjonctivale.

Harold-Emanuel. Considérations sur le pronostic et le traitement de la tuberculose oculaire.

Lamoureux (L.). Du fœticide.

Letourneur (H.). Les hôtes habituels de nos appartements (chiens, chats, oiseaux), et du danger qu'ils présentent.

Martin (L.) Etude psychologique d'un cas de délire des grandeurs.

Mauxion (G.). Contribution à l'étude de l'épithélioma de la vulve.

Miodet (A.). Les formes chroniques du purpura hémorrhagique.

Miqueu-Rey (L.). Contribution à l'étude de la phtisie pulmonaire dans l'Inde ancienne d'après l'*Ayurveda* de Suçruta.

Rabutot (Ch.). Hémorrhagies intestinales dans l'entérocolite muco-membraneuse chez les vieillards.

Roddier (G.-A.). Les corps étrangers de l'œsophage chez les enfants.

Rollin (M.). Les tumeurs solides et primitives du vagin.

Saint-Paul (L. de). Etude de trois cents cas de scarlatine observés à l'hôpital des Enfants-Malades (année 1903).

MÉDECINE

Goldscheider. Ueber Herzperkussion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 et 9 mars.) — Sur la percussion du cœur.

Halipré (A.) et **Chevallier** (A.). Le diagnostic des épanchements pleuraux chez les vieillards. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 mars.)

Hall (G.) et **Tribe** (R. H.). Carcinoma of the bronchus and liver associated with glycosuria in a youth. (*Lancet*, 1er avril.) — Cancer d'une bronche et du foie compliqué de glycosurie chez un jeune homme.

Hirschfeld (F.). Bemerkungen zur Prognose und Dauer des Diabetes. (*Med. Klinik*, 26 mars.) — Pronostic et durée du diabète.

Hofbauer (L.). Mechanik der Respirationsstörungen bei pleuralen Erkrankungen : Ursachen der Atemstörung beim Pneumothorax. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 25 mars.) — Les troubles de la respiration dans le pneumothorax.

Hrach. Ueber einen Fall von metastatischer Pneumonie nach einer Otitis media suppurativa. (*Wien. med. Wochensch.*, 18 mars.)

Hunter (W.). A case of acute endocarditis due to the micrococcus gonorrhœæ. (*Brit. Med. Journ.*, 11 mars.)

Illman (G. M.). The etiology and treatment of acute and chronic rheumatism. (*Amer. Medicine*, 11 mars.)

Kaufmann (J.). The so-called atypical forms of gastric ulcer. (*New York Med. Journ.*, 11 mars.)

Labougle. Le dédoublement du premier temps du cœur dans son rapport avec la fatigue commençante de cet organe. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 19 mars.)

Lamicq (E.). El regimen en las enfermedades. In-8°, 24 p. Mexique. — Le régime dans les maladies.

Lancereaux (E.). Etude clinique sur la pathogénie et la séméiotique de l'albuminurie; trois types : albuminuries d'origine épithéliale, albuminuries d'origine vasculaire; albuminuries d'origine nerveuse. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er mars.)

Leale (M.). Aortic regurgitation with chronic miliary tuberculosis in a man 22 years old. (*Med. Record*, 11 mars.)

Lépine (R.). De la glycogénie dans le diabète consomptif. (*Rev. de méd.*, mars.)

Mackenzie (J.). New methods of studying affections of the heart. (*Brit. Med. Journ.*, 11 et 18 mars, 1er, 8 et 15 avril.) — Nouveaux procédés pour l'étude des maladies du cœur.

Margain (L.). Observation d'un cas de diabète bronzé. (*Rev. de méd.*, mars.)

Marsden (R. W.). Late rickets. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.) — Rachitisme tardif.

Massalongo (R.). Sull'origine digestiva del reumatismo articolare acuto. (*Riv. critica di clinica medica*, 28 janv.)

Merkel (H.). Ueber den seltenen Fall einer diffusen akuten Magenphlegmone als Komplikation eines Ulcus ventriculi chronicum. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 11 mars.) — Ulcère chronique de l'estomac compliqué de phlegmon diffus de cet organe.

Mesnard (L.). Dédoublement du second bruit du cœur dans la myocardite des vieillards, sans rétrécissement mitral. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 26 fév.)

MALADIES INFECTIEUSES

Arneth (J.). Blutuntersuchungen bei der Tuberkulose der Lungen und bei der Tuberkulinkur. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 mars.) — Recherches hématologiques sur des sujets atteints de tuberculose pulmonaire et traités par la tuberculine.

Gaunet. Infection sanguine à forme de fièvre intermittente. (*Marseille méd.*, 1er mars.)

Gauthier (P.). Rhumatisme tuberculeux primitif; polyarthrites aiguës, généralisées, précurseurs éloignés d'une tuberculose pulmonaire. (*Lyon méd.*, 2 avril.)

Guyot (G.). Osservazioni sul comportamento della crasi sanguigna nel decorso di un'enterite dissenterica cronica. (*Gazz. degli Osped.*; 5 mars.)

Herzog (M.). Ueber latente und ambulatorische Pest. (*Virchow's Arch.*, CLXXIX, 2.)

Hrivna (V.). O plicnich komplikacich zánetlivych pri tyfu abdominalnim. (*Casopis lékaru ceskych*, 18 et 25 mars.) — Sur les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde.

Jessen (F.). Lungenschwindsucht und Nervensystem. In-8°, 112 p. avec fig. Iéna. — Tuberculose pulmonaire et système nerveux.

Kolle (W.). Ueber den Stand der Typhusschutzimpfungsfrage auf Grund der neuesten Untersuchungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 mars.) — Etat actuel de nos connaissances sur la vaccination antityphoïdique.

Kraus (H.). Ueber prämenstruelle Temperatursteigerung bei Lungentuberkulose. (*Wien. med. Wochensch.*, 25 mars.) — La fièvre prémenstruelle des phtisiques.

Lambrior (A. A.). Contribution à l'étude du pleuro-typhus et des pleurésies typhiques. (*Bull. de la Soc. des méd. et natural. de Jassy*, mars.)

Legge (T. M.). On industrial anthrax. (*Lancet*, 18 et 25 mars et 1er avril.)

Lichty (J. A.). Tuberculosis of the gastrointestinal tract; report of a case of perforation and partial stenosis of the bowels. (*Amer. Medicine*, 11 mars.)

Marchoux (E.). Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes dans les pays chauds, particulièrement au Sénégal. (*Rev. med.-cirurgica do Brazil*, janv.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bertolotti (M.). Tabe ereditaria tardiva per sifilide congenita. (*Riforma med.*, 28 janv.)

Consiglio (P.). Le disfrenie cefalalgiche. (*Policlinico*, 5 et 12 mars.)

Contet. Les méthodes de rééducation, en thérapeutique (rééducation psychique, motrice, sensorielle et organique). In-16, 268 p.

Courtellemont. Paralysie saturnine généralisée, par intoxication professionnelle, chez une ramasseuse de sacs. (*Nord méd.*, 1er mars.)

Cullerre (A.). De l'excitation sexuelle dans les psychopathies anxieuses. (*Arch. de neurol.*, fév.)

Dauchez (H.). Syphilis cérébrale précoce avec exophtalmie chez l'enfant et chez l'adolescent. (*Arch. de méd. des enfants*, mars.)

Debray. Pathogénie de la déviation conjuguée des yeux et de la tête. (*Journ. de neurol.*, 5 mars.)

Dercum (F. X.). Dementia præcox. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 fév.)

Diller (T.). Delirium as a symptom of hysteria. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 mars.)

Dromard. Etude clinique sur la stéréotypie des déments précoces. (*Arch. de neurol.*, mars.)

Dunton (W. R.). The relation of states of apprehension to cardiac disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 mars.)

Féré (Ch.). Contribution à l'histoire de la neurasthénie sexuelle. (*Rev. de méd.*, mars.)

Flatau (G.). Die Chorea (Veitstanz). In-8°, 32 p. Leipzig.

Garnier (S.) et **Santenoise** (A.). Réflexions sur un cas nouveau de paralysie générale conjugale d'origine syphilitique. (*Arch. de neurol.*, fév.)

Hall (H. J.). The systematic use of work as remedy in neurasthenia and allied conditions. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 12 janv.) — Le traitement de la neurasthénie et des états analogues par le travail méthodique.

Hirschfeld (H.). Ueber eine bisher noch nicht bekannte Begleiterscheinung der Parese des Nervus peronæus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 mars.) — Sur un phénomène, jusqu'à présent inconnu, qui accompagne la parésie du nerf sciatique poplité externe.

Idelsohn (H.). Ueber schmerzende Füsse. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 4 fév.) — Des pieds douloureux.

Infeld (M.). Ein Fall von periodischer Lähmung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 mars.) — Paralysie périodique.

Janet (P.). The psycholeptic crises. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 26 janv.)

Jansky (J.). O prognose akutnich psychos. (*Casopis lékaru ceskych*, 11 mars.)

Kaposi (H.). Pseudospastische Parese. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 2.)

Klempner (S.). Ueber choreatische Diplegie mit isolirten, symmetrischen Muskellähmungen von schlaffem, atrophischem Charakter. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mars.)

Kronthal (P.). Metaphysik in der Psychiatrie. In-8°, 92 p. Iéna.

Lumbroso (G.). Sulla neurosi traumatica. (*Clinica moderna*, 8 et 15 mars.)

Marix. Quelques observations d'amnésie passagère avec conservation apparente de l'intégrité psychique consécutive à un traumatisme cérébral. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mars.)

CHIRURGIE

Cernezzi (A.). La trapanazione primitiva nelle fratture complicate della volta cranica. (*Riforma med.*, 21 janv.)

Delagénière (H.). Un cas de kyste dermoïde de la région de l'épaule. (*Arch. provinc. de chir.*, janv.)

Hirschel (G.). Kasuistischer Beitrag zur Trepanation bei Meningitis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 2.)

Houzel (G.). De l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne dans les ankyloses vicieuses de la hanche et de l'ostéotomie du genou pour ankyloses angulaires. (*Arch. provinc. de chir.*, janv.)

Jaboulay. La gastrostomie dans certaines formes de péritonite. (*Lyon méd.*, 12 mars.)

Jeanne. Essai de traitement rationnel des empyèmes chroniques non tuberculeux de l'adulte. (*Normandie méd.*, 1er avril.)

Johnston (G. B.). A case of bilateral diffuse virginal hypertrophy of the breasts. (*Arch. internation. de chir.*, II, 2.) — Hypertrophie diffuse des deux seins chez une vierge.

Joynt (R. L.). Notes on a case of pressure stasis. (*Lancet*, 1er avril.) — Infiltration ecchymotique diffuse de la face par compression du tronc.

Kaposi (H.). Totale Abreissung der Gesichtsmaske. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 2.) — Arrachement total du masque facial.

Karewski. Ueber Wechselwirkungen zwischen Diabetes und chirurgischen Eingriffen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6, 13 et 20 mars.) — Diabète et interventions chirurgicales.

Keetley (C. R. B.). Plastic surgery. (*Lancet*, 4 mars.)

Kindt (R.). Ueber einen Fall von disseminierter Fettnekrose infolge Schussverletzung des Pankreas. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 mars.) — Nécrose adipeuse disséminée consécutive à une blessure du pancréas par coup de feu.

König (F.). Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 8e éd. T. III. In-8°, 972 p. Berlin.

Kouznetzov (M.). Sur le traitement chirurgical des affections des voies biliaires (en russe). (*Roussk. Vratch*, 5, 12 et 19 fév.)

Lenormant (Ch.). Chondromes de l'annulaire et du médius et troubles de croissance du squelette antibrachial. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Leonardi (A.). Ferita del diaframma. (*Policlinico*, 5 mars.) — Plaie du diaphragme.

Lissauer. Sekundäre Verbiegung des Unterschenkels nach Fraktur. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, mars.) — Incurvation de la jambe consécutive à une fracture.

Lockwood (C. B.). The relationships between colitis and appendicitis from a surgical point of view. (*Brit. Med. Journ.*, 4 mars.)

Lotheissen (G.). Diagnostik und Therapie der wichtigsten Speiseröhrenerkrankungen. (*Wien. med. Presse*, 26 mars.) — Diagnostic et traitement des principales affections de l'œsophage.

Maradei (M.). Chirurgia conservativa. (*Gazz. degli Osped.*, 12 mars.)

Maslovsky (M.). Un cas de morsure de tigre (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 fév.)

Maylard (A. E.). Abdominal pain; its causes and clinical significance. In-8°, 316 p. Londres. — La douleur abdominale; ses causes et sa signification clinique.

McBurney (C.). The surgical treatment of hæmorrhoids. (*New York Med. Journ.*, 4 mars.)

McWilliams (C. A.). Resection of gangrenous intestine due to a volvulus following a second attack of appendicitis; intestinal obstruction caused by unoperated appendicitis. (*New York Med. Journ.*, 4 mars.)

Meyer (L.). Ueber Darmverengerungen nach unblutiger oder blutiger Reposition eingeklemmter Brüche. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 4-6.) — Les rétrécissements de l'intestin consécutifs à la réduction sanglante ou non sanglante des hernies étranglées.

Michel (G.). Kyste para-rénal et juxta-intestinal d'origine lymphatique; laparotomie; énucléation; guérison. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mars.)

Morestin (H.). Lupus de la face dorsale de la main et des doigts, consécutif à une tumeur blanche d'une des articulations du médius; lymphangite tuberculeuse; extirpation; greffe italienne. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Morris (R. T.). Bile-tract adhesions. (*Med. Record*, 25 mars.) — Adhérences péribiliaires.

Morton (W. J.). Local anesthesia by cataphoresis and by mechanical pressure. (*Med. News*, 18 mars.)

Moullin (C. W. M.). The cause of pain in cases of gastric ulcer and its bearing upon the operation of gastro-jejunostomy. (*Lancet*, 4 mars.) — L'origine de la douleur dans l'ulcère de l'estomac et sa signification au point de vue de la gastrojéjunostomie.

Müller (B.). Die moderne Wundbehandlung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 4 mars.) — Le pansement moderne des plaies.

Mumford (J. G.). Gastro-enterostomy. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 26 janv.)

Mummery (J. P. L.). On the physiology and treatment of surgical shock and collapse. (*Lancet*, 18 et 25 mars et 1er avril.)

Munro (J. C.). The humane treatment of malignant disease from a surgical point of view. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 19 janv.)

Murphy (J. B.). A case of cervical rib with symptoms resembling subclavian aneurism. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Côte cervicale avec symptômes rappelant ceux d'un anévrysme de l'artère sous-clavière.

Negroni (G.). Sopra un caso di mixoma pura dello scheletro del metacarpo; contributo alla casistica dei tumori della mano. (*Arch. di ortopedia*, XXII, 2.)

Oberst. Zur Kenntnis des primären Magensarkoms. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 2.) — Sur le sarcome primitif de l'estomac.

Openshaw (T. H.). The treatment of severe curvatures in the tibiæ by means of manual osteoclasis. (*Lancet*, 4 mars.)

Ouvry (P.). Deux cas de kystes hydatiques. (*Année méd. de Caen*, fév.)

Owen (E.). On affections of some joints as met with in general practice. (*Brit. Med. Journ.*, 25 mars.) — Sur certaines affections articulaires.

Pachnio (F.). Ueber Dauerresultate der Colopexie bei hochgradigem Rectumprolaps. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 2.) — Résultats éloignés de la colopexie dans les prolapsus étendus du rectum.

UROLOGIE

Guyon (F.). De la chloroformisation de la vessie. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er fév.)

Habs. Ueber Nierenverletzungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 mars.) — Sur les blessures du rein.

Kornfeld (F.). Zur Symptomatologie der Urosepsis. (*Wien. med. Wochensch.*, 11 et 18 mars.)

Lilienthal (H.). Exploratory operations relating to the kidney. (*Med. News*, 11 mars.) — Les opérations exploratrices sur le rein.

Lowson (D.). A case of intrapelvic extravasation of urine. (*Lancet*, 25 mars.)

Lydston (G. F.). Etiology of acute prostatic inflammation and suppuration. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, mars.)

Monié. Rétrécissement cicatriciel proprement dit de l'urèthre, consécutif à la varicelle, chez un enfant de cinq ans; uréthrotomie interne; guérison. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er mars.)

Moritz (O.). Zur Kenntnis der Eiweisskörper im nephritischen Urin. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 18 mars.) — Sur les albuminoïdes de l'urine dans la néphrite.

Nicolich. Pyonéphrose calculeuse; néphrolithotomie; guérison sans fistule. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er mars.)

Pasteau (O.). La décapsulation dans les néphrites médicales. (*Nord méd.*, 1er mars.)

Pierantoni (G.). Intorno a un caso di pionefrosi sinistra da calcolo. (*Gazz. degli Osped.*, 12 mars.)

OPHTALMOLOGIE

Albertotti (G.). Osservazioni anatomiche sopra la cataratta diabetica. (*Memorie dell'Accad. di scienze, lettere ed arti in Modena*, 6.)

Berger (E.) et **Lœwy** (R.). Les troubles oculaires d'origine génitale chez la femme. In-16, 232 p. F. Alcan.

Frenkel (H.). Recherches sur la tension artérielle dans le glaucome. (*Arch. d'ophtalmol.*, janv.)

Greenwood (A.). Obstructions in the retinal arteries. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 mars.)

Harman (N. B.). The conjunctiva in health and disease. In-8°, 292 p. Londres.

Jackson (E.). Purulent conjunctivitis and blindness. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 mars.) — Conjonctivite purulente et cécité.

Kozlovsky (M.). Contribution à l'étude des lésions traumatiques de l'œil (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 19 fév.)

Landolt (E.). Une nouvelle opération sur les muscles oculaires : l'allongement musculaire. (*Arch. d'ophtalmol.*, janv.)

Morax (V.). Note sur les concrétions des canalicules lacrymaux. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Moretti (E.). Sopra un caso di dacrioadenite orbitaria suppurata consecutiva ad erisipela facciale. (*Ann. di ottalmol.*, janv.)

Plenk (F. L.). Ein Beitrag zur Kasuistik des pulsierenden Exophthalmus. (*Wien. med. Presse*, 5 mars.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Engelbach. Note sur un cas de calcul vésical chez la femme. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 mars.)

Fleischmann (C.). Beitrag zur Frage der Spontanheilung des Chorionepithelioms. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.) — De la guérison spontanée du chorio-épithéliome.

Franqué (O. von). Zur Indikation des Schambeinschnittes nach Gigli. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 mars.) — Sur les indications de la pubiotomie d'après le procédé de Gigli.

Gaide. Du rôle du paludisme en obstétrique. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Gigli (L.). Die Symphyseotomie ist eine chirurgisch inkorrekte Operation. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 mars.)

Glockner (A.). Beitrag zur Kenntnis der soliden Ovarialtumoren. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 1.)

Gross (H.). Inwiefern ist beim Vorliegen einer Neurose oder Psychose künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft medizinisch indiziert und juristisch gestattet? (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 mars.) — L'interruption artificielle de la grossesse est-elle médicalement indiquée et juridiquement légitime chez une femme atteinte de névrose ou de psychose?

Haberda (A.). Ueber die Berechtigung zur Einleitung der künstlichen Fehlgeburt. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 mars.) — La légitimité de l'avortement provoqué.

Hammerschlag (S.). Ueber die Frage der Bekämpfung des Uteruskrebses. (*Med. Klinik*, 19 mars.) — Sur la lutte contre le cancer de l'utérus.

Hartmann (H.). Kyste du ligament large à pédicule tordu. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, fév.)

Heaton (G.). Some peculiarities of appendicitis in the female sex, with special reference to appendicitis occurring during pregnancy. (*Brit. Med. Journ.*, 4 mars.)

Herff (O. von). Zur Frage der Opferung des lebenden Kindes zum Vorteil der Mutter. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 fév.) — Faut-il sacrifier l'enfant pour sauver la mère?

Hörmann (K.). Ueber Pseudoaszites bei Ovarialtumoren und dessen klinische Bedeutung. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 mars.)

Hubbard (J. C.). Cesarean section for dystocia following myomectomy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Johnson (J. T.). The effects of gonorrhœa on the female generative organs. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 mars.)

Keim (G.). Traitement des hémorrhagies puerpérales. In-16, 244 p.

Keyes (A. B.). The sequelæ and treatment of abortion. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Kletzkine (M.). Fistule vésico-vaginale; suture; complication post-opératoire; guérison complète (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 19 fév.)

Küstner (O.). Zur Indikation und Methodik der Sterilisation der Frau. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.) — Indications et procédés de la stérilisation de la femme.

Lauenstein (C.). Eine Erleichterung der vaginalen Uterusexstirpation bei verdickter Cervix. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 18 mars.) — Procédé facilitant l'hystérectomie vaginale dans l'hypertrophie du col.

Lea (A. W. W.). Some remarks on puerperal infection. (*Brit. Med. Journ.*, 18 mars.)

Lewis (D. G.). Fibromyomata of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Livon (J.). Accouchement spontané chez une femme ayant déjà subi une symphyséotomie. (*Marseille méd.*, 15 mars.)

Lovrich (J.). Die Extraktion nach Müller. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.)

Meurice (J.). De la pathogenèse et de la thérapie de l'éclampsie. (*Belgique méd.*, 16, 23 et 30 mars.)

Meyer-Rüegg (H.). Kompendium der Frauenkrankheiten. In-8°, 310 p. avec fig. Leipzig. — Compendium de gynécologie.

Sothoron (E.). The application of the forceps in contracted pelves. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

PÉDIATRIE

Holt (L. E.). Gonococcus infections in children, with especial reference to their prevalence in institutions and means of prevention. (*New York Med. Journ.*, 18 et 25 mars.) — Les infections gonococciques chez les enfants.

Hudson-Makuen (G.). Retarded development of speech in young children. (*New York Med. Journ.*, 4 mars.) — Apparition tardive de la parole chez l'enfant.

Langstein (L.) et **Meyer** (L. F.). Die Acidose im Kindesalter : Die Acidose des älteren Kindes. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 3.) — L'acidose pendant la deuxième enfance.

Manara (G.) et **Grassi** (G.). Appunti sulle consultazioni dei lattanti rispetto alla assistenza della prima infanzia. In-8°, 35 p. Milan.

Meyer (L. F.). Zur Kenntnis der Acetonurie bei den Infectionskrankheiten der Kinder. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 3.) — Sur l'acétonurie dans les maladies infectieuses des enfants.

Monteiro Vianna. Intolerancia pelo leite de mulher. (*Gazeta clinica de S. Paulo*, mars.) — Intolérance à l'égard du lait de femme.

Reyher (P.). Beitrag zur Frage nach dem Nahrungs- und Energiebedürfnis des natürlich ernährten Säuglings. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 4.) — Sur le besoin de nourriture et d'énergie du nourrisson élevé au sein.

Rhein (J. H. W.). Spastic diplegia following pertussis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 mars.) — Diplégie spasmodique consécutive à la coqueluche.

Rietschel (H.). Zur Kenntnis des Kreatininstoffwechsels beim Säugling. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 4.) — Sur les échanges de créatinine chez le nourrisson.

Southworth (T. S.). The digestion of caseins, and its relation to certain problems in infant feeding. (*Med. Record*, 4 mars.)

Still (G. F.). On the diagnosis and treatment of hypertrophy of the pylorus in infants. (*Lancet*, 11 mars.)

Torkel (K.). Angeborene hochgradige Erweiterung des Dünndarmes ohne Stenose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 mars.) — Dilatation congénitale extrême de l'intestin grêle sans rétrécissement concomitant.

Vallette (P.) et **Condo di Satriano**. Un cas de hernie diaphragmatique chez un nouveau-né. (*Marseille méd.*, 1er mars.)

Wieder (H. S.) et **Springer** (H. L.). Tuberculous meningitis with congenital stricture of the rectum. (*New York Med. Journ.*, 18 mars.)

Zabalouiev (V.). Le goitre et la carie dentaire chez les écoliers (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 19 fév.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Chavasse (P.). Perforation de la membrane du tympan de l'oreille droite par la pointe d'un sabre de cavalerie pendant une charge. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

Folet. Fibro-myxome du sinus maxillaire. (*Echo méd. du Nord*, 12 mars.)

Gutzmann (H.). Ueber die neueren Fortschritte in der Untersuchung und Behandlung der Sprachstörungen. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, VIII, 10 et 11.) — Les progrès récemment réalisés dans l'examen et le traitement des troubles de la parole.

Herzfeld (J.). Ueber Meningo-Encephalitis serosanasalen Ursprungs. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 mars.)

Hödlmoser. Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper im Larynx. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 mars.) — Corps étranger du larynx.

Hue (F.). L'infection purulente dans l'otite moyenne. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 mars.)

Knapp (H.). Technique de l'ouverture et des soins consécutifs de l'abcès cérébral otogène. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, janv.)

Lederman (M. D.). Radical operation for the removal of a bullet weighing 70 grains embedded in the internal wall of the middle ear, with decided improvement in the subjective symptoms. (*Med. Record*, 11 mars.) — Extraction d'une balle du poids de 4 gr. 20 centigr., encastrée dans la paroi interne de l'oreille moyenne; amélioration notable des phénomènes subjectifs.

HYGIÈNE

Angelici (G.). Le sostanze tossiche dell'aria espirata e confinata. (*Policlinico*, 19 et 26 mars.)

Cobb (J. O.). Is the common house fly a factor in the spread of tuberculosis? (*Amer. Medicine*, 25 mars.) — La mouche joue-t-elle un rôle dans la propagation de la tuberculose?

Herzog (M.). Suctorial and other insects as plague carriers; a new species of rat flea. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Le rôle des insectes, suceurs et autres, dans la propagation de la peste; une nouvelle espèce de puce du rat.

Rosanov (P.). Le rôle de l'eau dans la propagation des épidémies de choléra (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 4.)

Triboulet (H.). Tuberculose et hygiène; régime des boissons. (*Ann. d'hyg. publ.*, mars.)

Vaughan (V. C.). The use of food preservatives. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 mars.) — L'emploi de produits antiseptiques pour la conservation des denrées alimentaires.

Vivaldi (M.) et **Rodella** (A.). Le infezioni da ostriche. (*Policlinico*, 19 et 26 mars.)

Went (J. C.). De strijd tegen de tuberculose. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 4 fév.) — La lutte contre la tuberculose.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Achard (C.). Le rôle du sel en thérapeutique. In-8°, 34 p. avec fig.

Ayer (J. C.). A study of 15 cases of erysipelas treated by injections of antistreptococcus serum. (*Med. Record*, 4 mars.)

Béni-Barde. Exposé de la méthode hydrothérapique (histoire; théories; technique; applications cliniques). In-8°, 459 p.

Capuano (M.). Tubercolosi ghiandolare e cura col metodo Durante. (*Policlinico*, 26 mars.)

Ceci (M.). Sopra un caso di tubercolosi gravissima trattata coll'emoantitossina. (*Gazz. degli Osped.*, 5 mars.)

Combe (A.). Le traitement de l'entérite mucomembraneuse. In-16, 273 p. avec planches.

Costanzo (M.). Azione terapeutica del clorato di potassa nei cancroidi ulcerati. (*Gazz. degli Osped.*, 16 mars.)

Dagron. Massage des membres. In-8°, 488 p. avec fig.

De Renzi (E.). Die moderne Behandlung der Herzleiden. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 mars.) — Le traitement moderne des cardiopathies.

Grande (E.). Il massaggio addominale come diuretico. (*Riv. internazion. di terapia fisica*, mars.)

Guimaraes (A.). O tratamento das feridas pelo balsamo peruviano. (*Brazil-medico*, 8 mars.) — Le traitement des plaies par le baume du Pérou.

Henry (F. P.). The medical treatment of gastric ulcer. (*Amer. Medicine*, 11 mars.)

Juliusberg (M.). Gefrierbehandlung bei Hautkrankheiten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 mars.) — Sur le traitement des dermatoses par la congélation.

Kelemen (D.). Ein geheilter Fall von Leberechinococcus durch Anwendung des Baccelli'schen Verfahrens. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLI, 1-2.) — Echinocoque du foie guéri par le procédé de Baccelli.

BACTÉRIOLOGIE

Baumgarten (P. von) et **Tangl** (F.). Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bacterien, Pilze und Protozoën (18. Jahrgang, 1902). 2e partie. In-8°, p. 385 à 1364. Leipzig. — Compte rendu des progrès réalisés dans l'étude des microorganismes pathogènes pendant l'année 1902.

Beck (M.). Zur Frage der säurefesten Bazillen. (*Tuberkulose-Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, 3.) — Sur les bacilles acido-résistants.

Bodin (E.). Les bactéries de l'air, de l'eau et du sol. In-16, 199 p.

Dudgeon (L. S.) et **Sargent** (P. W. G.). On peritonitis, a bacteriological study. (*Lancet*, 25 fév., 4 et 11 mars.)

Fergus (F.). Some practical aspects of conjunctival bacteriology. (*Brit. Med. Journ.*, 11 mars.)

Fränkel (E.). Ueber menschenpathogene Streptokokken. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 mars.) — Sur les streptocoques pathogènes pour l'homme.

Frankenberger (O.). Sur la présence des bactéries dans le larynx. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, fév.)

Gautié (A.). Sur la détermination quantitative du colibacille dans les eaux d'alimentation. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

Saul (E.). Beiträge zur Morphologie der pathogenen Mikroorganismen, Diphtherie- und Pseudodiphtheriebazillen. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 mars.)

VARIA

Responsabilité civile en cas de communication de la syphilis par relations sexuelles.

Il y a un peu plus de deux ans, nous signalions, sous ce même titre, un jugement du tribunal civil de la Seine condamnant à 12,000 francs de dommages-intérêts un individu qui avait communiqué la syphilis à une jeune fille de seize ans dont il avait fait sa maîtresse (Voir *Semaine Médicale*, 1903, Annexes, p. XVII). Si cette décision était particulièrement intéressante à enregistrer, en ce qu'elle est, selon toute vraisemblance, la première rendue en la matière, il faut reconnaître que la circonstance aggravante résultant du jeune âge de la victime de la contamination — circonstance aggravante bien mise en lumière par le dernier des considérants cités dans la *Semaine Médicale* — était de nature à enlever à ce jugement quelque peu de sa portée générale : on pouvait se demander si, en présence d'une demanderesse majeure, et par suite supposée instruite de toutes les conséquences possibles des relations sexuelles, les juges se seraient prononcés de la même manière.

Or, une affaire qui a eu dernièrement son épilogue devant le tribunal civil du Havre donne à penser que la responsabilité civile du contaminateur n'est nullement subordonnée à des circonstances spéciales résultant de la minorité et de l'ignorance de sa victime; il est vrai qu'en l'espèce nous ne sommes pas renseignés d'une façon précise sur l'âge de celle-ci, mais le fait qu'elle est qualifiée *dame* par le jugement permet de conclure qu'elle est mariée, ou veuve ou divorcée, ce qui lui enlève tout droit à une protection particulière. Voici les principaux considérants du jugement rendu en sa faveur le 9 mars 1905 :

« Attendu que le principe général, suivant lequel toute faute préjudiciable à autrui, soit qu'elle découle d'un fait intentionnel, soit qu'elle résulte d'une simple imprudence, légèreté ou négligence, engage la responsabilité de l'auteur, reçoit son application en matière de transmission de maladie vénérienne, spécialement de la syphilis, comme en toute autre matière, alors même que la contagion ne serait pas intentionnelle, car, même dans ce cas, la propagation de la maladie supposant la participation consciente de l'agent contaminé (1) dans l'acte destiné à la transmettre, et dont il pouvait s'abstenir, apparaît comme la conséquence d'une intention de nuire, suffisante aux yeux de la loi pour le rendre responsable;

» Attendu, néanmoins, que l'action en dommages-intérêts de la dame X... contre Z..., basée sur la communication de la syphilis, ne saurait aboutir qu'à la charge par la demanderesse de prouver qu'elle est réellement atteinte du mal allégué, qu'elle a entretenu avec l'adversaire des relations de nature à amener ce mal, et enfin que Z..., au moment où ces relations ont existé, était lui-même contaminé et se savait ou pouvait se croire susceptible de transmettre la contagion;

» Attendu que les documents produits ne laissent aucun doute, tant sur l'existence des relations intimes entre Z... et la dame X... que sur le caractère syphilitique de la maladie dont la demanderesse s'est trouvée atteinte;

» ... Attendu que cette correspondance atteste, en outre, par maints détails caractéristiques, ou maintes allusions transparentes, que Z... était, lui aussi, à la même époque (1898), atteint du même mal; qu'il ne l'ignorait pas et qu'il l'a transmis, etc.;

» Attendu que, la preuve de la contamination involontaire étant ainsi établie, il ne reste plus qu'à rechercher si le contaminant se savait ou pouvait se croire susceptible ou non de transmettre la maladie;

» Attendu, à cet égard, que malgré les allégations de la dame X... sur les confidences de Z... à diverses personnes au sujet de sa maladie, quelque favorables à la demande que soient d'autre part les vraisemblances, et quelque graves que soient les présomptions de responsabilité qui s'évincent des circonstances de la cause, il n'apparaît pas que la mesure complémentaire d'instruction sollicitée par la demanderesse soit inutile; qu'il convient donc de recourir, sur ce point, à une enquête en précisant toutefois qu'elle portera... uniquement sur des faits tendant à prouver que le défendeur personnellement atteint du mal communiqué à la demanderesse se savait ou pouvait se croire, à l'époque où celle-ci fut elle-même contaminée, susceptible de la communiquer. »

Comme on le voit, ce jugement décide que, pour qu'il y ait lieu à réparation pécuniaire, au cas de transmission de la syphilis par relations sexuelles, il suffit que, au moment où la contamination s'est produite, le contaminateur *se sût* ou *pût se croire* susceptible de communiquer l'affection dont il était atteint. Si cette jurisprudence venait à se généraliser, elle ferait plus, pour la prophylaxie des maladies vénériennes, que toutes les mesures surannées de réglementation de la prostitution, qui jurent si étrangement avec les idées modernes et se sont montrées si complètement inefficaces jusqu'ici.

(1) *Et contaminateur*, pourrait-on ajouter pour plus de clarté.

LES

ACCIDENTS DU TRAVAIL AU POINT DE VUE MÉDICAL

D'APRÈS LES TRAVAUX DU CONGRÈS DE LIÈGE

L'application des lois sur les accidents du travail soulève chaque jour, dans les différents pays, des difficultés d'ordre médical dont la solution intéresse tous les praticiens, surtout là où, comme en France, le sinistré a le droit absolu de se confier au médecin de son choix. Si nous ajoutons que les recherches nécessitées par ces problèmes ont éclairé d'un jour nouveau bien des points de pathologie jusqu'ici peu ou mal connus, on comprendra qu'il nous ait paru utile de mettre sous les yeux des lecteurs de la *Semaine Médicale* un tableau exact de l'état actuel de l'ensemble de ces questions, tel qu'il résulte du PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL MÉDICAL DES ACCIDENTS DU TRAVAIL qui vient de se tenir à Liège, du 29 mai au 4 juin.

I

Au début de cette réunion, il a semblé nécessaire de chercher à *définir l'accident*, puisqu'aucune loi, pas plus en France qu'à l'étranger, n'en donne la définition. Certains pensent, d'ailleurs, qu'il est impossible de faire rentrer dans une formule unique la multitude des faits si différents qui sont visés par les diverses législations. Peut-être, si l'accord est si difficile à faire, est-ce parce que beaucoup — même parmi les médecins — tiennent plus compte de leurs désirs, de leurs affinités, que de la juste signification des mots.

Ainsi, M. Thébault (de Paris) et M. Poëls (de Bruxelles), dont les définitions renferment du reste une part de vérité, veulent que l'accident soit une lésion de l'organisme se produisant dans des conditions données; et il a été assez piquant d'entendre un étranger, M. Kooperberg (d'Amsterdam), faire remarquer qu'il avait toujours pensé que le mot « accident », en français, avait une autre signification et voulait désigner un fait anormal, généralement fâcheux. Nous avons soutenu l'opinion de M. Kooperberg, en rappelant la définition que nous avons donnée avec M. Ollive de l'accident: « Fait anormal, étranger au cours naturel du travail ». Il semble que ce soit surtout là une question de philologie à trancher. En tout cas, si le mot accident avait une signification avant le vote des lois sur les accidents du travail, cette signification n'a pas changé depuis. La doctrine de la Cour de cassation, en France, est d'ailleurs formelle et déclare qu'il n'y a lieu à indemnité que lorsque le « fait anormal » a été constaté. Les seules discussions qui s'élèvent devant les tribunaux roulent non pas tant sur une définition de ce qu'est l'accident, que sur le point de savoir si les conditions prévues par la loi ont été remplies pour qu'il y ait lieu à indemnité. Il en est ainsi, par exemple, pour la syphilis des verriers que M. Poëls ne considère pas comme le résultat d'un accident du travail, avis absolument opposé à la jurisprudence française, quoique semblant conforme au texte même de la loi et à l'idée du législateur, qui n'avait peut-être pas prévu cette application.

La même discussion de mots s'est reproduite à propos de la *maladie professionnelle*. Faut-il faire rentrer dans cette catégorie, comme le veut M. Glibert (de Bruxelles), toutes les affections particulièrement fréquentes dans une profession donnée? Doit-on, au contraire, ne considérer que celles dont l'origine résulte nettement de l'exercice de la profession? C'est un magistrat, M. Duchauffour (de Paris), qui a dû rappeler que, si la lésion accidentelle est celle qui découle d'un fait anormal, ce qui caractérise la maladie professionnelle, c'est, au contraire, d'être la conséquence normale du travail.

Tout le monde a reconnu que la législation actuelle, dans aucun pays, ne permet d'assimiler la maladie professionnelle à l'accident du travail. Mais alors que M. Glibert considère comme possible la réparation de la maladie professionnelle au moyen d'un forfait, M. Ollive (de Nantes) et nous-même avons soutenu qu'il se présenterait dans l'application d'une telle législation des difficultés médicales presque insurmontables. S'il est très désirable, en théorie, de couvrir tous les risques professionnels, comment, en pratique, évitera-t-on les discussions provenant de l'incertitude du diagnostic positif, sans parler du diagnostic étiologique, d'une affection donnée? Comment arrivera-t-on, sans injustice, à préciser la part de responsabilité des employeurs successifs? N'ouvrirait-on pas le champ à l'arbitraire le plus absolu, et surtout n'y aurait-il pas là une source de conflits incessants? Il vaudrait mieux établir le forfait sur une autre base et rendre le patron responsable, pour une part à déterminer, de toutes les maladies de l'ouvrier. Médicalement parlant, c'est la seule opinion soutenable. Elle a été défendue aussi par M. Dejace (de Liège), qui a fait ressortir l'impossibilité de faire le partage entre les multiples influences : hérédité, tempérament, travail habituel, hygiène personnelle, qui viennent se combiner dans l'éclosion d'une maladie donnée. M. Bordoni (de Milan), après avoir rappelé que quelques affections, comme le charbon, la peste, etc., peuvent être, en certains cas, le résultat d'accidents proprement dits, a insisté à son tour sur l'impossibilité de songer à la réparation des maladies professionnelles considérées isolément, et s'est rallié aux conclusions soutenues par M. Ollive et nous-même.

II

La fréquence des *hernies* rend particulièrement intéressante l'application de la définition de l'accident à cette lésion. On connaît toutes les discussions qui se sont élevées à ce propos : doit-on, en certains cas, ranger les hernies au nombre des lésions accidentelles, ou, au contraire, les considérer comme le résultat d'une altération lente de l'organisme, sous l'influence de causes répétées? Pour M. Thébault, la hernie elle-même est toujours le fait d'une cause interne dont l'action se répète; dans toute hernie, dit notre confrère, quelle qu'en soit l'origine, il y a deux éléments à considérer : la formation du point faible par où pourra se faire l'issue de l'intestin, et la constitution de la hernie elle-même, avec ses différentes enveloppes, son sac, qui ne peut jamais se produire que lentement et sous l'influence de causes répétées. Le reproche que nous ferons à cette opinion, ou plutôt à la formule qui la résume : « La hernie n'est en aucun cas un accident », est la confusion qui peut en résulter touchant l'indemnisation des blessés. Il est en réalité peu de cas de hernie qui doivent être rangés parmi les lésions accidentelles; il en existe cependant.

M. Liniger (de Bonn) a fourni à cet égard des documents statistiques précieux. L'examen de 1,000 sujets a montré à notre confrère que 20 % des ouvriers présentent une hernie abdominale, et que les trois cinquièmes de ces hernieux ignorent leur infirmité et n'en ressentent aucune gêne. Il faut bien remarquer qu'il ne s'agit pas ici de la simple prédisposition, constatée dans plus de la moitié des cas, mais bien d'une lésion réelle. Cette énorme proportion de « hernieux sans le savoir » explique pourquoi, si souvent, des indemnités sont réclamées de bonne foi pour des hernies ne présentant aucun des caractères de la hernie récente. Aussi M. Liniger se range-t-il à l'avis du *Reichsversicherungsamt* qui exige, pour admettre l'origine traumatique d'une hernie : 1° que le travail accompli ait dépassé en intensité l'effort normal; 2° que le blessé ait cessé tout travail et que des troubles graves l'aient obligé à réclamer des soins médicaux immédiatement, ou, au plus tard, le lendemain de l'accident.

C'est là, d'ailleurs, la règle adoptée également par la jurisprudence française et elle est bien conforme à l'idée que nous nous faisons de l'accident, fait anormal.

Contrairement à une opinion exprimée par certains auteurs classiques, M. Liniger croit à la fréquence relative de la *hernie épigastrique*, en dehors de tout accident. Cette infirmité serait presque toujours ignorée de celui qui en est atteint, puisque, sur 243 sujets affectés de cette variété de hernie, 7 seulement connaissaient leur état. Tout à fait exceptionnellement la hernie épigastrique est le résultat d'un accident, qui consiste presque toujours en une contusion directe des parois. Plus catégorique encore en ce qui concerne la hernie ombilicale, l'orateur rejette absolument pour cette dernière l'origine traumatique, qu'un nombre considérable d'expertises lui a toujours prouvé être invoquée à tort.

Cette communication montre la question sous son véritable jour : la hernie n'apparaît que chez les sujets prédisposés; elle existe, méconnue, chez un grand nombre d'ouvriers, mais, dans certains cas rares, un effort peut en hâter l'apparition ou aggraver une hernie préexistante. Telles ont été les conclusions de presque tous les orateurs qui ont pris la parole sur ce sujet. Une objection a cependant été soulevée : comment reconnaître s'il y a eu un effort anormal? Certes, c'est là parfois un problème délicat, parce que le moteur humain ne travaille pas avec la régularité d'une machine inanimée, mais la réponse peut être faite bien souvent avec certitude. De plus, ce n'est pas seulement sur la notion de l'effort que se fait la distinction entre hernies de force et hernies de faiblesse. La douleur, qui oblige toujours le blessé à quitter immédiatement son travail, et la constatation du petit volume de la hernie, de son unilatéralité, l'état presque normal de la musculature de l'abdomen, de l'orifice inguinal et du trajet herniaire, l'absence d'ectopie testiculaire, la présence d'une ecchymose, feront penser qu'on se trouve en face d'une hernie dite de force. Encore M. Liniger prouve-t-il, par plusieurs observations, que ces constatations, et en particulier le faible volume de la hernie, la douleur à l'exploration du trajet herniaire, la petitesse de l'anneau inguinal, ne suffisent pas pour affirmer qu'on se trouve en face d'une hernie récente. Aussi MM. Fournaise et Berruyer (de Paris) émettent-ils l'avis qu'on devrait procéder, au moment de l'embauchage, à l'examen systématique de l'ouvrier. Cet examen ne devrait même pas être unique, car, en certains cas, une hernie peut n'apparaître que par intermittences, notion intéressante à utiliser dans les expertises.

Parfois l'opération pourra fournir des renseignements précieux, décisifs dans un sens ou dans l'autre, si l'on se trouve en présence d'une déchirure musculaire avec ecchymose plus ou moins étendue, ou, au contraire, d'un sac bien développé, adhérent aux éléments du cordon, à collet épaissi, à contenu adhérent. Ce seront là de meilleurs signes que celui de l'irréductibilité, que M. Van Hassel (de Pâturages) croit très fréquente dans la hernie de force, contrairement à l'opinion de MM. Forgue et Jeanbrau (de Montpellier).

La responsabilité patronale, en cas d'*étranglement herniaire*, est beaucoup moins discutée que pour la hernie. Il est certain qu'ici l'effort est très fréquemment en cause. C'est l'avis exprimé par MM. Hannecart (de Bruxelles) et Van Hassel. Chaque cas doit être examiné séparément et comporte sa solution particulière suivant les circonstances de fait.

A considérer le nombre des ouvriers porteurs de hernie, on peut se demander si une lésion aussi banale doit être indemnisée. En fait, elle ne semble guère créer une infériorité de tra-

vail. Cependant, les porteurs de hernie accusent parfois des douleurs assez violentes. M. Blind (de Strasbourg) croit que souvent ces douleurs sont d'ordre psychique et disparaissent par le port d'un bandage, même mal posé et ne contenant pas l'intestin. Il est un cas, au moins, où l'incapacité permanente ne semble pas exister : c'est lorsqu'une cure radicale a été pratiquée. M. Randone (médecin militaire italien) montre que le hernieux opéré n'est pas plus exposé que n'importe quel autre ouvrier : les statistiques du service de santé militaire italien, depuis neuf ans, n'accusent que 4 % de récidives.

III

L'importance des *premiers soins* à donner aux victimes d'accidents a été soulignée dans de nombreux rapports. Il est certain que d'eux dépendra souvent l'avenir du blessé. M. Meyer a exposé l'organisation de Berlin avec ses postes de secours disséminés dans la ville et reliés téléphoniquement à une station centrale. En Allemagne, ce sont surtout les sociétés privées qui assument le soin des premiers secours. Il semble qu'en temps de paix, il y ait là un vaste champ d'action où pourraient se former les membres des sociétés de la Croix-Rouge. Les résultats obtenus à Berlin ne sont pas négligeables : en 1904, les services de secours ont été requis dans plus de 66,000 cas. Les contributions des sociétés d'assurances pourraient subvenir, en grande partie, aux frais d'organisation.

L'intérêt de créations de ce genre apparaît si clairement que plusieurs compagnies d'assurances n'ont pas hésité à fonder, au milieu des agglomérations industrielles, ou même dans les grands établissements, des postes de secours, mais il faut un personnel capable de se servir des ressources ainsi mises à sa disposition. Or, les recherches de M. Thisquen (de Liège) lui ont montré trop souvent des boîtes de pansement dans un état lamentable. Il importerait qu'un infirmier instruit fût attaché à chaque poste sanitaire, ou, plus simplement, que, dans toute usine, un enseignement médical élémentaire fût donné aux ouvriers les plus intelligents. Leur apprendre à pratiquer une hémostase provisoire, à ne pas aggraver une fracture par des manœuvres intempestives, et, avant tout, à ne pas souiller une plaie, tel serait le programme, facile à réaliser.

Une grande difficulté s'oppose en France à la réalisation de ces réformes, c'est la liberté absolue laissée à l'ouvrier de choisir son médecin. Une société industrielle hésitera toujours à faire les frais d'installations médicales où les ouvriers refuseront peut-être, sur un mot d'ordre, de se laisser soigner. *A fortiori*, la construction d'hôpitaux spéciaux, préconisés par certains confrères étrangers, et qui donnent de bons résultats en Allemagne, est impossible dans notre pays.

Il est une période de traitement particulièrement intéressante. C'est celle où la réparation chirurgicale est obtenue, mais où la guérison fonctionnelle n'est pas encore atteinte. M. Courtault (de Paris) préconise la mécanothérapie comme le seul agent vraiment efficace pour détruire les raideurs articulaires, pour diminuer les œdèmes, pour combattre l'atrophie musculaire. Mais M. Deléarde (de Lille) pense qu'il est une mécanothérapie simplifiée, sans appareils, que tout médecin peut appliquer et qui trouve particulièrement ses indications dans les petits centres et à la campagne : il suffit au médecin de bien étudier le mouvement qu'il veut ramener dans le membre blessé ; un système de bandes de caoutchouc et de poids gradués composera tout l'appareil employé. Mécanothérapie simplifiée ou avec appareils ne donnera d'ailleurs des résultats que sous une direction médicale intelligente et constante, et ces résultats seront d'autant meilleurs que le blessé voudra davantage s'aider lui-même.

La loi française ne pousse pas l'ouvrier à apporter cette contribution personnelle au traitement, parce qu'elle n'a pas prévu l'incapacité partielle temporaire. Un ouvrier peut être en état de faire une demi-journée de travail, alors qu'une journée complète lui serait, au contraire, défavorable par la trop grande fatigue occasionnée. M. Courtault montre combien il est difficile de procéder à cette reprise graduelle du travail et préconise l'idée d'ateliers de convalescence. La réalisation en semble bien malaisée, sauf pour quelques professions, et il vaudrait peut-être mieux insister auprès des patrons pour qu'ils reprissent, avec un salaire diminué, les ouvriers en état de recommencer leur tâche sans avoir recouvré l'intégrité de leurs fonctions. Ce serait là, pour le blessé, le meilleur moyen de récupérer peu à peu ses forces et les compagnies d'assurances trouveraient un réel avantage à obtenir, par le versement du complément du salaire, une reprise plus hâtive du travail, qui, dans bien des cas, éviterait une incapacité permanente.

IV

Comme nous le disions au début de cet article, un des plus curieux et plus utiles résultats médicaux des lois sur les accidents du travail est d'avoir provoqué des recherches sur certains points de pathologie peu connus jusqu'ici. Bien des symptômes mal étudiés, négligés, ont été plus fouillés dans leur pathogénie.

On savait depuis longtemps, par exemple, que souvent, à la suite d'un traumatisme du membre inférieur, il persiste des douleurs dans le pied, diminuant fortement la capacité de travail. Le traumatisme déterminant a été une fracture de cuisse, une entorse, un écrasement du pied, etc. A première vue, il semble que la guérison est complète ; la forme du pied est normale, la voûte plantaire est bien concave, et pourtant on observe tous les symptômes du pied plat. M. Schanz (de Dresde) croit qu'il s'agit là d'une véritable *insuffisance du pied ;* la voûte plantaire résiste mal à la poussée du poids du corps, d'où la douleur. Mais n'y aurait-il pas plutôt un processus de décalcification osseuse ? Ou, mieux encore, ces douleurs post-traumatiques ne relèvent-elles pas, selon les cas, de lésions anatomiques différentes les unes des autres ? M. Imbert (de Montpellier) soutient que, dans tous les traumatismes osseux, il y a un processus de raréfaction osseuse, très précocement décelable par la radiographie. Toutefois, dit M. von Winiwarter (de Liège), il faut bien distinguer les troubles trophiques banaux qu'on peut observer d'avec les véritables ostéites raréfiantes, évoluant parfois rapidement, pouvant se montrer du côté sain et s'accompagnant de très violentes douleurs. Sans radiographie, on arrive par l'acupuncture à déceler cette altération osseuse : une aiguille fine, après avoir traversé une mince couche osseuse, ne rencontrera plus aucune résistance.

Dans le même ordre d'idées, mentionnons encore le problème des *rapports des traumatismes avec les diverses manifestations tuberculeuses*, qui s'est tant de fois posé devant les tribunaux. L'accident a-t-il été la cause déterminante de la tuberculose ? N'a-t-il été que révélateur d'une tuberculose latente ? A-t-il donné un coup de fouet à une lésion en voie de guérison ? MM. Cunéo (de Paris) et Jeanbrau rappellent les faits expérimentaux de M. Max Schüller, de MM. Lannelongue et Achard (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 164 et 1905, p. 79), de M. Hensell, de M. Petroff, et en concluent que, chez un animal en puissance de tuberculose, le traumatisme n'est jamais producteur, révélateur ou aggravateur d'une tumeur blanche. Mais chez l'homme il ne semble pas en être ainsi. La présence du bacille de Koch à l'état latent est extrêmement fréquente et ne se traduit parfois par aucun signe clinique. Le traumatisme, en provoquant une certaine congestion, peut faciliter l'évolution de la maladie. Il peut aussi, mais le cas est plus rare, déterminer la fixation d'une embolie bacillaire venant d'un foyer éloigné. Une contusion thoracique, en créant un foyer hémorrhagique, permettra au bacille de Koch inspiré de se fixer et de se développer dans le poumon. Au niveau des articulations et des os, le trauma peut produire le réveil d'une tuberculose locale en voie de sclérose, mais ce cas doit être rare, et, comme le pense M. Lannelongue, l'affection latente est souvent elle-même la cause du traumatisme, par la maladresse inconsciente qu'elle détermine dans la jointure malade.

L'interprétation des faits, au point de vue du dommage causé, demande beaucoup d'attention. Il est nécessaire que le premier examen du médecin porte sur l'état exact du blessé, sur les lésions présentées tant au niveau du traumatisme qu'en des points éloignés de l'organisme. Si le trauma a réveillé une tuberculose absolument latente, le dommage causé est très grand. Si, au contraire, il n'y a eu qu'aggravation d'une lésion préexistante, il y a lieu de très fortement diminuer la responsabilité patronale et, sur ce point, MM. Cunéo et Jeanbrau se rangent à l'opinion exprimée à diverses reprises par nombre d'auteurs, par M. Sachet, par M. Mosny, par M. Brouardel, par M. Thoinot, par M. Ollive et nous-même, par M. Rémy. Enfin, dans certains cas, extrêmement rares, où il y aura eu appel à la fixation tardive du bacille de Koch, la responsabilité patronale sera complète.

C'est aussi l'avis de M. Stobbaerts (de Bruxelles), qui considère que si le traumatisme n'a joué qu'un rôle *aggravateur*, cet effet est trop incertain pour pouvoir être évalué, tandis que s'il a été *révélateur*, on doit le considérer comme de très grande importance, car la lésion tuberculeuse eût pu rester latente pendant bien longtemps encore.

V

L'étude des *névroses traumatiques* prend de plus en plus d'importance dans la médecine des accidents. Leur augmentation de fréquence depuis la mise en vigueur des lois ouvrières a pu faire croire souvent à la simulation. M. De Marbaix (d'Anvers) apporte à ce sujet un document bien intéressant. Sur 14,000 blessés, avant la loi belge de 1903, il n'a pas observé un seul cas d'hystéro-traumatisme, tandis que, aux chemins de fer de l'Etat belge, où, depuis longtemps, les blessés reçoivent des indemnités en cas d'accident, le nombre des névroses traumatiques est énorme. Quelle conclusion en tirer ? Faut-il croire à une certaine part d'exagération ? Le chômage prolongé n'est-il pas pour quelque chose dans l'éclosion des accidents nerveux ? Il est difficile de se prononcer, tant sont nombreuses les influences pathogéniques, et tant elles sont mal connues encore.

Qu'est-ce d'ailleurs au juste que les névroses traumatiques ? Personne ne les considère plus comme une entité morbide ; il est probable que nombre de cas étiquetés « névrose » correspondent à des lésions organiques plus ou moins étendues du système nerveux central. Les autres, pour le moment, sont considérés comme relevant de l'hystérie, de la neurasthénie. Pour les accidents hystériques proprement dits, M. Verstraete (de Lille) ne croit pas exacte l'opinion naguère émise par M. Vibert, pour qui le traumatisme et l'émotion sont suffisants comme étiologie. Le traumatisme ne crée pas l'hystérie, mais il la développe chez des individus prédisposés. Les symptômes qui relèvent de cette hystérie sont le plus souvent locaux : ce sont des troubles de motilité ou de sensibilité, des troubles trophiques ou sensoriels, de l'exagération des réflexes, etc. Il n'est aucun symptôme qui n'ait pu être noté, presque toujours avec localisation au point traumatisé. Il y a cependant des exceptions, et M. Nuel (de Liège)

attire l'attention sur un syndrome singulier qu'il décrit sous le nom d'*amblyopie sympathique* et que M. Baudry (de Lille) appelle *irritation sympathique*. Il s'agit de troubles visuels survenant, sans signes ophtalmoscopiques, plusieurs mois après un traumatisme oculaire, sur l'œil non blessé. Le pronostic, sans être des plus graves, puisqu'il n'y a pas généralement terminaison par la cécité complète, ne peut être considéré comme favorable, vu la durée très longue de l'affection. Mais est-on bien en présence d'une névrose, ou n'y a-t-il pas plutôt ophtalmie sympathique atténuée? En tout cas, il faut se garder de conclure à la simulation.

C'est évidemment l'écueil possible, dans tous les cas d'hystéro-traumatisme. Le médecin sera d'autant plus tenté de se croire en face d'un simulateur qu'il rencontre presque toujours une exagération manifeste dans les dires des sinistrés; cette exagération, comme le remarque M. Verstraete, fait partie en quelque sorte du tableau symptomatique. Le diagnostic, s'il n'est pas impossible, demande donc beaucoup de tact. Il faut, avant tout, éviter de créer la maladie chez le sujet examiné : certains médecins semblent semer autour d'eux des épidémies de névrose traumatique, par une suggestion évidemment inconsciente exercée sur leurs malades. C'est par un examen répété et soigneux, par la réunion d'un grand nombre de symptômes, par l'étude des signes qui ne peuvent être simulés — les troubles cardio-vasculaires, par exemple — qu'on arrivera à se former une conviction solide.

Au nombre des manifestations considérées comme pathognomoniques de l'hystérie est le rétrécissement du champ visuel. M. Coppez (de Bruxelles) a fourni d'intéressants renseignements sur sa mensuration. Le rétrécissement se rencontre, d'après lui, toujours dans l'hystérie et jamais dans la neurasthénie. Il a pour caractères d'être concentrique, de rester le même pour des examens faits à des distances différentes, ce qui paraît paradoxal au premier abord, de ne pas s'accompagner de troubles de la marche ni de l'orientation, enfin d'être très variable sous l'influence de la fatigue, ou même sans raison, d'un jour à l'autre. Certains auteurs ont voulu tirer des indications pronostiques de l'inversion des limites périphériques des couleurs; alors que normalement les couleurs disparaissent dans l'ordre suivant : vert, rouge, bleu, dans les cas graves d'hystérie l'ordre serait : vert, bleu, rouge. Mais la périmétrie des couleurs est tellement délicate, il y a à tenir compte de tant de facteurs (éclairage, dimensions du curseur, technique employée, pureté et intensité des couleurs) que M. Coppez croit préférable de s'en tenir à la périmétrie du blanc; dans l'examen avec un curseur coloré, il a pu, sur lui-même, relever des différences de près de 20° d'un examen à l'autre.

Dans les expertises d'hystéro-traumatisme, le pronostic est peut-être plus difficile encore à poser que le diagnostic. Pour les cas d'hystérie vraie, la guérison est la règle, mais il est impossible d'en préciser la date. Parfois, il y a modification brusque, qui peut faire croire à la simulation; ailleurs, au contraire, l'amélioration peut se faire attendre fort longtemps, et M. Verstraete considère comme trop court le délai de revision de trois ans accordé par la loi française. D'après M. Biondi (de Cagliari), qui réunit dans sa description la neurasthénie et l'hystérie traumatiques, le pronostic est d'autant plus favorable que le malade aura plus vite recouvré sa tranquillité d'esprit et pu améliorer son hygiène et sa nutrition; c'est que le trauma physique et psychique est la cause de perturbations profondes dans les échanges organiques, ainsi que le prouvent la cachexie, l'asthénie, l'atrophie musculaire, l'altération des urines, la glycosurie alimentaire, les troubles gastro-intestinaux. Si la viciation cellulaire est trop avancée, elle ne rétrocédera pas; dans le cas contraire, on doit compter sur la guérison.

VI

Ces considérations sur l'hystéro-traumatisme nous amènent tout naturellement à parler de la *simulation*, dont la recherche est particulièrement délicate, en matière d'accidents du travail. M. Baudry croit à la très grande fréquence de la simulation, et surtout à la progression constante du nombre des simulateurs. Depuis la mise en vigueur de la loi française de 1898, il a trouvé que la proportion de ces derniers a presque triplé. Il est vrai que l'appareil visuel, étudié spécialement par M. Baudry, est un terrain de prédilection pour le simulateur. En dehors des blessés qui créent de toutes pièces l'accident, de ceux qui veulent mettre une affection ancienne sur le compte d'une blessure légère, les plus nombreux simulent l'amblyopie ou l'amaurose unilatérale. L'examen des réflexes pupillaires et de la direction des axes visuels constitue un procédé de choix pour déjouer cette simulation. Quant à l'hystéro-traumatisme, M. Baudry ne croit pas qu'il puisse jamais être monosymptomatique; il recommande, pour dévoiler la simulation du rétrécissement du champ visuel, l'emploi d'un prisme fort.

Ajoutons que notre confrère insiste beaucoup sur la faiblesse de l'acuité visuelle, très fréquente chez les ouvriers; il voudrait qu'avant tout embauchage une mensuration de cette acuité fût faite, en présence d'un contre-maître, pour éviter les substitutions de personnes.

M. Baudry est à peu près le seul des orateurs qui croit à la grande fréquence de la simulation, mais presque tous sont d'accord sur le très grand nombre des « exagérateurs ». Les premières qualités que devra posséder le médecin expert, pour dépister l'exagération, sont la précision et la méthode dans l'examen du blessé, fait remarquer M. Bienfait (de Liège). Il ne faut pas suggérer les réponses par l'interrogatoire; on doit examiner le blessé à l'improviste, noter avec grand soin le siège, l'intensité, les particularités des contractures, mesurer l'angle des ankyloses. La photographie d'une attitude particulière pourra rendre de réels services, tel le cas typique d'une scoliose simulée, ayant trompé les médecins pendant plusieurs années, jusqu'à ce que le dernier expert eût trouvé dans le dossier une photographie sur laquelle la déviation siégeait du côté droit, alors que le malade la présentait du côté gauche ce jour-là!

M. Bienfait croit délicat l'examen des réactions pupillaires pour l'étude de la simulation de la douleur, mais, en revanche, le signe de Mannkopf (accélération du pouls causée par les sensations douloureuses) lui paraît fidèle et facile à observer. On peut d'ailleurs l'objectiver en prenant un tracé sphygmographique pendant l'examen. Au reste, on doit s'inspirer des circonstances pour déjouer la simulation. Il ne faut pas plus se presser de conclure à la supercherie qu'on ne doit trop facilement croire à une névrose traumatique, comme on a souvent tendance à le faire. M. Sand (de Bruxelles) montre, en effet, que cette affection peut être simulée. Ce ne sont pas les cas à symptomatologie bruyante qui donnent le plus de mal aux experts; il est rare qu'en pareille occurrence le simulateur n'introduise pas dans le tableau un symptôme qui détonne; le plus souvent, d'ailleurs, il se contentera d'accuser des troubles légers, lorsqu'il aura été instruit dans l'art de tromper, et c'est ce qu'a observé aussi M. De Marbaix. M. Sand conseille de rechercher les troubles vasomoteurs, l'exagération ou l'abolition des réflexes, la glycosurie alimentaire, le rétrécissement graduel du champ visuel, la tachycardie, tous signes se prêtant peu ou point à la simulation. Il insiste sur l'inégalité de la pression sanguine dans deux artères symétriques, sur la variabilité anormale de cette tension artérielle, dont l'étude peut rendre évidents des diagnostics très délicats. En un mot, on devra baser son opinion sur des observations positives, de façon à ne pas justifier la boutade de M. Buning (de Deventer), qui prétend que, trop souvent, « si l'on ne connaît ni le quoi, ni le comment, ni le pourquoi d'un diagnostic, on parle tout simplement de névrose traumatique ».

VII

L'expertise médicale ne se borne pas à déterminer exactement l'état du blessé. Elle doit généralement apprécier la *diminution de valeur professionnelle* qui en résulte. Un avocat du barreau de Paris, M. Féolde, croit que le médecin expert n'a pas à fixer le *quantum* de l'invalidité professionnelle : il devrait se borner à indiquer le coefficient d'incapacité fonctionnelle, en laissant aux magistrats le soin d'apprécier le degré d'invalidité qui en résulte. En effet, le médecin peut être incompétent, mal connaître les conditions du métier exercé par le blessé. De plus, M. Féolde rappelle que l'expert ne doit tenir compte que de l'état actuel, et non des améliorations ou aggravations qui pourraient se produire.

Pour l'évaluation d'une infirmité, M. Rémy (de Paris) montre qu'il faut envisager toutes les fonctions physiologiques de la partie de l'organisme qui a été atteinte. Certaines infirmités ne causent aucune diminution de la valeur ouvrière. Il y aurait justice, comme le propose M. De Marbaix, à ne pas indemniser les petites lésions qui n'influent en rien sur la valeur ouvrière du blessé dans la plupart des professions, tandis que les grosses infirmités, perte d'un membre, par exemple, correspondent presque à l'incapacité absolue. C'est le système que nous avons déjà préconisé ailleurs.

Enfin, suivant le mot de M. Mossel (de Groningue), le médecin doit toujours se rappeler que la bienveillance et l'humanité n'ont rien à voir dans les questions médico-légales; l'expert n'a à favoriser ni le patron, ni l'ouvrier; il doit se montrer strictement impartial.

Telles sont les principales questions d'ordre médical qui ont été discutées devant ce Congrès; comme on le voit, elles sont nombreuses et importantes. Cependant, il semble qu'elles n'aient pas suffi à l'ardeur de certains congressistes qui ont tenté des incursions sur le terrain brûlant de la politique, en déposant des vœux d'ordre social. C'est là, pensons-nous, une fâcheuse tendance : les questions d'accidents du travail donnent naissance à des problèmes les uns médico-légaux, les autres purement médicaux, qui ne peuvent être étudiés que dans le calme adéquat aux discussions scientifiques; c'est sans esprit de parti — quelque respectables que puissent être d'ailleurs les intérêts en présence — qu'il importe d'en poursuivre la solution.

Dr Henri Le Meignen,
Médecin suppléant des hôpitaux de Nantes.

BULLETIN

L'épidémie actuelle de méningite cérébro-spinale dans l'Europe centrale.

Il y a un mois, nous avons fait connaître avec détails la marche de l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui a éclaté en Silésie prussienne vers la fin du mois de novembre dernier et qui sévit aussi dans les provinces autrichiennes limitrophes (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 207).

Depuis lors, il ne semble pas que la situation, en dépit du beau temps, se soit beaucoup améliorée. En effet, dans la dernière semaine d'avril (du 24 au 30), il y a eu en Silésie, pour la seule régence d'Oppeln, 207 nouveaux cas avec 94 décès, et dans la semaine du 1er au 7 mai, 212 nouveaux cas et 102 décès; ces chiffres comptent parmi les plus élevés qu'on ait jusqu'ici enregistrés. Pour les semaines qui suivent, nous ne possédons pas de renseigne-

ments d'ensemble; on nous a seulement signalé, dans le district de Beuthen-campagne, 35 cas et 9 décès du 4 au 10 mai, puis 27 cas et 10 décès du 11 au 17; dans les districts de Kattowitz-ville et de Kattowitz-campagne, il y a eu 50 cas et 32 décès du 8 au 14 mai, 46 cas et 37 décès du 15 au 21, 37 cas et 27 décès du 22 au 28; en tout, pour les deux districts de Kattowitz, on compte depuis le début de l'épidémie 617 cas environ, dont 378 mortels.

Cet état de choses n'a pas laissé les pouvoirs publics indifférents. L'autorité centrale a envoyé sur les lieux, pour étudier la maladie, un anatomo-pathologiste, un pédiatre et un rhinologiste. Il va sans dire qu'on a pris aussi de bonnes mesures pour l'isolement et la désinfection; toutefois, la législation actuelle laissant à désirer sous ces rapports, il n'a pas été possible d'agir avec un ensemble méthodique. Il n'en sera plus de même à l'avenir, lorsque le projet de loi sur les maladies épidémiques, actuellement pendant devant le *Landtag* prussien, aura été adopté et la loi promulguée. On peut même dire que l'épidémie actuelle n'est pas sans avoir quelque peu hâté l'adoption par la Chambre des députés de ce projet de loi, qui se trouvait depuis plus de deux ans devant l'*Abgeordnetenhaus*, puisque, déposé au commencement de 1903, il n'a été adopté en troisième lecture que le 8 avril dernier (1). Il est vrai que durant ce long intervalle de temps il a reçu, en ce qui concerne la méningite cérébro-spinale, une addition importante et qui explique les raisons pour lesquelles les députés ont eu à cœur de ne pas retarder plus longtemps le vote de la loi : tandis que toutes les autres dispositions de la future loi sur les maladies épidémiques (*Seuchengesetz*) n'entreront en vigueur qu'à une époque qui sera déterminée par décret royal, celles qui se rapportent à la méningite cérébro-spinale seront appliquées le jour même de la promulgation de la loi.

Ajoutons que les documents officiels récemment publiés par le ministère prussien des cultes, de l'instruction publique et des affaires médicales confirment ce que nous écrivions dans notre précédent article sur le peu de diffusion de la maladie en Allemagne, en dehors de son foyer d'origine : du 1er janvier au 30 avril on a compté, pour toute l'étendue du royaume de Prusse, 1,935 cas et 994 décès; or, sur ce total, les provinces autres que la Silésie ne figurent que pour 122 cas et 62 décès; la mortalité s'est élevée en Silésie à 51.4 %, dans le reste de la Prusse à 50.7 %.

De son côté, l'Autriche semble à l'heure actuelle plus fortement touchée qu'il y a un mois. D'après des nouvelles que nous avons reçues à la date du 1er juin, voici quelle était à ce moment la situation :

Pour ce qui est de la basse Autriche, on a constaté 4 cas seulement de la maladie : un à Vienne, chez un enfant de quinze mois venant de Galicie, un autre dans le district de Mistelbach, un troisième — douteux — à Langenlois, le dernier à Obergrafendorf. Dans la haute Autriche, on signale des cas dans les districts de Braunau et de Kirchdorf.

En Styrie, 4 cas — dont 3 mortels — ont été observés respectivement à Gratz, à Schlag, à Oberneuburg et à Ziprein; un cinquième, douteux, à Hofstätten.

En Carinthie, un cas confirmé par l'autopsie est signalé à Maria-Saal. Un décès est également survenu à Trieste.

Dans le Tyrol, on enregistre un cas mortel à Innsbruck et un autre à Pergine.

En Bohême, 2 cas douteux ont été constatés à Nürschau; un troisième malade a succombé à Zizkow, et l'autopsie a donné un résultat positif; on signale aussi des cas à Smichow, ainsi que dans les districts de Leitomischl et de Trautenau.

En Moravie, on a compté, pour la semaine écoulée du 7 au 13 mai, 5 cas et 3 décès; depuis lors, la maladie a fait encore quelques victimes dans les districts de Mistek, de Neutitschein, de Mährisch-Ostrau, de Weisskirchen.

Dans la Silésie autrichienne, 6 cas nous étaient signalés le 25 mai; dans la semaine suivante, l'épidémie a fait des progrès sensibles, puisque nous avons reçu communication de 15 cas, dont 3 mortels. On a observé 2 cas douteux en Bucovine.

Enfin, pour la Galicie, la partie de l'empire austro-hongrois la plus atteinte, il y a eu, dans la semaine du 7 au 15 mai, 152 cas nouveaux répartis dans 76 communes appartenant à 34 districts différents, et 70 décès; la ville de Cracovie elle-même est fortement touchée : on y a enregistré 20 cas dans la semaine précitée. Pour la semaine suivante, le nombre des cas nouveaux, en Galicie, s'élève à 127, celui des morts à 61.

Comme on le voit, la plupart des provinces autrichiennes sont contaminées, mais nous pouvons répéter ici ce que nous disions à propos de l'Allemagne : en dehors du foyer primitif, silésien et galicien, la maladie ne paraît pas s'étendre d'une façon inquiétante.

En Russie, enfin, 5 cas de méningite cérébro-spinale épidémique, dont 3 mortels, ont été constatés récemment dans le district d'Opotchno (gouvernement de Radom). Pendant le mois d'avril — qui, en raison de la différence de calendrier, correspond à la période du 14 avril au 13 mai du calendrier grégorien —, on a enregistré 2 cas dans le gouvernement d'Elisabethpol, 9 dans celui de Kouopio, 2 dans celui de Vibourg, 1 dans celui de Niouland, 1 dans celui de Tavasthuss, 1 dans celui d'Abo-Biernebourg, 1 dans celui de Vasa. Au total, depuis le commencement de l'année 1905, il y aurait eu, pour l'ensemble de la Russie, 84 cas de méningite cérébro-spinale épidémique.

En somme, si l'épidémie qui sévit à l'heure actuelle sur l'Europe centrale ne paraît pas encore en voie d'extinction, elle ne semble pas non plus destinée à s'étendre; et l'on peut espérer que sa localisation dans une région assez nettement déterminée permettra à la Prusse — l'Etat le plus directement intéressé en la circonstance — de lutter contre le fléau, lorsqu'elle disposera de sa nouvelle loi sur les maladies épidémiques, plus efficacement qu'elle n'a pu le faire jusqu'ici.

(1) Ce projet de loi a été discuté les 30 et 31 mai 1905 par la Chambre des seigneurs (*Herrenhaus*), qui l'a adopté avec modifications, ce qui nécessite le retour du projet devant la Chambre des députés, laquelle se réunira très probablement au commencement du mois de juillet prochain.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Classification et valeur pathogénique des albuminuries orthostatiques, par M. J. Teissier.

Depuis que l'auteur a, dans ce journal même, attiré l'attention des cliniciens sur une forme d'albuminurie remarquable par son apparition quand le sujet prend la position debout (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 425-427), de nombreuses observations étiquetées « albuminurie orthostatique » ont été publiées de divers côtés, d'où l'on pourrait conclure que cette affection est d'une assez grande fréquence. Il n'en est rien, cependant, pense M. Teissier. C'est qu'en réalité, à côté de l'albuminurie orthostatique vraie, caractérisée, outre son mode d'apparition, par un syndrome urinaire bien spécial (diurèse moléculaire au-dessus de la normale, suractivité des échanges épithéliaux, épreuve de la glycosurie phloridzique généralement positive, perméabilité rénale exagérée, sérinurie parfois absolument pure, etc.), il existe d'autres modalités cliniques sensiblement moins rares, et offrant avec celle-ci des analogies extérieures susceptibles d'entraîner la confusion.

Parmi elles, la première place revient à ce que l'auteur appelle les *albuminuries orthostatiques mixtes;* il s'agit de ces cas où une albuminurie à type orthostatique survient comme épiphénomène d'une néphrite infectieuse préalable, d'intensité et d'ancienneté variables, qui, guérie en apparence, se survit en quelque sorte à elle-même sous forme d'albuminurie intermittente de la position debout, plus ou moins irrégulière. Cette variété est dite mixte par M. Teissier parce qu'elle confine par un côté aux albuminuries d'origine rénale; en fait, il est exceptionnel qu'elle ne s'accompagne pas d'un léger degré d'imperméabilité rénale, parfois même d'un peu d'hypertension et d'hypertrophie ventriculaire.

A côté de ce premier groupe de faits, une place à part doit être réservée aux *albuminuries orthostatiques associées;* ce sont celles qui, tout en paraissant directement actionnées par le passage du patient à la station verticale, ont pourtant besoin, pour se constituer, d'autres facteurs, tels que la fatigue cérébrale, certains troubles digestifs, un état habituel de dépression nerveuse, facteurs dont l'importance est bien mise en lumière par cette particularité que leur disparition seule suffit à faire cesser l'albuminurie.

Enfin, doit encore être distraite du cadre de l'albuminurie orthostatique proprement dite l'albuminurie liée à la station debout dans certains cas de néphroptose, où l'action de la pesanteur sur l'organe mobile provoque la torsion ou le pincement du pédicule rénal et, par la gêne circulatoire qui en résulte, détermine en fin de compte la filtration de l'albumine.

Bien différente de tous ces types cliniques est l'*albuminurie orthostatique vraie*, qui s'en distingue non seulement par le syndrome urinaire plus haut mentionné, mais encore par un ensemble de circonstances cliniques d'où résulte son individualité : il s'agit de jeunes sujets, souvent infantiles, mal développés, à poids inférieur à la normale, offrant de l'aplasie vasculaire, un cœur petit, une pression artérielle basse; on constate fréquemment chez eux des phénomènes nerveux spasmodiques, de la cyanose des extrémités, des engelures, des mouvements fluxionnaires sur les muqueuses génitale ou vésicale, etc.

Au point de vue pathogénique, les tares constitutionnelles qu'ils présentent, et notamment l'aplasie vasculaire, permettent de concevoir la maladie comme relevant d'un développement incomplet de la glande rénale et en particulier de l'appareil glomérulaire; et le mécanisme de l'albuminurie, lors du passage à la position verticale, comprendrait trois phénomènes successifs : d'abord, une anémie brusque de la circulation glomérulaire, déjà restreinte en temps ordinaire, par appel exagéré de sang à la périphérie et spasme réflexe à point de départ plantaire au moment où les pieds touchent le sol; puis un brusque afflux de sang dans le rein à l'occasion du rétablissement de la circulation qui succède au spasme vasculaire; enfin une filtration excessive des substances dissoutes, y compris la sérine, du fait de la fluxion s'exerçant sur le rein exceptionnellement perméable en raison de son incomplet développement.

Cette théorie, en même temps qu'elle rend compte des particularités cliniques de l'albuminurie orthostatique, permet de comprendre qu'avec l'âge cette affection ait une tendance spontanée à disparaître, par suite de l'établissement d'un équilibre nutritif définitif.

Ajoutons que la distinction de l'albuminurie orthostatique vraie d'avec les états « mixtes » ou « associés » qui la peuvent simuler est d'importance au point de vue thérapeutique, car, bien loin qu'un régime diététique sévère y soit indiqué, le traitement ne comprend que des moyens fort simples : les préparations ferrugineuses ou quiniques alternant avec l'arsenic à doses modérées, de temps en temps un peu de bromure pour calmer l'excitabilité du système nerveux, l'hydrothérapie tiède employée avec prudence, enfin le séjour au lit prolongé le matin et le soir avec repos dans le décubitus horizontal de midi à deux heures en constitueront les éléments essentiels. (*Rev. de méd.*, avril 1905.) — F. F.

Du rôle du paludisme en obstétrique,
par M. Gaide.

L'influence réciproque du paludisme et des divers phénomènes du puerpérium est en général considérée comme des plus fâcheuses. Dans le but de vérifier si cette opinion repose réellement sur des faits d'observation, l'auteur a dépouillé les observations des accouchements effectués à l'hôpital de Lanessan, à Hanoï — dans une colonie très palustre, par conséquent —, depuis les derniers mois de l'année 1900 jusqu'à la fin de l'année 1903.

Durant cette période, 157 Européennes ou créoles sont venues faire leurs couches dans ledit hôpital. Sur ce nombre, 130 n'ont eu aucune manifestation paludéenne ni avant ni après l'accouchement; 27 ont eu de la fièvre, mais pour 19 les phénomènes fébriles, plus ou moins graves, étaient sans rapport avec le paludisme (fièvre infectieuse légère, fièvre puerpérale confirmée, etc.); 8 seulement eurent des manifestations paludéennes : 4 dans les jours ou les semaines qui précédèrent l'accouchement, 3 après celui-ci, 1 avant et après. Ainsi l'accouchement ne paraît pas constituer une cause de rappel bien efficace à l'égard de l'accès paludéen.

Il ne semble pas non plus que l'infection malarique ait eu une influence particulièrement défavorable sur les hémorrhagies *post partum*, ni sur l'état des lochies, ni même sur la sécrétion lactée; il est vrai que cette dernière, chez les femmes impaludées, est assez souvent peu abondante et d'aspect séreux, mais ce fait tient tout simplement à ce que ces femmes sont fréquemment des anémiques.

Pour ce qui est des rapports de la malaria avec l'avortement ou l'accouchement prématuré, M. Gaide fait remarquer que, sur les 157 observations dont il est ici question, 6 seulement concernent des grossesses interrompues (3 fois par avortement, 3 fois par accouchement prématuré); c'est là une proportion qui n'a rien d'excessif.

Enfin, on a accusé le paludisme d'être une cause de stérilité; or, l'auteur signale que, la population féminine européenne de Hanoï, pendant les quatre années de 1900 à 1904, ayant été successivement de 300, 350, 350 et 400 personnes; le chiffre des naissances a été respectivement de 97, 90, 112 et 124, ce qui constitue une natalité fort élevée.

Se basant sur l'ensemble de ces faits, M. Gaide conclut que la fièvre palustre ne paraît pas avoir en obstétrique l'importance qu'on lui attribue d'ordinaire; et il est permis d'expliquer l'opinion classique en supposant que l'on a confondu, sous l'étiquette paludisme, des états fébriles qui n'avaient rien à voir avec la malaria. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin 1905.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Etranglement chronique de l'estomac dans une hernie diaphragmatique congénitale, guéri par la laparotomie, avec des remarques sur la possibilité de réséquer le cancer du cardia,
par M. L. Heidenhain.

Voici, en raccourci, le fait opératoire, par lui-même fort intéressant, que relate M. Heidenhain, et qui lui a suggéré diverses réflexions ayant trait à cette question, actuelle, s'il en fût, de la résection du cardia cancéreux. Un jeune garçon de neuf ans est atteint d'une pleurésie purulente gauche : on pratique l'opération de l'empyème, en réséquant 5 à 6 centimètres de la septième côte; au cours de l'évacuation du pus, on remarque une sorte de haillon de tissu allongé, qui ressemble vaguement à l'épiploon, paraît venir de la profondeur et se perd du côté du diaphragme, lors des mouvements respiratoires. L'empyème guérit sans incident; mais, à quelque temps de là, l'enfant commence à maigrir. Il vomit, il souffre de la région épigastrique et de l'épaule gauche; toute la moitié inférieure du thorax, à gauche, est le siège d'une sonorité tympanique; bref, après une série d'explorations, l'auteur conclut à des accidents de sténose pylorique, « dus vraisemblablement à une coudure résultant d'une hernie diaphragmatique ».

L'intervention a lieu, sur ce diagnostic. On incise de l'appendice xiphoïde à l'ombilic; le ventre ouvert, on trouve d'abord le côlon transverse, qui remonte de droite à gauche et de bas en haut, vers le diaphragme, et là, à gauche, s'infléchit à angle aigu et redescend; on le rétracte en bas, et il devient, dès lors, aisé de constater que l'estomac tout entier a pénétré dans le thorax par une fente diaphragmatique située tout près de la colonne vertébrale, un court segment de la région pylorique restant seul dans le ventre. Sur le bord gauche de l'orifice diaphragmatique, on remarque un grand nombre d'adhérences épiploïques serrées; pourtant, une légère traction suffit à ramener l'estomac dans l'abdomen, mais, pour le libérer complètement, on doit couper les adhérences en petits paquets et entre deux ligatures. D'ailleurs, il n'existe de ligament gastro-colique normal qu'à droite de la ligne médiane; à gauche, l'épiploon n'a aucune attache au côlon transverse. Le grand cul-de-sac de l'estomac et la grande courbure, en plongeant dans le thorax, ont subi un mouvement de torsion en haut et en arrière, ou, si l'on veut, un demi-volvulus. Quant à l'orifice diaphragmatique, il est transversal, de 2 centim. ½ de large, et siège immédiatement au-devant du cardia.

Après avoir réuni la grande courbure de l'estomac à la moitié gauche du côlon transverse, on s'occupe de fermer cette fente de communication thoraco-abdominale : dans sa moitié gauche, les deux lèvres se laissent rapprocher et réunir sans tension; on saisit, pendant cette manœuvre, entre le pouce et l'index, la lèvre antérieure, de façon à refouler le cœur, qu'on sent battre; les sutures traversent la base du péricarde. Dans la moitié droite de la fente, la besogne de réunion paraît trop dangereuse, à cause des gros vaisseaux qui sont là, tout près; d'ailleurs, la rate, légèrement ectopiée en haut, pénètre par son pôle supérieur dans cette partie de l'orifice et l'obture, en même temps que le foie le recouvre : l'éventualité d'une hernie récidivée semble donc peu probable. On termine ainsi l'opération, qui est suivie d'un plein succès, confirmé depuis lors : elle date de 1902.

Elle démontre, ajoute M. Heidenhain, qu'on peut opérer avec succès dans la région du cardia et suturer des pertes de substance même très étendues du diaphragme, sans désordres ultérieurs. Elle permet de poser quelques jalons sur la route, si peu frayée encore, des interventions gastro-œsophagiennes. Un premier obstacle à la résection du cardia, c'est la difficulté de l'aborder : or, d'après M. Heidenhain, la résection du rebord cartilagineux gauche donne, sous ce rapport, un accès suffisant. Un second point, et fort important, c'est la réunion gastro-œsophagienne sans tension, par des sutures qui ne coupent pas : pour obtenir ce résultat, il y a lieu de profiter d'abord de la mobilité très réelle de l'œsophage dans son segment inférieur; sans doute, on ne peut utiliser cette mobilité qu'en libérant le conduit, ce qui revient, en pratique, à ouvrir la plèvre : l'emploi de la chambre de M. Sauerbruch ou de l'appareil à hypertension de M. Brauer permettrait de parer, chez l'homme, à ce danger; chez le chien en expérience, M. Heidenhain s'est contenté de fermer la déchirure pleurale avec un gros tampon, et ce moyen de protection lui a réussi. Donc l'œsophage s'abaisse, mais cela ne suffit pas : il convient, après résection faite, de fermer purement et simplement l'orifice cardiaque, et d'anastomoser le moignon œsophagien avec le grand cul-de-sac de l'estomac, que l'on relève et fait basculer de bas en haut et de gauche à droite, et que l'on fait pénétrer dans le thorax, en incisant le diaphragme, sur une largeur suffisante, à ce niveau; on réalise, en somme, l'hiatus diaphragmatique, tel qu'il existait, ou à peu près, sur le petit malade étudié plus haut, et la hernie intrathoracique d'une portion de l'estomac : on le fixe, d'ailleurs, au pourtour de l'orifice. En procédant de la sorte, M. Heidenhain a pratiqué deux résections du cardia chez le chien : l'un des animaux mourut de péritonite opératoire, mais la réunion était bien complète; l'autre survécut plusieurs semaines.

L'auteur conclut, en terminant, qu'il préfère la voie abdominale, ainsi comprise, à la voie thoracique, récemment préconisée par M. Sauerbruch (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 124), et que la réunion, par suture, de l'estomac et de l'œsophage, lui paraît également supérieure à l'emploi du bouton de Murphy, recommandé par le même chirurgien. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 4-6.) — L.

Le poison éclamptique, par M. A. Dienst.

Le mémoire de M. Dienst est consacré à une nouvelle théorie de l'éclampsie, basée sur certaines particularités anatomiques de la circulation placentaire.

Ayant injecté avec du lait 15 placentas d'éclamptiques par les artères ombilicales, l'auteur s'aperçut que tous ces placentas laissaient échapper le lait par un vaisseau, plus ou moins volumineux, de la surface des cotylédons. Mais, comme il pouvait y avoir là une erreur ou une coïncidence, M. Dienst reprit l'expérience avec 335 placentas quelconques, et il s'aperçut alors que l'anomalie constatée sur les placentas d'éclamptiques était extrêmement rare dans les autres cas.

Toutefois, ce procédé de recherche étant un peu grossier, l'auteur soumit les résultats précédents au contrôle d'une nouvelle série d'expériences : chez des femmes qui venaient d'accoucher et dont le placenta n'était pas encore décollé, il injecta par le cordon une solution de bleu de méthylène; sur 160 femmes ainsi traitées, 32, soit 20 %, présentèrent des urines bleues. Il semble donc que, chez un certain nombre de femmes, il existe une communication directe entre les vaisseaux maternels et fœtaux. A l'autopsie d'une femme morte en travail pendant la période d'expulsion, on put faire une constatation qui confirme cette hypothèse : par le cordon ombilical, on injecta dans le placenta (auquel on n'avait pas touché) du bleu de méthylène, lequel ne tarda pas à se montrer dans les veines utérines et utéro-ovariennes. Enfin, troisième fait plaidant dans le même sens, à l'autopsie de plusieurs parturientes — notamment d'éclamptiques — on a trouvé des villosités placentaires entières avec leurs vaisseaux dans divers organes, surtout dans les poumons; si donc une villosité peut être ainsi transportée, c'est que très probablement les vaisseaux qu'elle contient se sont ouverts à un moment donné dans la circulation maternelle.

On sait, d'autre part, que souvent le sang maternel agglutine ou dissout les globules rouges du sang fœtal. Sur 118 parturientes, M. Dienst en a trouvé 24 dont le sang offrait cette propriété. Parmi ces 24 femmes, 15 avaient un placenta imperméable aux injections de bleu de méthylène et elles restèrent toutes bien portantes; chez 9 le placenta était perméable : 7 eurent des manifestations éclamptiques et 2 de l'albuminurie.

De ces faits, on peut déduire l'hypothèse suivante : chez certaines femmes, à la suite d'une communication plus ou moins anormale entre les deux circulations placentaires, le sang du fœtus passe dans la circulation maternelle. Dans les cas où le sang de la mère se comporte à l'égard de celui du fœtus comme le ferait un sang hétérologue, c'est-à-dire amène l'agglutination et l'hémolyse des globules fœtaux, cette transfusion, pour peu qu'elle soit abondante ou que le sang maternel ne la neutralise pas par une production suffisante d'anticorps (agglutinines et hémolysines), peut amener des accidents graves aboutissant à l'éclampsie.

Cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable que la transfusion, expérimentale ou thérapeutique, produit certains accidents dont quelques-uns, tels que l'hémoglobinurie, l'albuminurie, les convulsions, le coma, font précisément partie du tableau clinique de l'éclampsie. Dans le même ordre d'idées on peut encore faire valoir que le sang des éclamptiques, surtout dans les cas mortels, ne renferme que peu ou pas d'anticorps, tandis qu'on rencontre ceux-ci en quantités abondantes deux ou trois jours après la crise d'éclampsie, chez les malades qui guérissent.

Quant aux lésions rénales ou autres, elles

peuvent s'expliquer par des embolies d'hématies fœtales agglutinées par le sérum maternel. Enfin, les contractions utérines ayant pour effet, au cas de communication anormale, de chasser dans la circulation de la mère une quantité considérable de sang fœtal, on comprend le rapport souvent constaté entre les douleurs du travail et l'apparition ou la répétition des crises convulsives. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 mars 1905.) — R. DE B.

Sur un phénomène, jusqu'à présent inconnu, qui accompagne la parésie du nerf sciatique poplité externe, par M. H. Hirschfeld.

Ayant eu l'occasion d'observer, dans ces derniers temps, un assez grand nombre de cas de paralysie du nerf sciatique poplité externe, l'auteur a constaté, toutes les fois qu'il s'agissait d'une simple parésie de ce nerf, la présence d'un symptôme moteur particulier, qui ne paraît pas avoir encore attiré l'attention des cliniciens. Voici en quoi consiste ce phénomène :

Lorsqu'on ordonne à un sujet atteint d'une parésie des muscles innervés par le nerf sciatique poplité externe d'exécuter le mouvement de flexion dorsale du pied, l'étendue de ce mouvement dépend naturellement du degré de la paralysie, mais — et c'est là que réside précisément la particularité du fait — M. Hirschfeld a remarqué que l'angle formé par cette flexion dorsale du pied est, chez les malades en question, plus petit quand le membre inférieur est en extension que lorsqu'il est fléchi au niveau de l'articulation du genou. Pour rechercher le symptôme en question, le mieux est d'examiner le patient dans la position couchée et de ne l'engager à fléchir le pied qu'après avoir saisi et soulevé sa jambe étendue; puis, on le laisse refaire le même mouvement, le genou étant en flexion. La différence dans l'étendue du mouvement du pied, suivant que la jambe est ou n'est pas fléchie, varie, du reste, avec l'évolution de la maladie : peu marquée dans la première phase de la réparation, lorsque la paralysie commence à peine à se transformer en parésie, elle augmente au fur et à mesure que les muscles atteints récupèrent leur pouvoir fonctionnel, pour diminuer à nouveau dès que l'énergie motrice de ces muscles se rapproche de la normale, et finalement elle est réduite à zéro. Quoi qu'il en soit, cette différence atteint facilement de 30° à 40° : dans les parésies très accentuées, elle peut être assez prononcée pour que la flexion dorsale du pied soit rendue tout à fait impossible quand la jambe est étendue, alors qu'elle est parfaitement réalisable, le genou étant plié.

Pour expliquer ce phénomène, M. Hirschfeld invoque les considérations anatomo-physiologiques suivantes : les muscles auxquels se distribue le nerf sciatique poplité externe ont pour fonction de relever le pied et de le rapprocher de la jambe; dans cette action, ils sont appelés à vaincre non seulement le poids du pied, mais encore l'action antagoniste de la musculature du mollet; or, si la première de ces forces reste constante, quelle que soit l'attitude du membre, il n'en est pas de même de la seconde, les muscles jumeaux et plantaire grêle (qui s'insèrent sur les condyles du fémur) étant plus tendus lorsque la jambe est en extension que quand le genou est plié, ce qui rapproche les points d'insertion de ces muscles. A l'état normal, toutefois, cette résistance antagoniste de la musculature du mollet n'influence aucunement l'étendue de la flexion dorsale du pied, mais, les muscles innervés par le nerf sciatique poplité externe une fois affaiblis, cette résistance devient suffisante pour entraver le mouvement, surtout si la jambe est en extension.

La connaissance du symptôme en question n'est pas dépourvue d'une certaine valeur pratique. Si l'on tient compte, en effet, que, pendant les premières phases de la réparation de la lésion, la flexion dorsale du pied, impossible à effectuer avec la jambe tendue, est cependant déjà réalisable lorsque le patient plie le genou, on comprend qu'il y ait avantage à faire exécuter les mouvements de flexion dorsale du pied d'abord dans la position fléchie de la jambe. Sans compter que, ainsi pratiqués, ces exercices seront toujours plus vigoureux et, partant, plus efficaces, il importe aussi de faire remarquer qu'au point de vue psychique il y a tout avantage à ce que le malade constate le plus tôt possible la réapparition du pouvoir moteur dans l'extrémité lésée.

Jusqu'à présent, l'auteur a eu l'occasion d'observer le phénomène dont il s'agit dans 11 cas, à savoir dans 5 parésies périphériques (dont 3 polynévrites), 4 hémiplégies et 2 myélites. Chez un des malades atteints de polynévrite, le symptôme était peu marqué, parce que, en dehors de la parésie du nerf sciatique poplité externe, il existait aussi un certain degré d'affaiblissement de la musculature du mollet, innervée par le nerf tibial postérieur : l'action antagoniste de ces muscles se faisant sentir moins fortement, la différence dans l'étendue de la flexion du pied (suivant que le genou était en flexion ou en extension) était également moins accentuée. Ce fait milite donc en faveur de l'interprétation ci-dessus formulée du phénomène signalé par M. Hirschfeld. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 mars 1905.) — L. CH.

Compression unilatérale de l'uretère pendant la grossesse avec symptômes généraux graves, par M. Ahlefelder.

Le fait de compression unilatérale de l'uretère pendant la grossesse relaté dans le présent travail nous paraît intéressant à signaler autant par sa rareté que par la répétition du phénomène au cours de deux grossesses successives.

Une femme de vingt-six ans ayant été prise de douleurs lombaires et de fièvre à la fin d'une première grossesse, on fit le diagnostic d'abcès périnéphrétique et l'on pratiqua une incision lombaire : le rein fut découvert, exploré, ponctionné, mais nulle part on ne trouva de pus. Deux jours après, la température revint à la normale. Quelques jours plus tard la malade accoucha prématurément; ses suites de couches furent compliquées d'une phlébite gauche.

Redevenue enceinte, cette femme se présenta à M. Ahlefelder dans le neuvième mois lunaire de sa grossesse. Depuis trois jours, elle éprouvait des douleurs atroces dans la région lombaire droite. A ce niveau on sentait vaguement une tumeur, mais la palpation était difficile en raison des douleurs qu'elle réveillait. La température était de 39°4, le pouls battait à 104, les urines étaient normales. Du côté de la présentation ou du bassin on ne notait aucune anomalie. On porta le diagnostic de compression de l'uretère droit et, comme la température atteignit bientôt 40° et qu'aucune médication ne parvenait à soulager la patiente, on se hâta de provoquer l'accouchement.

Aussitôt après la délivrance les douleurs et la fièvre disparurent. Néanmoins, durant les premiers jours, la tumeur rénale ne se modifia pas; les urines continuaient à être normales. Au quatrième jour, la malade s'étant couchée sur le côté gauche, la tumeur disparut en quelques instants et la vessie qui venait d'être évacuée se remplit aussitôt. Les urines recueillies par le cathétérisme étaient d'apparence normale; toutefois le sédiment obtenu par centrifugation contenait de nombreux leucocytes, quelques globules rouges, des cellules épithéliales et des cylindres. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Néphrite compliquant les oreillons, par M. J. A. Miller.

Les observations de néphrite ourlienne étant relativement peu nombreuses, il nous paraît intéressant de signaler ici le fait relaté par M. Miller et qui a trait à une néphrite survenue chez un petit garçon de quatre ans, au cours d'oreillons bilatéraux de faible intensité. Douze jours après le début de la maladie, les urines du petit patient étant devenues troubles et fort peu abondantes (360 grammes dans les vingt-quatre heures), on en fit l'analyse et on constata qu'elles contenaient 5 % d'albumine, en même temps qu'un grand nombre de cylindres granuleux, d'hématies et de globules blancs. Six jours plus tard, on vit se déclarer une rougeole de gravité moyenne et qui, du reste, resta sans aucune influence sur la néphrite, laquelle disparut complètement dans l'espace de trente-cinq jours. Revu au bout de onze mois, le garçonnet se portait tout à fait bien et ne présentait rien d'anormal dans ses urines.

Chose curieuse et qui mérite d'être relevée, l'enfant en question appartient à une famille particulièrement prédisposée aux affections rénales : ses grand-père et grand'mère paternels, ainsi que son grand-père maternel, succombèrent à un mal de Bright, son père présenta une néphrite aiguë *a frigore*, sa mère est atteinte d'un mal de Bright aigu, survenu à la suite d'une opération effectuée sous éthérisation.

A propos de ce fait, l'auteur passe en revue les observations analogues qu'il a trouvées dans la littérature médicale et qui sont au nombre de 29, en n'y comprenant, bien entendu, que les cas de véritable *néphrite;* il importe, en effet, de remarquer que la simple *albuminurie fébrile* est loin d'être rare au cours des oreillons, encore qu'elle passe souvent inaperçue.

A en juger d'après les matériaux recueillis par M. Miller, la néphrite ourlienne peut se produire tant chez les enfants que chez les adultes; elle paraît être beaucoup plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. Dans la plupart des cas où l'on a noté cette complication, on avait affaire à une parotidite double, relativement peu grave; le plus souvent, la localisation rénale se manifesta au début de la convalescence. L'exposition au froid semble jouer le rôle de cause prédisposante. Ordinairement d'une gravité moyenne, la néphrite en question ne dure qu'une huitaine de jours et se termine par la guérison complète; telle fut, du moins, l'issue de la maladie dans 27 cas sur 30; par contre, 2 fois le processus morbide prit une marche chronique et 1 fois il entraîna la mort au bout de vingt-quatre jours.

L'auteur serait porté à croire que, sans être très commune, la néphrite ourlienne n'est pas aussi rare qu'on l'admet généralement, mais qu'elle reste souvent méconnue. Aussi estime-t-il qu'en présence d'un cas d'oreillons on doit toujours analyser soigneusement les urines et éviter toute cause de refroidissement, et cela tant pendant la convalescence qu'au cours même de la maladie. (*Med. News*, 1er avril 1905.) — L. CH.

La valeur thérapeutique de la nitroglycérine, par M. H. P. Loomis.

Il est généralement admis que la nitroglycérine a pour effet de produire une vasodilatation plus ou moins marquée et, partant, un abaissement de la pression artérielle. Aussi est-elle assez couramment employée dans les cas d'artériosclérose généralisée, de mal de Bright, etc. Or, au cours d'une série d'essais cliniques dans lesquels M. Loomis s'est appliqué à expérimenter le médicament en question, en choisissant les cas où l'usage en paraissait particulièrement indiqué, il a été à même de se convaincre que l'opinion qui a cours sur l'action thérapeutique de la trinitrine est loin d'être fondée. En mesurant soigneusement la pression artérielle avant et pendant l'emploi de la nitroglycérine (parfois d'heure en heure), l'auteur a pu, en effet, se rendre compte que l'hypertension vasculaire ne se laisse guère influencer d'une manière appréciable par cette médication.

D'ailleurs, en instituant une série d'expériences sur des chiens, M. Loomis a constaté qu'une dose moyenne de trinitrine — correspondant à 0 gr. 0006 décimilligr. chez l'homme — est tout à fait insuffisante pour produire un effet tant soit peu sensible sur la pression sanguine. Aussi conseille-t-il de doubler la dose minimale habituellement prescrite; l'usage de la nitroglycérine paraît, d'ailleurs, assez inoffensif, à en juger d'après la pratique de l'auteur, qui n'a jamais eu d'accidents à enregistrer chez l'homme, alors même qu'il employait le médi-

cament dont il s'agit à des doses élevées et fréquemment répétées.

Au cours de ces mêmes expériences sur des animaux, M. Loomis a noté que les effets de la trinitrine sont très transitoires.

Il est également admis que la trinitrine augmente la diurèse chez les sujets atteints de mal de Bright chronique : là encore, l'auteur, en relevant exactement la quantité journalière d'urines émises par des brightiques avant et après le traitement, a été à même de s'assurer que l'usage de la nitroglycérine ne se traduit par aucune augmentation de la diurèse.

En se basant sur ces constatations, tant cliniques qu'expérimentales, M. Loomis estime que si, dans les états morbides dus à un spasme artériel (angine de poitrine, migraine, asthme), la nitroglycérine est susceptible de donner de bons résultats, il s'en faut qu'il en soit de même en cas d'artériosclérose, lorsque les parois vasculaires sont déjà plus ou moins lésées. En pareille occurrence, il est préférable, pour diminuer la pression artérielle, d'avoir recours à l'hydrate de chloral, que l'on donnera à la dose de 0 gr. 30 centigr., répétée toutes les quatre heures, jour et nuit; sous l'influence de cette médication, on obtiendrait généralement un abaissement considérable de la tension vasculaire dans l'espace de vingt-quatre heures. (*Med. Record*, 18 mars 1905.) — L. CH.

Côte cervicale avec symptômes rappelant ceux d'un anévrysme sous-clavier, par M. J. B. MURPHY.

L'observation de côte cervicale relatée dans le présent travail nous paraît intéressante à signaler en raison des méprises auxquelles aurait pu donner lieu la présence de cette malformation.

Un homme de trente-huit ans, vigoureusement constitué, éprouvait depuis un an et demi, dans la dernière phalange de l'index gauche, une sensation de fourmillement et de froid qui, peu à peu, avait gagné la main et l'avant-bras, s'accompagnant de pâleur de la peau et, durant les derniers temps, de douleurs tellement vives que la morphine était impuissante à les calmer. Ce malade était traité pour névralgies ou rhumatismes, quand on découvrit chez lui, dans la région sous-clavière gauche, une tumeur pulsatile faisant une saillie de 2 centimètres et demi. On aurait pu croire à un anévrysme, mais, en comprimant fortement la grosseur pour en arrêter les pulsations, on sentait au-dessous d'elle une seconde tumeur dure que l'on pouvait suivre jusqu'à la septième vertèbre cervicale.

A l'opération, on trouva, comme on l'avait supposé, une côte cervicale, et c'était elle qui repoussait l'artère en avant. Elle fut dénudée, séparée de ses attaches vertébrales, puis soulevée et finalement détachée de son insertion à la première côte. Celle-ci ayant été égalisée au ciseau, on laissa retomber sur elle le paquet de nerfs et l'artère. Cette dernière était bien un peu dilatée au niveau du point qui avait subi la pression de la côte surnuméraire, mais, un mois et demi après l'opération, on ne trouvait plus trace de cette légère ectasie et la région avait repris son aspect normal. (*Ann. of Surgery*, mars 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Sur l'œil pulsatile congénital, par M. C. FRUGIUELE.

Dans le syndrome complexe caractérisé par l'association d'une exophtalmie et de pulsations du globe oculaire, deux types cliniques ressortent nettement, à l'heure actuelle : d'une part l'exophtalmie pulsatile banale, par tumeur pulsatile de l'orbite (anévrysme artérioso-veineux, angiome, etc.); d'autre part, l'exophtalmie intermittente, due à des varices orbitaires. C'est une autre affection, tout exceptionnelle et de pathogénie bien particulière, que l'auteur étudie, sous le nom assez impropre d'œil pulsatile congénital.

Une jeune fille de douze ans présentait depuis sa naissance une asymétrie faciale qui, avec les progrès de l'âge, était devenue de plus en plus apparente; et voici, en résumé, ce que M. Frugiuele constata, lorsqu'il eut l'occasion de l'observer :

La moitié droite du visage et du crâne est, dans son ensemble, plus volumineuse que la moitié gauche. Cette asymétrie tient essentiellement à un agrandissement de la cavité orbitaire, agrandissement appréciable à la fois dans le sens vertical et dans le sens transversal, et qui se traduit extérieurement par une véritable « bosse » dans la région temporale correspondante. Le globe ne remplit pas cet orbite excessif; aussi le doigt explorateur pénètre-t-il facilement, en dehors surtout, dans la cavité orbitaire; il reconnaît aisément la glande lacrymale, constate l'amincissement de la paroi osseuse et la diminution du tissu graisseux qui comble normalement l'orbite, s'assure de l'absence de toute tumeur. De ce même côté, l'œil est notablement abaissé : le centre cornéen se trouve à 8 millimètres plus bas qu'à gauche. En outre, il existe une exophtalmie des plus nettes : la proéminence du globe est d'environ 3 millimètres; elle augmente au point d'atteindre presque 1 centimètre quand la jeune malade s'incline en avant; elle persiste, tout en diminuant quelque peu, dans le décubitus dorsal. Cette exophtalmie est facile à réduire; une pression même modérée sur le globe la fait disparaître tout à fait et détermine une énophtalmie apparente; dès que la pression cesse, l'œil est comme projeté en avant, et l'exophtalmie se reproduit. Enfin, on perçoit de ce côté des pulsations nettement synchrones aux battements artériels, que la compression des carotides fait cesser, de même que celle des jugulaires; cette dernière manœuvre augmente la protrusion du globe, que la première atténue au contraire. Ajoutons que l'auscultation de la région ne révèle aucun souffle; que les mouvements de l'œil droit s'accomplissent bien dans les divers sens; que ce même œil est amblyope, myope et offre un rétrécissement concentrique du champ visuel. L'œil gauche est en tout normal.

En résumé, asymétrie faciale due à une sorte d'ectasie générale de la cavité orbitaire avec déplacement du globe en bas, exophtalmie que la pression transforme en énophtalmie, pulsations oculaires, tels sont les trois points saillants de cette intéressante observation.

Dans la littérature médicale, l'auteur n'a pu trouver que 3 faits reproduisant ce tableau morbide. Le premier en date, dû à M. De Vincentiis qui a créé l'expression d'œil congénitalement pulsatile, est entièrement superposable à celui que nous venons de résumer; les 2 autres ont été publiés par M. Mulder sous le nom d'exophtalmie intermittente et pulsatile : ils en diffèrent en ce que la position « de repos » de l'œil était l'énophtalmie, la protrusion ne se produisant que sous l'influence d'un obstacle au reflux veineux (inclinaison du tronc, effort), et aussi en ce que c'était la moitié saine du visage qui était plus volumineuse que le côté atteint; enfin, l'affection aurait été acquise dans la première enfance, et non congénitale; mais ce point laisse place à quelque doute.

Tels sont les faits; quelle interprétation convient-il de leur attribuer? En l'absence de toute constatation directe, anatomique ou opératoire, il est clair que l'on ne peut que formuler des hypothèses. Voici celle qui paraît le plus vraisemblable à M. Frugiuele :

Les modifications atrophiques du squelette orbitaire sont imputables à une affection du sympathique, qui explique aussi la diminution du coussinet graisseux de l'orbite; cette opinion est étayée de faits expérimentaux dûment acquis. On peut admettre que la même influence agit sur les veines orbitaires, en modifie la nutrition, en altère les parois, d'où production d'ectasies veineuses; celles-ci sont-elles permanentes, il y a exophtalmie, d'ailleurs facilement réductible; mais si la lésion est moins accentuée, la veine ne se laissera distendre que lorsqu'elle sera soumise à un excès de pression, et ainsi se constituera une exophtalmie d'effort avec énophtalmie habituelle.

Reste à expliquer les pulsations; ici, l'hypothèse de la « tropho-névrose ostéo-cellulo-vasculaire » admise par l'auteur se trouve en défaut, et M. Frugiuele en est réduit à considérer ce symptôme comme une sorte de phénomène contingent, dû à des conditions anatomiques locales : il l'attribue aux battements de la carotide interne transmis au globe oculaire par le sang de la veine ophtalmique supérieure (qui se jette, comme on sait, dans le sinus caverneux, traversé par la carotide interne), à la faveur de la dilatation de ce vaisseau. C'est l'opinion déjà émise par M. De Vincentiis, mais elle ne repose jusqu'ici sur aucune base positive. (*Pediatria*, février et mars 1905.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La santonine contre les crises laryngées du tabes.

Nous avons signalé, dans ces dernières années, un certain nombre d'applications thérapeutiques de la santonine dans diverses affections nerveuses, et notamment l'emploi de cet alcaloïde contre les douleurs fulgurantes des tabétiques, d'abord par M. C. Negro, puis par MM. Combemale et de Chabert (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 72 et 1902, p. 224).

Or, le même médicament a donné à M. le docteur Collet, médecin des hôpitaux de Lyon, d'excellents résultats dans les crises laryngées du tabes, accidents ayant une origine sensitive qui les rapproche des douleurs fulgurantes. Dans le cas où notre confrère a eu recours à la médication en question, il s'agissait de crises graves, se répétant fréquemment et depuis de longues années, sans qu'aucun mode de traitement eût eu jusqu'alors la moindre action sur leur évolution. Or, il suffit d'administrer à ce malade 0 gr. 15 centigr. de santonine trois fois par jour pour faire entièrement disparaître, dès le troisième jour, tout phénomène du côté du larynx. Malgré la cessation des accidents, on continua le traitement deux mois encore, sans qu'il en résultât d'ailleurs aucun inconvénient. Les crises ayant reparu au bout de huit mois, on institua à nouveau la médication par la santonine, avec le même succès que la première fois.

Traitement de l'astigmatisme régulier par des injections sous-conjonctivales localisées.

Ayant constaté que des injections sous-conjonctivales pratiquées sur tout le pourtour de la cornée d'un œil, pour des phénomènes sympathiques, avaient déterminé une hypermétropie de deux dioptries par aplatissement de la cornée, M. le docteur Deschamps, chargé du cours d'ophtalmologie à l'Ecole de médecine de Grenoble, a eu l'idée de recourir à ce procédé en vue de remédier à l'astigmatisme régulier d'un degré peu avancé.

Dans ce but, notre confrère injecte quelques gouttes d'une solution saline sous la conjonctive, aux deux extrémités du diamètre le plus réfringent et à mi-distance des insertions des muscles droits et du limbe scléro-cornéen, de façon à provoquer l'aplatissement de la cornée suivant ce méridien. Selon le degré de l'astigmatisme, on répète les injections de quatre à huit fois, à une semaine d'intervalle, en évitant toutefois de les faire toujours exactement au même point.

Cette méthode, qui serait préférable à celle des incisions cornéennes, aurait donné à M. Deschamps des résultats fort encourageants dans les 4 cas où il y a eu recours.

Appareil improvisé pour la stérilisation des cathéters uréthraux.

D'après M. le docteur G. Ingianni, privat-docent de pathologie externe à la Faculté de médecine de Gênes, il serait expédient — lorsqu'on ne dispose pas des stérilisateurs chirurgicaux habituels — de se servir, pour aseptiser les sondes uréthrales, d'un appareil improvisé de la façon suivante :

A un tube en verre — comme ceux qui servent à l'analyse des urines ou à la conservation des comprimés —, on adapte un tube en caout-

chouc d'une longueur de 30 centimètres environ et d'un diamètre de 15 millimètres. On remplit le tout d'une solution saturée de sulfate de soude, on y immerge la sonde à stériliser, et on ferme l'extrémité du tube par un bouchon perforé et muni de cannelures latérales. On chauffe alors l'éprouvette sur la flamme d'une lampe à alcool, jusqu'à ce que la solution qu'elle renferme entre en ébullition. D'après l'expérience de notre confrère, il suffirait que celle-ci fût maintenue pendant quelques instants pour que le cathéter pût être considéré comme aseptique.

La photothérapie des tatouages.

A en juger par l'expérience d'un médecin allemand, M. le docteur E. Meirowsky (de Graudenz), la photothérapie aurait une action réelle sur les tatouages : il suffirait de quelques séances d'une durée de une heure à une heure et quart pour faire pâlir, puis disparaître, les petits tatouages dont les dimensions n'excèdent pas celles d'un pois.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 juin 1905.

Sur un cas d'achondroplasie.

M. Sevestre relate l'observation d'une fillette âgée de sept ans, obèse, dont la taille ne mesure que 87 centimètres. Lorsque l'enfant est debout, les extrémités des doigts s'arrêtent au niveau du grand trochanter et c'est plutôt sur le bras que sur l'avant-bras que porte la diminution de longueur du membre. Les mains sont trapues, carrées et charnues; les doigts sont gros, épais, en forme de boudin et courts; ils sont presque tous de même longueur.

Le tronc est bien développé et dans sa partie supérieure ne diffère pas de l'état normal; il n'y a pas de chapelet costal. En arrière, vers la partie inférieure de la région dorsale, on constate une saillie transversale des vertèbres et des côtes, qui détermine une légère gibbosité. Au-dessous existe une ensellure très marquée, résultant d'un relèvement du sternum.

Le ventre est volumineux par le fait d'un certain degré d'atonie gastro-intestinale et de l'épaississement graisseux des parois abdominales.

La tête est globuleuse, avec saillie très prononcée des bosses frontales et pariétales; sa circonférence maxima est de 55 centimètres.

La démarche est quelque peu gênée par suite de l'existence d'un genu valgum et de la brièveté des membres inférieurs; le raccourcissement de ces derniers porte surtout sur leur segment supérieur.

La petite malade est née à terme, l'accouchement a été assez difficile en raison du volume de la tête; il n'y a pas eu de retard dans le développement de la dentition. Elle a une sœur bien conformée; sa mère est également normale, mais son père est manifestement achondroplasique.

Du traitement de l'infection puerpérale à streptocoque par l'essence de térébenthine intus et extra.

M. Fabre (de Lyon) communique le résultat de recherches expérimentales et cliniques tendant à démontrer la supériorité de l'essence de térébenthine sur les autres antiseptiques, dans le traitement de l'infection puerpérale à streptocoque.

Tant que l'infection reste locale, on doit se borner à laver la cavité utérine avec de l'eau térébenthinée, obtenue par l'addition à 1 litre d'eau stérilisée de 15 c.c. d'essence de térébenthine dissous dans un égal volume d'alcool à 92°.

Lorsque l'infection tend à se généraliser, il faut faire pénétrer la térébenthine dans l'organisme par les voies digestive et sous-cutanée. Pour cela, on peut, sans inconvénient, administrer chaque jour aux malades 4 grammes d'essence de térébenthine par la bouche et 2 grammes par la voie sous-cutanée; mais, aux injections sous-cutanées d'essence de térébenthine pure, suivant la méthode de Fochier, l'orateur préfère l'emploi d'un sérum térébenthiné, que l'on prépare en ajoutant à 1 litre de sérum artificiel stérilisé 5 c.c. d'essence de térébenthine rectifiée, additionnée de 5 c.c. d'alcool fort. On injecte en une seule séance 200 c.c. de ce liquide, soit 1 gramme d'essence de térébenthine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mai 1905.

Des lipomes ostéopériostiques.

M. Routier. — Chez un garçon de treize ans, qui présentait au niveau de la clavicule une tumeur fluctuante, j'avais porté le diagnostic d'abcès froid, et, après une ponction blanche, j'incisai la tumeur; or, je constatai qu'il s'agissait d'un lipome, manifestement pédiculé sur la clavicule; le pédicule renfermait du tissu ostéoïde. Ce cas peut être rapproché de ceux qui nous ont été communiqués dans la dernière séance par M. Schwartz (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 259).

M. Tuffier. — J'ai opéré un lipome de la partie postérieure de la cuisse, que j'avais également pris pour un abcès froid et ponctionné; ce lipome était adhérent à l'ischion.

M. Guinard. — Parmi les lipomes ostéopériostiques, il est une variété congénitale dont j'ai eu l'occasion d'observer un exemple intéressant. Il s'agit d'une petite fille de sept mois, qui présentait une tumeur de la région sus-épineuse, ayant toutes les apparences d'un abcès froid. Plusieurs ponctions étant restées blanches, et, de plus, le traitement spécifique conseillé par M. Kirmisson n'ayant donné aucun résultat, je fis l'ablation de la tumeur, que l'examen histologique montra être un lipome pur. Trois ans plus tard, une récidive locale se produisit; j'intervins à nouveau, et le microscope permit d'affirmer qu'il s'agissait encore d'un lipome. Ma deuxième opération date actuellement de deux ans, et la guérison s'est maintenue.

M. Nélaton. — J'ai enlevé, chez une femme de trente ans, un lipome de la nuque, implanté sur la protubérance occipitale externe, qui datait de l'enfance. Dans un autre cas, j'ai fait l'ablation d'un lipome ostéopériostique de la cuisse, adhérant au petit trochanter, pour lequel on avait cru à un sarcome.

M. Broca. — J'ai observé chez un enfant un exemple de lipome ostéopériostique implanté au niveau de la tubérosité antérieure du tibia. J'ai conservé également le souvenir de deux lipomes ostéopériostiques de la nuque, analogues à celui dont M. Nélaton vient de nous parler.

M. Pierre Delbet. — Je puis vous citer un cas de lipome ostéopériostique développé chez un vieillard entre le fémur et le quadriceps et pourvu d'un pédicule qui allait s'insérer au voisinage de la ligne âpre; j'avais fait le diagnostic de sarcome et l'examen histologique a démontré que la tumeur était simplement constituée par du tissu fibro-lipomateux.

M. Kirmisson. — Les lipomes ostéopériostiques constituent une des variétés les plus fréquentes des lipomes congénitaux et j'ai eu souvent l'occasion d'en rencontrer des exemples.

M. Monod. — J'ai enlevé, il y a quelques jours, un lipome de la région claviculaire qui avait été pris pour un abcès froid; je n'ai pas constaté d'adhérence au squelette.

De l'extraction des corps étrangers de l'œsophage.

M. Kirmisson. — M. Barnsby (de Tours) nous a envoyé 2 observations d'extraction de corps étrangers de l'œsophage, sur lesquelles vous m'avez chargé de vous présenter un rapport. Dans le premier fait, relatif à une petite fille de seize mois, qui avait avalé une pièce de 10 francs, notre confrère avait fait une tentative infructueuse avec le panier de Graefe. Deux jours après, ayant endormi l'enfant, M. Barnsby eut recours à mon crochet, et il put sans peine retirer le corps étranger. L'autre observation a trait à un enfant de sept ans, qui avait avalé un jeton en os ayant les dimensions d'un sou; l'extraction au crochet, pratiquée sous le chloroforme, n'offrit pas de difficulté.

M. Barnsby est très partisan de la chloroformisation pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage; j'avoue, pour ma part, que je procède à cette opération sans pratiquer l'anesthésie générale.

Je profite de l'occasion pour vous citer également un fait d'extraction d'un sou à l'aide de mon crochet, qui m'a été communiqué par M. Gaudier (de Lille).

Dégénérescence cancéreuse du moignon utérin consécutif à l'hystérectomie subtotale.

M. Richelot. — J'ai eu connaissance, depuis ma communication de l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 180), de 5 nouvelles observations de dégénérescence cancéreuse au niveau du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale. Un de ces faits m'a été fourni par M. Albert Martin (de Rouen), qui m'a, en outre, communiqué un cas de cancer développé au niveau de la cicatrice vaginale, après une hystérectomie totale. Je dois à MM. Picqué, Beurnier et Bazy 3 autres cas de dégénérescence cancéreuse du moignon utérin consécutif à l'hystérectomie subtotale pour fibrome. Enfin, M. Labeyrie (de Nantes) m'a envoyé également une observation analogue, ce qui porte à 22 le nombre des faits de ce genre qui me sont aujourd'hui connus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 juin 1905.

Alimentation et allaitement au cours de la scarlatine.

M. Dufour. — J'ai soigné, pendant l'année 1904-1905, 268 scarlatineux, dont 4 seulement ont succombé, ce qui donne une mortalité de 1.5 % environ; encore faut-il ajouter que ces décès ne sont pas imputables uniquement à la scarlatine, car 2 des sujets qui sont morts étaient des alcooliques avérés, un troisième était saturnin et la quatrième patiente avait accouché peu de temps auparavant dans de mauvaises conditions.

Au cours de cette même année 1904-1905, j'ai modifié le régime alimentaire des scarlatineux confiés à mes soins, du moins de ceux qui n'avaient pas d'albuminurie : je leur ai permis de manger à leur faim dès les premiers jours de l'affection (du troisième au sixième), sans faire de choix parmi les aliments. Aucun des sujets soumis à ce régime n'a présenté d'albuminurie; quand celle-ci existait dès le début de la maladie, les patients étaient soumis au régime lacté ou au régime déchloruré.

Cette diététique est très utile en pratique, lorsqu'il s'agit de femmes atteintes de scarlatine et allaitant leur enfant, chez lesquelles il faut par conséquent maintenir la sécrétion lactée à un taux suffisant. Les nourrissons, en effet, semblent jouir d'une immunité relative vis-à-vis de la scarlatine, et il y a tout avantage, surtout dans la clientèle hospitalière, à ne pas les priver du lait maternel.

La réaction palpébrale des singes macaques à la syphilis.

M. Thibierge. — J'ai fait, avec M. Ravaut, des expériences d'où il résulte que le bord libre de la paupière des singes macaques réagit constamment à l'inoculation des produits syphilitiques provenant de chancres ou de plaques muqueuses. Cette réaction débute de vingt à trente-cinq jours après l'inoculation, sous la forme d'une tuméfaction œdémateuse qui augmente pendant cinq à dix jours et persiste quelquefois plus de cinquante jours sans jamais s'ulcérer.

Ces lésions palpébrales sont suffisamment différenciées pour que l'inoculation au singe puisse être appliquée au diagnostic des altérations dont la clinique ne permet pas d'affirmer la nature syphilitique; elles confèrent, en outre, l'immunité aux animaux contre l'inoculation ultérieure de produits syphilitiques virulents.

Ajoutons que l'inoculation du liquide céphalorachidien — riche en lymphocytes — de syphilitiques secondaires s'est toujours montrée négative.

Lymphocytose rachidienne secondaire et tardive avec symptômes de méningite spinale dans un cas de zona thoraco-abdominal.

M. Chauffard communique, en son nom et au nom de M. Rivet, l'observation d'un malade atteint de zona thoraco-abdominal, chez lequel une ponction lombaire pratiquée au cinquième jour donna issue à du liquide céphalo-rachidien normal. Une deuxième ponction, exécutée au neuvième jour, alors que le malade présentait tous les signes d'une méningite spinale atténuée (rachialgie, signe de Kernig, exagération des réflexes tendineux des membres inférieurs), décela une lymphocytose très abondante.

Dans ce cas, le processus infectieux a donc évolué en deux étapes : la première, ganglionnaire et radiculaire, uniquement caractérisée par l'éruption ; la seconde — étape de propagation méningée — se traduisant par la lymphocytose rachidienne et les signes d'une méningite spinale secondaire.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 24 mai 1905.

L'anatomie pathologique et les voies d'infection de la méningite cérébro-spinale épidémique.

M. Westenhöffer. — Envoyé par le gouvernement en Silésie pour y étudier l'épidémie actuelle de méningite cérébro-spinale (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 207), je me suis proposé de faire des recherches au double point de vue : 1° de la voie d'accès de l'agent pathogène dans le crâne; 2° des lésions des méninges et des divers viscères qu'on rencontre dans cette infection.

J'ai pu pratiquer l'autopsie de 29 sujets ayant succombé à la maladie, et je dois dire que, chez tous, j'ai fait des constatations sensiblement identiques.

Sur ces cadavres, lorsqu'on enlève couche par couche les os de la base du crâne, de façon à mettre à nu la cavité du nasopharynx, on découvre dans cette dernière une masse muqueuse transparente; l'amygdale pharyngée est rouge, en état de tuméfaction aiguë; il en est de même de la paroi postérieure du pharynx, œdématiée et d'aspect vitreux; l'orifice des trompes d'Eustache est également tuméfié, et d'un brun rouge intense.

La portion antérieure des fosses nasales est plus rarement intéressée : je ne l'ai trouvée atteinte que 3 fois sur 29, chez des enfants depuis longtemps infectés; leur portion postérieure, au contraire, participe souvent aux lésions, même chez l'adulte; la muqueuse y est violacée et tuméfiée, mais la sécrétion demeure minime.

Dans 70 % des cas existait un état inflammatoire de l'oreille moyenne; 10 fois j'ai constaté une sinusite sphénoïdale, 7 fois une sinusite maxillaire, 1 fois seulement une sinusite ethmoïdale.

Quelle qu'eût été la durée de l'affection — elle variait de quelques heures à plusieurs mois dans les faits que j'ai étudiés —, la région du nasopharynx était toujours intéressée; aussi peut-on conclure que c'est dans les lymphatiques de cette cavité que doit se trouver l'agent pathogène. D'autre part, dans les cas les plus récents, les lésions intracrâniennes étaient limitées à la région hypophysaire, y compris la selle turcique. Il est donc licite de présumer que la propagation du germe se fait de la première de ces régions (nasopharynx) à la seconde (selle turcique) par l'intermédiaire des vaisseaux nourriciers traversant le sphénoïde; peut-être aussi le microorganisme vient-il de l'oreille moyenne par les canalicules carotico-tympaniques; par contre, il n'emprunte certainement pas la voie de l'ethmoïde.

En ce qui concerne les lésions méningées, elles sont presque nulles dans les cas tout à fait récents; quand elles ont le temps de se développer, il est à remarquer que, contrairement à ce qui s'observe dans la méningite tuberculeuse, elles épargnent toujours la scissure de Sylvius. L'exsudat, qui s'étend parfois à la plus grande partie de la convexité des hémisphères, se coagule dans les mailles de la pie-mère, tandis qu'il demeure liquide autour des vaisseaux. Le début des lésions par la région hypophysaire explique la précocité du strabisme.

Quant aux lésions des autres organes, elles sont banales et ressemblent à celles que l'on constate dans toutes les maladies infectieuses. Un point particulier mérite cependant d'être mis en relief : il a trait à la tuméfaction générale du système lymphatique, y compris le thymus; ce dernier était hypertrophié chez tous les enfants dont j'ai fait l'autopsie, et il persistait chez plusieurs adultes âgés de dix-huit à cinquante ans. Ce n'est pas là, à mon avis, une simple coïncidence, mais cet « état lymphatique » me paraît de nature à expliquer, par une véritable prédisposition à la maladie, que, dans certaines familles, un seul des enfants soit frappé, alors que tous vivent dans les mêmes conditions.

Mes recherches anatomo-pathologiques, en montrant la prédominance des lésions dans le nasopharynx, prouvent que l'infection, dans la méningite cérébro-spinale épidémique, se fait par inhalation. Au point de vue pathogénique, il faut considérer que l'abondance des fumées, dans une région aussi industrielle que la Silésie, a pour corollaire un grand nombre d'affections pharyngées, avec expectoration abondante que les malades rejettent autour d'eux, et naturellement surtout chez eux. Ce fait explique que les écoles ne constituent guère des foyers d'infection, car les enfants ne crachent que peu ou pas. A ce point de vue, la prophylaxie de la méningite me paraît se résumer pour une grande part en l'application des mesures générales d'hygiène de l'habitation.

Sur la découverte de spirochètes chez les syphilitiques.

M. Buschke déclare, à propos de la communication faite par M. Schaudinn dans la précédente séance (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 261), que, chez un enfant de dix semaines, hérédo-syphilitique et mort au milieu de phénomènes de septicémie généralisée, il a pu trouver le spirochète pâle dans les frottis de rate et de foie; sur les coupes on voyait aussi d'autres microorganismes. Le spirochète fut également décelé dans le sang pendant la vie du petit malade, ce qui prouve bien qu'il ne s'agissait pas d'une infection cadavérique. Cependant, on peut toujours se demander si ce microbe ne constitue pas simplement un agent d'infection secondaire.

M. Frosch dit avoir constaté, dans 2 cas sur 3 qu'il a examinés, la présence du spirochète pâle dans le suc de ganglions syphilitiques.

M. Wechselmann fait connaître qu'il a trouvé fréquemment le même microorganisme dans des chancres et des papules syphilitiques, mais non dans le sang de la rate ni dans le suc ganglionnaire; ce résultat négatif peut, du reste, tenir à un défaut de technique.

Comme les recherches de MM. Schaudinn et Hoffmann ont porté sur des lésions de la région génito-anale, c'est-à-dire sur un point de l'organisme dont la flore microbienne est très riche, l'orateur a examiné, après excision, une papule sèche du bras, chez un syphilitique soumis au traitement mercuriel : il y a constaté des *Spirochaetes pallida* présentant de légères altérations.

M. W. Löwenthal signale que, étudiés à l'ultramicroscope, les filaments du spirochète pâle se décomposent en plusieurs individus placés bout à bout et renfermant un noyau. L'orateur dit avoir pu constater la présence de ce microorganisme dans les cellules d'un accident primitif.

M. Reckzeh déclare que, sur 6 cas de syphilis à la période d'éruption de l'exanthème, il a 2 fois décelé dans le sang des éléments qu'il considère comme des formes d'involution du parasite.

M. Thesing montre des préparations de réactif de Giemsa où l'on voit de nombreux microbes et des spirochètes; pour éliminer toute erreur de ce chef, il faudrait avoir soin de faire bouillir et de filtrer ce réactif avant de l'employer.

D'autre part, l'orateur conteste que le spirochète pâle soit un protozoaire, comme le pense M. Schaudinn; à ses yeux, c'est plutôt un champignon. Enfin, pour qu'on puisse lui attribuer un rôle dans la pathogénie de la syphilis, il manque encore une des preuves exigées par M. Koch pour la spécificité des microorganismes, à savoir la mise en culture suivie d'inoculation positive.

M. Plehn fait observer qu'il s'est servi bien des fois du réactif de Giemsa pour colorer des coupes de foie ou de rate, des préparations de sang, etc., de sujets non syphilitiques, et qu'il n'a jamais constaté de spirochètes.

M. Schaudinn objecte aussi que, si les spirochètes provenaient du liquide colorant, il serait bien extraordinaire qu'on ne les rencontrât que dans les produits syphilitiques.

M. Hoffmann ajoute que M. Schaudinn et lui ont eu bien soin de laisser en suspens la question de l'étiologie de la syphilis : ils se sont bornés à exposer simplement les faits qu'ils avaient observés.

Dr Villaret.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE PARIS

Autefage (M.). Résultats éloignés et valeur comparée des différents procédés de la cure radicale des hernies crurales et inguinales.

Bauduy (E.). Pathogénie des paralysies radiculaires obstétricales du plexus brachial.

Berté (E.). L'hygiène à bord des bateaux-câbles.

Bertier (L.). De l'emploi des eaux sulfureuses dans le traitement de la syphilis.

Blin (G.). Etude des manifestations oculaires de la démence précoce et considérations sur la pathogénie de cette maladie.

Bouchet (A.). L'intoxication urémique dans le cours des néphrites scarlatineuses.

Denis (M.). De la position de l'opéré dans les interventions sur la tête et sur le tronc.

Desgeorges (P.). Contribution à l'étude de l'idiotie mongolienne.

Dupic (A.). La luxation récidivante de la rotule et son traitement.

Esquirol (E.). Contribution à l'étude du pronostic de la présentation du siège; son amélioration par la version externe.

Juy (H.). Contribution à l'étude du traitement des pyélonéphrites infectieuses.

Lernout (J.). Symptômes de la syphilis héréditaire sans exanthème chez les nourrissons.

Loumaigne (A.). Urétérites et pyélites (diagnostic clinique).

Moreau (R.). Des infections et des intoxications d'origine intestinale au cours de la puerpéralité.

Morisset (H.). De l'accouchement spontané rapide sans surveillance dans le coma éclamptique.

Morlet (A.). Perforation de l'utérus puerpéral post-partum et post-abortum.

Mornu (J.). Contribution à l'étude du purpura.

Mougeot (A.). Le bain carbo-gazeux artificiel; son action physiologique et son action thérapeutique dans les maladies du cœur.

Piquantin (G.). Contribution à l'étude du cancer de la langue chez la femme.

Richard (M.-A.). Syndrome de la sténose du pylore chez les nourrissons.

Rostaine (P.). De la syphilis acquise chez les hérédo-syphilitiques.

Schacher (M.). Une observation de prétendue linite plastique.

Tessier (J.-P.). Le rôle de la distension cardiaque dans la production de l'angine de poitrine.

Texier (J.). Du traitement du bec-de-lièvre simple (procédés de Jalaguier).

Trapenard (R.). Rapports de la leucoplasie buccale avec la syphilis.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Alessi (U.) et **Pieri** (A.). Le alterazioni dello stomaco e il peso del corpo in rapporto alle lesioni della corteccia cerebrale. (*Clinica medica italiana*, mars.)

Bernard (L.) et **Salomon** (M.). Recherches sur la tuberculose rénale : étude expérimentale des lésions rénales provoquées par le bacille tuberculeux; 2e mémoire. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Bracci (C.). Sulla calcificazione. (*Clinica moderna*, 1er et 8 mars.)

Crile (G. W.) et **Macleod** (J. J. R.). Some observations on the effect of alternating currents of moderate frequency on dogs. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Cristiani (H.). Evolution histologique de greffes faites avec du tissu thyroïdien conservé. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Dantchakova (Mme V.). De la cirrhose expérimentale du foie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 fév.)

Fasoli (G.). Sul comportamento delle cartilagini nelle ferite. (*Riforma med.*, 14 janv.)

Fracassini (L.). Studio istologico e sperimentale intorno al processo di reparazione delle lesioni della vescica. (*Policlinico*, partie chir., XII, 3.)

Hechtmann (A.). Contribution à la pathologie des reins (en russe). (*Roussk. Vratch*, 19 fév.)

Heile (B.). Experimentelle Beobachtungen über die Resorption im Dünn- und Dickdarm. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 4.) — Sur la résorption au niveau de l'intestin grêle et du gros intestin.

Hess (E.). Die Uebertragung des Karzinoms vom Menschen auf die Ratte. (*Med. Klinik*, 12 mars.) — La transmission du cancer de l'homme au rat.

Nicolle (Ch.). Reproduction expérimentale de la lèpre chez le singe. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 mars.)

Pari (G. A.). Sulla diminuzione della resistenza alle infezioni, come causa della morte delle rane dopo l'estirpazione dei timi. (*Gazz. degli Osped.*, 12 mars.)

Pende (N.). Produzione sperimentale di concrezioni nei condotti pancreatici; contributo alla patogenesi della pancreolitiasi. (*Policlinico*, partie méd., XII, 3.)

Pirone (R.). Sulla fisiopatologia del grande epiploon. (*Riforma med.*, 7 janv.)

Richter (P. F.). Experimentelles über die Nierenwassersucht. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 avril.) — Sur l'œdème d'origine rénale.

Saeli (G. R.). Sulle fine alterazioni di struttura degli organi per iniezioni di siero di sangue eterogeneo. (*Riforma med.*, 7 et 14 janv.)

Silvestri (T.). Sugli effetti della estirpazione del pancreas. (*Riforma med.*, 18 fév.)

Spangaro (S.). Intorno all'azione battericida del sangue puro, del sangue splasmato, del plasma e del siero dei piccioni normali ed immunizzati verso il bacillo del carbonchio antrace; contributo alla fisiologia del sangue ed alla conoscenza dell'immunità e della immunizzazione contro le malattie infettive. (*Morgagni*, mars-avril.)

Triolo. Nuove ricerche sperimentali sulla morfologia degli elementi figurati del sangue. (*Gazz. degli Osped.*, 26 mars.)

Vyssotzky (A.). Contribution à l'étude des anémies expérimentales (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 4.)

Weill. Beitrag zur differentiellen Entwicklungsmechanik des Geschlechts; experimenteller Teil. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.) — Sur le mécanisme de la détermination du sexe.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Celler (H. L.) et **Hamburger** (F.). Ueber spezifische Antikörperbildung nach Eiweissfütterung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 mars.) — La formation d'anticorps spécifiques consécutive à une alimentation par les albumines.

Cumbo (E.). Le teorie sulla eziologia del cancro. (*Riv. critica di clinica medica*, 21 et 28 janv.)

Engländer (M.). Die Bestimmung des spezifischen Gewichtes von Exsudaten und Transsudaten bei Körpertemperatur. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 mars.) — La détermination du poids spécifique des exsudats et des transsudats à la température du corps humain.

Frassi (A.). La mortalità per tumori maligni in Parma durante il decennio 1892-1901. In-4°, 39 p. avec carte. Parme.

Gérard (E.). Solubilité de la cholestérine animale dans quelques éléments de la bile; contribution à l'étude de la formation des calculs biliaires. (*Echo méd. du Nord*, 2 avril.)

Hahl (C.). Beitrag zur Kenntnis des Stoffwechsels während der Schwangerschaft. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 1.) — Sur les échanges organiques au cours de la grossesse.

Hansemann (von). Was wissen wir über die Ursache der bösartigen Geschwülste? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 et 27 mars.) — Etiologie du cancer.

Hougardy (A.) et **Langstein** (L.). Stoffwechselversuch an einem Fall von infantilem Myxödem. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 4.) — Recherches sur les échanges organiques dans un cas de myxœdème infantile.

Huber (F. O.). Ueber die physiologische Wirkung der Antikörper des menschlichen Eiweisses. (*Med. Klinik*, 19 mars.) — Action physiologique des anticorps de l'albumine humaine.

Israel (O.). Die biogenetische Theorie der Geschwülste und die Aetiologie des Carcinoms. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 mars.) — La théorie biogénique des tumeurs et l'étiologie du cancer.

Kentzler (J.). Der Komplementgehalt des Blutes bei verschiedenen Formen der Lungentuberkulose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 mars.) — La teneur du sang en alexine dans différentes formes de tuberculose pulmonaire.

Kocher (A.). Ueber die Ausscheidung des Jods im menschlichen Harn und ihre Beziehung zum Jodgehalt und zur Verkleinerung der Strumen; ein Beitrag zur Physiologie der Schilddrüse. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 4.) — L'élimination de l'iode par les urines; ses rapports avec la teneur des goitres en iode et la diminution de volume de ces derniers.

Laache (S.). Die Wechselbeziehungen in der menschlichen Pathologie und Therapie. In-8°, 75 p. Stuttgart.

Leyden (E. von). Ueber die parasitäre Theorie in der Aetiologie der Krebse. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 mars.) — Sur la théorie parasitaire du cancer.

Lomer (G.). Ein Beitrag zur Lehre von der Vererbung erworbener Eigenschaften. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mars.) — Sur la transmission héréditaire des caractères acquis.

Mioni (G.). Contribution à l'étude des hémolysines naturelles. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

Molle. L'homme droit et l'homme gauche au point de vue pathologique; essai de systématisation des lésions de quelques affections et, en particulier, de la tuberculose pulmonaire. In-8°, 73 p. A. Maloine.

Orth (J.). Die Morphologie der Krebse und die parasitäre Theorie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 et 20 mars.) — La morphologie des cancers et la théorie parasitaire.

MÉDECINE

Abbruzzetti (A.). Di una nuova forma di polso venoso positivo. (*Riv. critica di clinica medica*, 28 janv.)

Ebstein (W.) et **Schwalbe** (J.). Handbuch der praktischen Medizin. I. Band : Krankheiten der Atmungs-, der Kreislaufsorgane, des Blutes und der sogenannten Blutdrüsen; 1 Teil. 2e éd. In-8°, 480 p. avec fig. Stuttgart. — Traité de médecine pratique. T. Ier : les maladies des organes de la respiration et de la circulation, du sang et des glandes vasculo-sanguines; 1re partie.

Ferrannini (A.). Riassunti degli studi sull'angio-ipotonia costituzionale. (*Medicina italiana*, 20 fév.)

Fischer (T.). Ueber paroxysmale Tachykardie. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVII, 4.)

Francine (A. P.). The incidence of gastric and duodenal ulcer in Philadelphia, with special reference to the post-mortem records of the Philadelphia Hospital. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Galdi (F.). Contributo clinico alla patogenesi vasomotoria dell'asma bronchiale. (*Gazz. degli Osped.*, 5 mars.)

Galli (G.). Intorno alla natura e genesi delle cellule intestinali sfigurate. (*Policlinico*, partie méd., XII, 3.)

Meyer (M.). Die Beziehungen zwischen Darmtätigkeit und lokaler Krankheit. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 4 mars.) — Fonctions intestinales et maladie localisée.

Nothnagel (H.). Die Technik der Diagnose. (*Wien. med. Presse*, 19 mars.)

Oefele (von). Zur Beziehung zwischen Pankreas und Diabetes. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 16 mars.)

Petrén (K.). Beiträge zur Symptomatologie der Carcinose des Rumpfskelettes. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 4.) — Symptomatologie de la carcinose osseuse du tronc.

Robertson (W. E.). Etiology and pathology of Bright's disease. (*Amer. Medicine*, 18 mars.)

Robinson (G. C.). The relation between congenital malformations of the heart and acute endocarditis. (*Bull. of the Ayer Clinical Laboratory of the Pennsylvania Hosp.*, 2.) — Malformations congénitales du cœur et endocardite aiguë.

Rolleston (H. D.). Pericolitis sinistra. (*Lancet*, 1er avril.)

Rollino (E.). Sul cancro-cirrosi del fegato. (*Riforma med.*, 28 janv.)

Róna (S.). Zur Aetiologie und Pathogenese der Plaut-Vincent'schen Angina, der Stomakace, der Stomatitis gangrænosa idiopathica, beziehungsweise der Noma, der Stomatitis mercurialis gangrænosa und der Lungengangrän. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIV, 2-3.)

Rosenberg (E.). Ueber Darmsondierung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 mars.) — Sur le cathétérisme de l'intestin.

Rosenow (E. C.). The blood in lobar pneumonia, with remarks concerning treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 mars.) — Le sang dans la pneumonie franche aiguë; remarques sur le traitement.

Rothschild (D.). Chronische Lungenentzündungen bei Herzkranken. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 mars.) — La pneumonie chronique des cardiaques.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Pallard (J.). Abcès du cerveau à symptomatologie fruste. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mars.)

Piltz (J.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Dissociation der Temperatur- und Schmerzempfindung bei Verletzungen und Erkrankungen des Rückenmarkes. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mars.) — Sur la dissociation de la sensibilité à la température et à la douleur dans les lésions et affections de la moelle épinière.

Rosenbach (O.). Ueber den Zusammenhang von abnormen Erscheinungen im Auge mit Symptomen im Gebiete des Vagus. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 mars.) — Rapports de certains phénomènes oculaires anormaux avec des symptômes dans le domaine du pneumogastrique.

Ruppel (L.). Zur Differentialdiagnose der choreatischen Geistesstörung. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 mars.) — Diagnostic différentiel des troubles mentaux de la chorée.

Sabrazès (J.) et **Desqueyroux** (J.). Mouvements athétoïdes stéréotypés des doigts associés à la parole chez un tabétique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 12 mars.)

Schlesinger (H.). Ueber die periodisch auftretende (paroxysmale) Lähmung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 mars.) — Sur la paralysie périodique.

Simon. Epilepsie, délire alcoolique, mélancolie, tentative de suicide et paralysie générale chez le fils d'une mère alcoolisée, d'un père suicidé, lui-même étant syphilitique et alcoolique. (*Arch. de neurol.*, fév.)

Snijders (Th. J. H.). Sensibiliteitsstoornissen bij aandoeningen van den cortex cerebri. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1er avril.) — Troubles de la sensibilité dans les lésions de l'écorce cérébrale.

Southard (E. E.) et **Keene** (C. W.). A study of acute hemorrhagic encephalitis (staphylococcus pyogenes aureus). (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Spiller (W. G.). Symptomatology, pathology and treatment of choreiform movements. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 fév.)

Williamson (R. T.). The vibrating sensation in affections of the nervous system and in diabetes. (*Lancet*, 1er avril.)

CHIRURGIE

Mayo (W. J. et C. H.). A review of 1000 operations for gallstone disease, with special reference to the mortality. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — 1,000 interventions chirurgicales pour affection des voies biliaires, notamment au point de vue de la mortalité.

Peterson (E. W.). Acute intussusception in an infant; resection of gangrenous intussusceptum; Murphy button anastomosis; recovery. (*Med. Record*, 4 mars.)

Phocas (G.). Περὶ τῆς χειρουργικῆς θεραπείας τῶν παθήσεων τοῦ στομάχου. (Χειρουργικὴ ἐπιθεώρησις, mars.) — Sur le traitement chirurgical des affections de l'estomac.

Piletzky (I.). De l'anesthésie locale par un mélange d'adrénaline et de cocaïne (en russe). (*Roussk. Vratch*, 12 fév.)

Pólya (E. A.). Modifikation der Bassini'schen Radikaloperation der Leistenbrüche. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 4 mars.) — Modification du procédé de Bassini pour la cure radicale des hernies inguinales.

Remedi (V.). Contributo alla chirurgia del pancreas. (*Arch. internation. de chir.*, II, 2.)

Revenstorf. Ueber traumatische Aortenwandrupturen, mit besonderer Berücksichtigung des Mechanismus ihrer Entstehung. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 4.) — Sur les ruptures traumatiques de l'aorte, notamment au point de vue de leur pathogénie.

Roskoschny (F.). Ein Fall von angeborener, vererbter Verbildung beider Knie- und Ellenbogengelenke. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 4-6.) — Difformité congénitale héréditaire des deux coudes et des deux genoux.

Rotter (J.). Erfahrungen mit der Operation der akuten Epityphlitis in den ersten 48 Stunden. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 fév. et 2 mars.) — Sur l'opération de l'appendicite aiguë dans les quarante-huit premières heures.

Ruff (E.). Zur Frage des Coma diabeticum nach operativen Eingriffen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 et 16 mars.) — Le coma diabétique post-opératoire.

Salinari (S.). Le imperfezioni e malattie dovute alla mancata od incompleta obliterazione del condotto vagino-peritoneale. (*Giorn. med. del R.° Esercito*, avril.)

Santucci (A.). A proposito delle sorprese ed errori diagnostici possibili nelle operazioni d'ernia. (*Policlinico*, 12 mars.)

Sargent (P. W. G.) et **Dudgeon** (L. S.). Emphysematous gangrene due to the Bacillus aerogenes capsulatus. (*Arch. internation. de chir.*, II, 2.)

Schlesinger (H.). Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen. 3e partie. In-8°, 300 p. Iéna. — Les indications des interventions chirurgicales dans les maladies internes.

Scott (J. A.) et **Longcope** (W. T.). The report of a case of malignant tumor of the testicle resembling chorio-epithelioma, with metastases. (*Bull. of the Ayer Clinical Laboratory of the Pennsylvania Hospital*, 2.)

Sellenings (A. E.). Superficial inguinal hernia. (*Med. News*, 18 mars.)

Seydel (K.). Lehrbuch der Kriegschirurgie. 2e éd. In-8°, 391 p. avec fig. Stuttgart. — Traité de chirurgie de guerre.

Sikemeier (E. W.). Ervaringen over adrenaline en de cocaine-adrenaline-anæsthesie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 25 mars et 1er avril.)

Sinding-Larsen. Et tilfælde af Hoffa's sygdom (fibrös betændelsesagtig hyperplasi af fedtvævet under ligamentum patellare). (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars.) — Maladie de Hoffa (inflammation chronique de la graisse sous-patellaire).

Sondern (F. E.). The present status of blood examination in surgical diagnosis. (*Med. Record*, 25 mars.) — L'examen du sang au point de vue du diagnostic chirurgical.

Sonnenburg (E.). Pathologie und Therapie der Perityphlitis (Appendicitis). 5e éd. In-8°, 255 p. avec fig. Leipzig.

Souza (S. de). Tratamento cirurgico do joelho valgo, pelo processo de MacEwen. (*Porto medico*, mars.) — Traitement chirurgical du *genu valgum* par le procédé de Macewen.

Spencer (G. W.). Primary tuberculosis of the female breast. (*Amer. Medicine*, 18 mars.) — Tuberculose primitive du sein chez la femme.

Stegmann (R.). Die kosmetische Behandlung der Blatternarben mit Vaselin und Oelvaselin. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 mars.) — Les injections prothétiques de vaseline contre les cicatrices varioliques.

Sträter (M.). Een geval van peritonitis door perforatie van een Meckel's divertikel. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 4 mars.)

Sutter (H.). Beitrag zu der Frage von den primären Muskelangiomen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 4-6.) — Sur les angiomes primitifs des muscles.

Taddei (D.). Le ferite prodotte dai moderni fucili da guerra. In-8°, 320 p. Florence. — Les blessures produites par les fusils de guerre modernes.

Thomson (A.). The relief of respiratory embarrassment in malignant goitre. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.)

Trendel. Ueber die Luxatio pedis sub talo. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 2.) — De la luxation sous-astragalienne.

Treves (Sir Frederick). The prospects and vicissitudes of appendicitis after operation. (*Brit. Med. Journ.*, 4 mars.) — Pronostic et évolution post-opératoires de l'appendicite.

Turner (G. R.). Clinical lectures on appendicitis, radical cure of inguinal hernia, and perforating gastric ulcer. In-8°, 136 p. Londres.

Van Dam (J.). Incarceratie van den processus vermiformis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 4 mars.) — Hernie étranglée de l'appendice vermiculaire.

Van den Bergh. Résultats éloignés de la transplantation des tendons. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, janv.-fév.-mars.)

Vanverts (J.). Des difficultés qui résultent de la friabilité de l'appendice dans la résection de cet organe; de l'appendicectomie incomplète. (*Nord méd.*, 1er mars.)

Van Zwalenburg (C.). The relation of mechanical distention to the etiology of appendicitis. (*Ann. of Surgery*, mars.)

UROLOGIE

Michaelis (L.). Die Malakoplakie der Harnblase. (*Med. Klinik*, 12 mars.) — Le ramollissement de la vessie.

Posner (C.) et **Rapoport** (L.). Prostatasekret und Prostatitis; ein Beitrag zur Entzündungsfrage. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 mars.)

Rafin. La néphrectomie dans la tuberculose rénale. (*Lyon méd.*, 19 et 26 mars.)

Riegner. Ueber Harnblasengeschwülste. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 2.) — Sur les tumeurs de la vessie.

Sandberg (J.). Prostatectomi. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars.)

Schmidt (G.). Ueber Behandlung und Dauerergebnisse bei Verletzungen und Verengerungen der männlichen Harnröhre. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 2.) — Résultats éloignés du traitement des lésions traumatiques et des rétrécissements de l'urèthre chez l'homme.

Spadacci (G.). Ascesso del rene destro da echinococco. (*Gazz. degli Osped.*, 26 mars.)

Spitzer (E.). Vorkommen eines paraurethralen Ganges mit zystischen Erweiterungen in der Genitoperinealrhaphe. (*Wien. med. Presse*, 26 fév.) — Sur un conduit para-uréthral avec dilatation kystique dans le raphé génito-périnéal.

Strandgaard (H.). Behandlingen af epididymitis tuberculosa. (*Hospitalstidende*, 1er et 8 mars.)

Thomas (W. H.). Surgical treatment of Bright's disease. (*Amer. Medicine*, 18 mars.)

Vassal (J.). Rétention d'urine par calcul préputial et phimosis. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Vaughan (G. T.). Gunshot wounds of the ureter; 2 cases of ureterovesical anastomosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.) — Blessures de l'uretère par armes à feu; anastomose urétéro-vésicale.

Wildbolz (H.). Ueber Diagnose und Behandlung der Nieren- und Blasentuberkulose. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 mars.) — Diagnostic et traitement de la tuberculose du rein et de la vessie.

OPHTALMOLOGIE

Porru (P.). Un caso di sublussazione spontanea del cristallino. (*Gazz. degli Osped.*, 26 mars.)

Posey (W. C.). Intermittent exophthalmus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 fév.)

Poulard (A.). Quelques considérations cliniques sur l'hémianopsie. (*Arch. d'ophtalmol.*, janv.)

Puccioni (G.). Oftalmia simpatica da occhio atrofico dopo 20 anni. (*Boll. dell'Osped. oftalm. della provincia di Roma*, III, 3.)

Sachs (M.). Ueber die kosmetischen Operationen in der Augenheilkunde. (*Wien. med. Presse*, 12 mars.) — Sur les opérations esthétiques en ophtalmologie.

Sachsalber (A.). Zur Aetiologie der Pinguecula und des Pterygiums. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 fév. et 2 mars.)

Sulzer (D.-E.). L'acuité visuelle professionnelle dans ses rapports avec l'incapacité de travail. (*Ann. d'hyg. publ.*, mars.)

Truc (H.). La clinique ophtalmologique de Montpellier depuis sa fondation (1887-1904). In-8°, 72 p. avec fig. Montpellier.

Valude (E.). Note à propos de l'action de l'antipyrine dans l'atrophie optique. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Van Duyse. Hémianopie bilatérale, incomplète, avec conservation des champs visuels maculaires à la suite d'un coup de feu de la région temporale. (*Arch. d'ophtalmol.*, janv.)

Wecker (L. de). Nouveaux essais pour guérir la cataracte sans opération. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Gutbrod (A.). Die Vermeidung von Blasenstörungen nach gynäkologischen Operationen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 mars.) — Traitement préventif des troubles vésicaux consécutifs aux opérations gynécologiques.

Müller (B.). Ueber die Diagnose der Gravidität. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 4 fév.)

Offergeld. Organanlagen in den Ovarialembryomen mit besonderer Berücksichtigung pathologischer Vorgänge. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 1.) — Les ébauches d'organes dans les embryomes ovariens.

Pincus (L.). Belastungslagerung; Grundzüge einer nichtoperativen Behandlung chronisch-entzündlicher Frauenkrankheiten und ihrer Folgezustände. In-8°, 152 p. avec fig. Wiesbaden. — Traitement non chirurgical des affections inflammatoires chroniques de la femme par l'élévation du bassin associée à la compression méthodique.

Puppe. Ueber kriminellen Abort. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.)

Reed (C. B.). Treatment of eclampsia. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Riss. Symphyséotomie pour excès de volume de la tête fœtale. (*Marseille méd.*, 1er mars.)

Rissmann (P.). Ein geplatztes Riesendermoid des rechten Ovarium infiziert mit Pneumococcen (Fränkel-Weichselbaum). (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 mars.) — Rupture d'un kyste dermoïde géant de l'ovaire droit; infection par des pneumocoques.

Roderer (J. F.). Case of puerperal tetanus with recovery. (*Amer. Medicine*, 4 mars.)

Rommel (O.). Zur Leistungsfähigkeit der weiblichen Brustdrüse. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 mars.) — Sur les ressources fonctionnelles de la glande mammaire chez la femme.

Schütze. Zur Frage des Peritonealverschlusses nach vaginaler Totalexstirpation des Uterus, nebst Bericht über 56 ausgeführte Operationen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.) — Sur la fermeture du péritoine dans l'hystérectomie vaginale totale.

Seitz (L.). Die Luteinzellenwucherung in atretischen Follikeln, eine physiologische Erscheinung während der Schwangerschaft. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 mars.) — Les proliférations des cellules lutéiniques des follicules atrésiés en tant que phénomène normal au cours de la grossesse.

Stein (A.). Ueber Facialis- und Hypoglossusparese nach Spontangeburt. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 mars.) — De la paralysie simultanée du facial et de l'hypoglosse dans l'accouchement spontané.

Strauss (S.). Report of a case of vaginal cesarean section with recovery. (*Med. Record*, 18 mars.)

Sturmdorf (A.). Perineum, perineorrhaphy, and prolapse. (*Med. Record*, 1er avril.)

Suber (H.). Betydelsen af manuell aortakompression vid blödningar i efterbördsstadiet. (*Hygiea*, fév. et mars.) — Valeur de la compression manuelle de l'aorte dans les hémorrhagies de la délivrance.

Tchekan (V.). Contribution à l'étude du cancer de l'utérus; les résultats immédiats et éloignés de l'intervention opératoire (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 3.)

Valenta (A. von). Ueber Uterusruptur. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 mars.)

Van Cauvenberghe (A.). Elargissement du bassin par la pubiotomie. (*Obstétrique*, janv.)

Vautrin. Considérations sur l'absence totale du vagin et son traitement chirurgical. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, fév.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Klug (F.). Les suppurations du labyrinthe. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, fév.)

Léquyer. Un cas de cocaïnisme chronique par la muqueuse nasale. (*Gaz. méd. de Nantes*, 18 mars.)

Marfan (A.-B.). Cornage congénital chronique; hypertrophie du thymus; syphilis héréditaire. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

Munro (J. C.). Psammoma of the maxillary sinus. (*Med. News*, 4 mars.)

Neubauer (A.). Kehlkopfpapillome bei Kindern und deren Behandlung. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLI, 1-2.) — Les papillomes laryngés chez l'enfant et leur traitement.

Okounev (V.). Un essai de traitement des affections tuberculeuses du pharynx et du larynx par l'acide trichloracétique. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

Paget (S.). A short note on the nose and nasopharynx. (*Brit. Med. Journ.*, 25 mars.)

Passow (A.). Die Verletzungen des Gehörorganes. In-8°, 276 p. avec fig. Wiesbaden. — Les lésions traumatiques de l'organe de l'ouïe.

Schmiegelow (E.). Contribution à la pathologie des abcès du cerveau d'origine otique. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

Sebileau (P.). Réflexions sur la cure chirurgicale de la sinusite frontale chronique. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, janv.)

Stein (S. von). Sur le diagnostic et le traitement des suppurations du labyrinthe. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, janv.)

Stenger. Zur Kenntnis der Frühsymptome maligner Tumoren des Nasenrachenraumes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 mars.) — Les signes précoces des tumeurs malignes du rhinopharynx.

Thomson (StC.). The opening of peritonsillar abscesses. (*Brit. Med. Journ.*, 25 mars.) — L'ouverture des abcès périamygdaliens.

Wilcox (R. W.). Postoperative nasal hemorrhage; calcium chloride; secondary anemia; rapid recovery. (*Amer. Medicine*, 18 mars.)

Zwaardemaker (H.). Over het physiologisch oorsuizen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 4 mars.) — Sur les bourdonnements d'oreille physiologiques.

Zwillinger (H.). La tuberculose latente de l'amygdale pharyngée hyperplasiée. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Barberio (M.). Nuova reazione micro-chimica dello sperma e sua applicazione nelle ricerche medico-legali. (*Rendiconto dell'Accad. delle scienze fisiche e matemat. di Napoli*, avril.)

Brazil (V.). Contribution à l'étude de l'intoxication d'origine ophidienne. In-8°, 26 p. avec fig. A. Maloine.

Faguet (Ch.). De la mort rapide. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 5 mars.)

Ferraris (C.). Sovra un caso di morte per avvelenamento con zafferano. (*Gazz. degli Osped.*, 30 mars.) — Intoxication mortelle par le safran.

Forgue (E.) et **Jeanbrau** (E.). Guide pratique du médecin dans les accidents du travail; leurs suites médicales et judiciaires. In-8°, 371 p. avec fig.

Fromme. Die zivilrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes für sich und seine Hilfspersonen. (*Berlin. Klinik*, mars.) — La responsabilité civile du médecin pour lui-même et pour ses aides.

Fronczak (F. E.). Poisoning by potassium bichromate. (*Amer. Medicine*, 4 mars.)

Fürth (E.). Ueber eine Vergiftung mit Helleborus niger. (*Med. Klinik*, 12 mars.) — Empoisonnement par l'hellébore noire.

Hall (A.). The increasing use of lead as an abortifacient; a series of 30 cases of plumbism. (*Brit. Med. Journ.*, 18 mars.) — L'emploi de plus en plus fréquent du plomb comme abortif.

Jelliffe (S. E.). Multiple neuritis in wood alcohol poisoning. (*Med. News*, 4 mars.) — La polynévrite dans l'empoisonnement par l'alcool méthylique.

Parisot (P.). De la valeur de la taille comme signe d'identité chez le vieillard. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 fév.)

Perrier (Ch.). Les criminels : étude concernant 859 condamnés. T. II. In-8°, 410 p. avec planches.

Revenstorf. Weiterer Beitrag zur gerichtsärztlichen Diagnostik des Ertrinkungstodes. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 et 21 mars.) — Diagnostic médico-légal de la mort par submersion.

Stoll (A.). Mitteilung über 7 Fälle von Fischvergiftung. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er mars.) — 7 cas d'empoisonnement consécutif à la consommation de poissons.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bereznitzky (M.). Traitement des morphinomanes, des alcooliques et des fumeurs par l'hypnose (en russe). (*Roussk. Vratch*, 12 et 19 fév.)

Kriklivy (A.). Traitement des ulcères par des coussinets à la naphtaline (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 5 mars.)

Lenhartz (H.). Zur Behandlung der epidemischen Genickstarre. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 mars.) — Traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique [par les ponctions lombaires].

Lewin (K.). Die Hydrotherapie der Perityphlitis. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, fév.)

Loomis (H. P.). The limitations of the value of nitroglycerin as a therapeutic agent. (*Med. Record*, 18 mars.)

Mathis (L.). Note sur le *nuoc-mam* et le régime alimentaire des Annamites. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 26 mars.)

Mendelsohn (L.). Erfahrungen über die Behandlung des Scharlachs mit Antistreptococcenserum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 mars.) — Le traitement de la scarlatine par le sérum antistreptococcique.

Mohr (L.). Zur Behandlung des Diabetes mellitus. (*Med. Klinik*, 26 mars.) — Traitement du diabète sucré.

Norström (G.). Chronic myositis rheumatica and its treatment by massage. (*Med. Record*, 11 mars.)

Nourney. Praktische Beiträge zur Tuberkulinanwendung; Fälle von geheilter chirurgischer Tuberkulose. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 6 mars.) — Cas de tuberculose chirurgicale guéris par la tuberculine.

Réjou (L.). Traitement hydrothérapique de la neurasthénie d'origine arthritique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 2 avril.)

Sadger (I.). Verlorengegangene Priessnitz-Kuren. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, VIII, 10.) — Indications de la méthode de Priessnitz tombées dans l'oubli.

Salignat (L.). Le massage thérapeutique de l'abdomen (sa technique; ses indications). In-16, 282 p. avec fig.

Stockton (C. G.). Treatment of cerebrospinal fever. (*Albany Med. Ann.*, mars.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Béclère (A.). Note sur l'emploi thérapeutique des sels de radium. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 mars.)

Buschke (A.) et **Schmidt** (H. E.). Ueber die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Drüsen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 mars.) — De l'action des rayons X sur les glandes.

Croce (O.). Ueber Wirbelfrakturen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 mars.) — Sur les fractures du rachis.

Dupeyrac. La radiothérapie dans le traitement des teignes. (*Marseille méd.*, 15 mars.)

Judet (H.). De la radiographie dans le diagnostic, le pronostic et le traitement des luxations congénitales de la hanche. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 mars.)

Maragliano (V.). Sui cosi detti raggi N. (*Gazz. degli Osped.*, 19 mars.)

NOUVELLES

DANEMARK

Il y a quatre ans environ, nous avons signalé qu'en Norvège, les affections tuberculeuses venaient d'être comprises dans la liste des maladies infectieuses dont la déclaration est obligatoire pour le médecin (Voir *Semaine Médicale*, 1901, Annexes. p. VI). Un autre pays scandinave, le Danemark, vient d'entrer dans la même voie en rendant obligatoire la déclaration des cas de tuberculose pulmonaire et laryngée, ainsi que des décès causés par ces affections.

INDES ANGLAISES

La mortalité par peste a pris depuis le commencement de cette année des proportions telles que le gouvernement, pour ne pas provoquer parmi la population des émois trop répétés, a décidé de ne plus communiquer qu'une fois par mois le nombre des décès, au lieu de le faire chaque semaine comme précédemment. Nous avons naguère signalé cette augmentation (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 156), mais voici des chiffres qui permettront de se rendre compte de l'extension du mal dans les cinq dernières années.

En 1901, le total des cas de mort par peste a été, en chiffres ronds, de 275.000
En 1902, de 580 000
En 1903, de 850.000
En 1904, de 1.025.000

Dans les quatre premiers mois de 1905 la mortalité, d'après les chiffres officiels, a été de 690,000, ce qui fait prévoir pour cette année, ainsi que nous le signalions déjà au mois de mars dernier, un total de décès de beaucoup supérieur à celui de l'an passé.

Il serait temps que le gouvernement se résolût à lutter efficacement contre un pareil fléau, qui est un danger permanent non seulement pour les indigènes, mais encore pour tous les pays, car ce pourrait ne pas être impunément qu'il persistât plus longtemps un tel foyer pestilentiel.

Il serait temps aussi que la Grande-Bretagne se préoccupât d'assurer les soins médicaux aux malheureux pestiférés, qui, êtres humains comme les autres hommes, sont généralement, d'après ce que nous écrivent plusieurs de nos abonnés des Indes, privés des soins médicaux, car que veut-on que fassent — le *British Medical Journal* le reconnaît lui-même — les 600 à 700 médecins de l'*Indian Medical Service* pour une population qui égale celle de toute l'Europe!

PRUSSE

A la dernière assemblée générale de l'Association des médecins fonctionnaires du royaume, M. le docteur Krohne (de Dusseldorf) a communiqué les résultats d'une enquête faite auprès de tous les médecins de districts de la Prusse pour dresser la morbidité et la mortalité de la fièvre puerpérale pendant les quatre dernières années. De 1901 à 1904 inclusivement, on a relevé 1,850,000 accouchements, parmi lesquels il a été constaté 7,983 cas de fièvre puerpérale dont 2,628 ont été suivis de décès, soit une morbidité de 0.43 % et une mortalité de 33 %.

Ce n'est pas dans ces proportions que réside l'intérêt principal des faits, mais plutôt dans la constatation que voici : le nombre des cas de fièvre puerpérale déclarés par les sages-femmes a été, pendant cette période, de 1 sur 362 accouchements, tandis que les médecins en ont eu 1 sur 44. On pourrait croire que cette morbidité considérable parmi la clientèle des médecins provient de ce que les accouchements pratiqués par ceux-ci présentaient plus de difficultés; or, M. Krohne fait ressortir que tel n'est pas le cas, et il estime que le pourcentage élevé de la morbidité par fièvre puerpérale parmi les femmes accouchées par les médecins doit être attribué au fait que l'exercice de la médecine met l'homme de l'art en contact journalier avec des germes infectieux et ne lui permet guère d'être aseptique.

REVUE CRITIQUE

Origine myélogène de la leucémie aiguë.

I

La leucémie aiguë se distingue cliniquement des autres formes de leucémie par sa marche rapide, fébrile, par son début que marque le plus souvent une angine sévère, par l'importance de ses hémorrhagies qui la font ressembler à une septicémie. Elle s'en sépare également par l'absence complète ou presque complète de tuméfaction des organes hématopoiétiques et par ses caractères hématologiques. Elle s'accompagne, en effet, d'une augmentation parfois colossale de mononucléaires non granuleux bien décrits par M. Fränkel : ce sont surtout des mononucléaires volumineux, ayant un gros noyau arrondi ou ovale, pauvre en chromatine, et un protoplasma assez développé, qui se colore toujours d'une façon plus ou moins intense par les bleus basiques. On trouve aussi, mais en beaucoup moins grand nombre, des lymphocytes volumineux, à protoplasma non basophile, et très peu de petits lymphocytes répondant au type classique.

Quelle est la nature et l'origine de ce mononucléaire spécial? La majorité des cliniciens français, ayant accepté presque sans modifications les idées dualistes de M. Ehrlich, ont divisé l'étude des leucémies en deux groupes répondant aux deux tissus hématopoiétiques distincts décrits par cet auteur : le tissu myéloïde, constitué par des leucocytes granuleux, le tissu lymphoïde, par des mononucléaires non granuleux; aussi la leucémie aiguë rentrerait-elle dans la catégorie des leucémies lymphatiques, et nombre d'auteurs la considèrent comme une simple variété, une *forme aiguë* de la leucémie lymphoïde. D'après cette conception, le mononucléaire dont il s'agit serait donc une cellule lymphatique.

Cette opinion a été acceptée en France avec d'autant plus de facilité que les examens anatomiques complets, qui seuls peuvent permettre de réformer cette conception, sont extrêmement rares, et portent sur des cas à évolution relativement lente, où l'étude des lésions du début ne saurait être faite. Seuls MM. Gilbert et Weil (1) ont insisté sur les caractères spéciaux du leucocyte de la leucémie aiguë, qu'ils considèrent comme une cellule pathologique différente des mononucléaires lymphatiques normaux, et ont même dit, dans leur second mémoire, que « la leucémie aiguë est d'apparence lymphatique, mais plutôt, en réalité, myélocytaire ». Leur opinion, basée sur la morphologie de l'élément néoformé, a une très grande importance; toutefois, elle ne permet pas à elle seule d'affirmer l'origine médullaire de la leucémie aiguë, qui est pourtant admise par bon nombre d'hématologistes étrangers. Certains auteurs prétendent, en effet, que cette cellule se retrouve avec les mêmes caractères au sein du tissu lymphoïde : c'est pourquoi MM. Gilbert et Weil se contentent d'émettre leur hypothèse, sans la considérer comme absolument démontrée. Or, nous croyons que la nature primitivement myélogène de la leucémie aiguë peut être affirmée en s'appuyant sur d'autres preuves. Ces preuves ne manquent pas : elles sont tirées de la clinique, de l'hématologie et de l'anatomie pathologique.

II

Un *argument clinique* négatif, mais néanmoins important, en faveur de l'origine primitivement médullaire de la leucémie aiguë, est le peu d'intensité de la tuméfaction ganglionnaire et splénique — ou même son absence complète — dans cette affection. Cette particularité a frappé tous les auteurs qui ont étudié la question, et il est maintenant admis par tous que, dans les formes les plus rapides de la leucémie aiguë — nous pourrions dire dans les plus caractérisées —, il n'y a point de tuméfaction ganglionnaire ni splénique cliniquement appréciable. Si, dans les variétés à évolution plus lente, on peut voir grossir les ganglions et la rate, il n'en est pas moins vrai que, dans un grand nombre de cas, le malade meurt avant que la tuméfaction des organes lymphoïdes se soit constituée.

Le rôle sinon passif, du moins secondaire, que jouent les ganglions dans la leucémie aiguë est encore prouvé par ce fait que l'intensité de la leucémie n'est nullement proportionnelle à l'augmentation de volume des ganglions, quand celle-ci se produit. En effet, le parallélisme, généralement admis, entre l'augmentation des leucocytes et la tuméfaction ganglionnaire est loin d'y être constant. Il existe bien des cas où la leucocytose, assez modérée au début, quand les ganglions sont à peine appréciables, devient considérable à la fin, alors que les ganglions se sont tuméfiés. Mais cette règle comporte de nombreuses exceptions : on peut lire des observations où le chiffre des leucocytes atteint près de 600,000 par millimètre cube (1), voire même 960,000 (2), sans que les ganglions ni la rate soient appréciables; par contre, dans un fait où les ganglions étaient très marqués (3), le nombre des leucocytes monta de 9,000 à 37,000 seulement. Dans un autre cas, dû comme le précédent à M. Kelly, on comptait 378,000 leucocytes au début de la maladie, alors que les ganglions n'étaient pas appréciables, tandis qu'à la période terminale, où la tuméfaction ganglionnaire était très marquée, le nombre de ces éléments, loin d'augmenter parallèlement, était tombé à 198,000.

Nous pourrions multiplier ces exemples (en évitant de nous appuyer sur les observations où la baisse leucocytaire pourrait être mise sur le compte d'une infection intercurrente); il nous suffira de savoir qu'une leucocytose dépassant 500,000 par millimètre cube peut exister sans tuméfaction apparente (ni réelle, ainsi que le montre l'autopsie) de la rate et des ganglions. D'où peuvent donc provenir ces leucocytes versés en nombre si considérable dans la circulation?

Un autre signe clinique, positif celui-là, nous montre la participation de la moelle osseuse au processus leucémique : ce sont les douleurs provoquées au niveau des os, symptôme signalé depuis longtemps dans la leucémie myélogène chronique. On peut l'observer, et cela avec une intensité toute particulière, dans la leucémie aiguë : le malade de M. Dennig (4) présentait une douleur très vive à la pression au niveau du sternum et même des épiphyses fémorales; chez celui de M. McWeeney (5), le sternum et le tiers inférieur du tibia étaient très douloureux à la pression; des douleurs analogues sont également notées dans d'autres observations. Ceci ne saurait nous étonner, puisque la moelle des os est souvent le siège de phénomènes inflammatoires (congestion, hémorrhagies) pouvant aller parfois jusqu'à la suppuration (6), et que dans certains cas l'hyperplasie médullaire est si marquée qu'elle s'accompagne d'une véritable prolifération lymphoïde extérieure à l'os, soulevant le périoste en formant une tuméfaction visible à l'œil nu (1).

III

En faveur de la même théorie, qui attribue à la leucémie aiguë une origine myélocytaire, nous pouvons invoquer des *arguments hématologiques*.

M. Fränkel avait déjà signalé la présence d'hématies nucléées dans le sang des sujets atteints de leucémie aiguë. Depuis, un grand nombre d'auteurs ont trouvé, chez leurs malades, des globules à noyau et des myélocytes granuleux, et nous croyons pouvoir dire que *dans toutes les observations récentes* on note expressément la présence de ces éléments. On s'explique que cette myélémie ait été assez longtemps méconnue. Il faut, pour rencontrer des myélocytes, compter un nombre parfois considérable de globules blancs : le taux des polynucléaires étant fort diminué en apparence, et quelquefois en réalité, le nombre des myélocytes devient presque insignifiant, comparé à celui des lymphocytes.

Il existe donc, d'une façon constante, dans la leucémie aiguë, une réaction myéloïde plus ou moins marquée (2). Les myélocytes neutrophiles sont les plus abondants : on en compte généralement de 0.5 à 1 pour 100 leucocytes, proportion assez notable par rapport aux polynucléaires (myélocytes et polynucléaires sont parfois en nombre égal) et qui constitue un taux élevé si l'on établit le chiffre absolu de ces éléments. Les nombres les plus considérables que nous ayons trouvés sont ceux de 2.5 (3) et 3 % (4); dans un cas qui semble bien ressortir à la leucémie aïguë, M. Pfannkuch (5) a même compté jusqu'à 10 % de myélocytes. Les éosinophiles, généralement moins abondants, peuvent arriver au taux de 1 % et même de 3 % (Weber). Enfin, les *Mastzellen* sont beaucoup moins nombreuses; les cellules de Türk ont été peu étudiées ou sont confondues avec les autres mononucléaires non granuleux.

Quant aux globules rouges à noyau, leur proportion atteint souvent 1 (6) ou 2 (7) pour 100 globules blancs. Dans un cas de M. Melland (8), il y avait 104,000 leucocytes et 26,000 hématies nucléées par millimètre cube, chiffre tout à fait exceptionnel. Ces globules à noyau sont presque toujours des normoblastes, mais on peut voir des mégaloblastes et des formes de transition.

Cette réaction myéloïde, évidente dans tous les cas récemment étudiés, se comprend difficilement quand on admet que la leucémie aiguë est d'origine purement lymphoïde. MM. Rist et Ribadeau-Dumas, pour l'expliquer, disent qu'elle est due en partie à l'anémie, que c'est une

(1) A. Gilbert et E. Weil. Contribution à l'étude de la leucémie aiguë. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars 1899 et mars 1904.)

(1) A. O. J. Kelly. Acute lymphocytic leukæmia, with reference to its myelogenous origin. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, oct. 1903, obs. II.)

(2) W. M. Stevens. A case of acute lymphocytic leukæmia. (*Lancet*, 21 janv. 1905, p. 153.)

(3) A. O. J. Kelly. (*Loc. cit.*, obs. IV.)

(4) A. Dennig. Ueber einen Fall von akuter Leukämie ohne makroskopisch nachweisbare Veränderungen der blutbildenden Organe. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 janv. 1901.)

(5) E. J. McWeeney. A case of acute lymphæmia. (*Brit. Med. Journ.*, 25 fév. 1905, p. 401.)

(6) P. F. Holst. Akut leukæmi. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, sept. 1904, p. 1033.)

(1) L. K. Glinski. Zur pathologischen Anatomie der akuten Lymphämie. (*Virchows Arch.*, 1903, CLXXI, 1.)

(2) Nous ne voulons pas ici nous appuyer sur les observations de « leucémie myélogène aiguë » publiées par MM. Hirschlaff, Hirschfeld et Alexander, Thomson et Ewing, Grawitz, Ewing, Billings et Capps, Elder et Fowler, parce que plusieurs d'entre elles sont discutables. Toutefois, quelques-unes semblent probantes et viennent précisément à l'appui de notre thèse; nous préférons cependant nous restreindre aux cas de leucémie aiguë classique, dite lymphocytique.

(3) F. Parkes Weber. A case of « acute leukæmia » with a scheme of classification of leukæmias and pseudo-leukæmias. (*Transactions of the Pathol. Soc. of London*, 1903, LIV, p. 286, et *Brit. Med. Journ.*, 23 mai 1903, p. 1207.)

(4) A. O. J. Kelly. (*Loc. cit.*)

(5) F. Pfannkuch. Beitrag zur Lehre von der akuten Leukämie. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 sept. 1904.)

(6) Cas de MM. Jeanselme et Weil (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 19 février 1904 et *Semaine Médicale*, 1904, p. 63), de MM. Rist et Ribadeau-Dumas (*Presse méd.*, 2 avril 1904, p. 209), de M. Parkes Weber (*loc. cit.*).

(7) Cas de MM. R. Bensaude et L. Rivet (*Bull. méd.*, 21 déc. 1904, p. 1101).

(8) C. H. Melland. Acute leucocythæmia. (*Med. Chronicle*, sept. 1902, p. 372.)

réaction de défense contre la destruction globulaire : cette explication nous semble difficile à admettre, d'abord à cause de la précocité si grande de cette réaction myéloïde, et surtout parce qu'il existe des cas de leucémie aiguë où la myélémie était aussi marquée, alors que le chiffre des globules rouges (3,000,000) n'était pas assez bas pour nécessiter une telle réaction du tissu médullaire. Une seconde explication proposée par les partisans de la théorie dualiste, et à laquelle ils paraissent surtout se rallier, est que cette réaction myéloïde est une *myélémie d'irritation*, trahissant l'envahissement de la moelle par un tissu de nouvelle formation, c'est-à-dire par des lymphomes métastatiques venus des ganglions. Or, il est loin d'être prouvé que cet « envahissement » de la moelle soit secondaire, surtout dans les faits où l'on constate, ainsi que nous aurons bientôt à le dire, que les lésions sont très intenses dans la moelle et fort peu marquées dans les ganglions. De plus, il ne faut pas oublier que, dans la leucémie ganglionnaire chronique — qui, elle, semble nettement d'origine lymphatique, et où la moelle osseuse peut être considérée avec plus de vraisemblance comme atteinte secondairement —, cette myélémie n'existe pas, quelle que soit l'intensité des lésions médullaires.

Il nous semble qu'on peut donner de la myélémie une explication beaucoup plus simple : ce n'est pas, en effet, un phénomène réactionnel, secondaire, c'est un phénomène constant, primordial, appartenant directement à la maladie, comme le démontre la précocité de son apparition. La myélémie est parallèle à la mononucléose spéciale de la leucémie aiguë : mononucléaires granuleux et mononucléaires non granuleux émigrent en même temps de la moelle, ces derniers en beaucoup plus grand nombre parce que la moelle n'a pas le temps de les parfaire. Et il existe une preuve bien évidente des rapports intimes qui unissent entre eux ces deux éléments : c'est l'existence de formes de transition. On peut en effet rencontrer, ainsi que M. McWeeney l'a signalé, des mononucléaires possédant, au sein de leur protoplasma encore basophile, un petit nombre de granulations neutrophiles. Ces formes de transition entre les myélocytes et les « lymphocytes » ont été trouvées non seulement dans le sang, mais aussi dans les organes hématopoiétiques (1).

IV

La clinique et l'hématologie nous montrent donc qu'il y a, dans la leucémie aiguë, une participation évidente de la moelle. Mais *l'anatomie pathologique* seule peut décider de l'importance de cette participation par rapport à celle des autres organes.

L'appareil hématopoiétique étant en réalité unique, bien que composé de trois tissus *inégalement différenciés*, il en résulte que les altérations nées dans un de ces tissus se généralisent aux deux autres avec une grande rapidité : c'est ce qui se passe dans toutes les leucémies. Aussi voyons-nous, dans la leucémie myélogène, la rate, la moelle osseuse et les ganglions composés d'un même tissu, dit myéloïde, également hyperplasié, et, dans la leucémie lymphatique chronique, les ganglions, la rate et la moelle, composés d'un même tissu, dit lymphoïde, hyperplasié dans les trois organes. Au moment où l'on fait l'autopsie, la lésion est généralisée et il est difficile de dire où elle a commencé.

Dans la leucémie aiguë, qui évolue parfois si rapidement, on peut espérer que les examens anatomiques nous donneront la clef du problème en nous montrant quel est l'organe qui est primitivement atteint. Mais, de fait, la généralisation des lésions à tout l'appareil hématopoiétique se fait tellement vite qu'on a bien peu souvent l'occasion d'observer des différences nettes. Il faut pour cela étudier les cas à évolution extrêmement rapide, et ces cas sont fort rares.

Nous espérons pourtant prouver que, lorsque la maladie a une évolution aiguë, les lésions sont très marquées dans la moelle, moins intenses dans la rate, et peu nettes dans les ganglions, et que même, dans quelques faits suraigus, certains auteurs n'ont trouvé d'autres altérations qu'une prolifération, dite lymphoïde, de la moelle osseuse, alors que la rate et les ganglions semblaient absolument intacts. Nous établirons de plus que, dans les cas où la mort est survenue assez tardivement pour que la lésion ait eu le temps d'évoluer, il existe parfois dans la rate et les ganglions une légère « transformation myéloïde ».

Si l'on fait l'autopsie d'un malade ayant succombé à une leucémie aiguë d'allure rapide, et sans augmentation appréciable de la rate ni des ganglions, on trouve dans les trois organes hématopoiétiques les lésions suivantes (1) :

Les ganglions présentent des altérations relativement peu marquées et nettement différentes de celles que l'on observe dans la leucémie lymphatique chronique. La distinction entre les sinus et les follicules est parfaitement visible et l'architecture générale de l'organe est conservée.

Les altérations portent surtout sur les sinus. Ceux-ci sont remplis de grands mononucléaires non granuleux, à noyau clair, à protoplasma basophile; on peut y trouver également des leucocytes encore plus volumineux, du type médullaire, répondant à la forme dite « cellule de Türk ». En somme, ces éléments sont semblables à ceux qu'on rencontre dans le sang, et ils sont, dit M. Kelly, faciles à distinguer du vrai lymphocyte ganglionnaire; il peut s'y joindre quelques polynucléaires, parfois même des mononucléaires granuleux; en tout cas, d'une façon constante, on note un nombre relativement élevé de globules rouges nucléés.

Ce sont là les seules lésions qu'offrent les sinus (si nous mettons à part une légère prolifération de leur endothélium); ils sont remplis par des cellules analogues à celles du sang, qui semblent les avoir envahis par voie métastatique; du moins, on n'y remarque point de figures de division.

Quant aux parties actives du ganglion, aux follicules, ils sont à peine modifiés et ne montrent pas trace de prolifération. Ils sont constitués, non par les grands mononucléaires précités, mais par des lymphocytes ordinaires du ganglion, à noyau foncé, à protoplasma peu étendu. Les cellules mères du follicule ne sont pas augmentées de nombre et ne sont pas en mitose.

En somme, à cette période, il y a peu de signes de prolifération ganglionnaire, il y a surtout accumulation dans les sinus de grands mononucléaires d'un type spécial. Ce sont là, nous le répétons, les lésions du début; personnellement nous avons eu l'occasion d'étudier histologiquement 2 cas de leucémie aiguë où, l'évolution ayant été plus lente, les ganglions avaient grossi; dans l'un, les lésions ressemblaient à celles qui ont été décrites par MM. Gilbert et Weil, dans l'autre il y avait un commencement de prolifération folliculaire, mais la lésion dominante était l'altération des sinus que nous venons d'étudier.

Les altérations de la rate, généralement plus marquées que celles des ganglions, sont bien différentes de celles qu'on observe dans la leucémie lymphatique chronique. Dans cette dernière, la lésion, si nous en jugeons d'après 3 faits personnels, est massive et porte sur les follicules : la rate entière semble transformée en un immense corpuscule de Malpighi. Dans la leucémie aiguë, au contraire, les lésions intéressent surtout la pulpe. Les auteurs font remarquer que l'architecture générale de l'organe est conservée, que les corpuscules sont nettement reconnaissables, avec leurs lymphocytes normaux, et qu'ils ne sont point en prolifération. La pulpe est remplie des mêmes cellules que nous avons signalées dans les sinus ganglionnaires et qui se trouvent aussi dans le sang : il s'y joint des globules rouges nucléés, quelques polynucléaires, parfois des éosinophiles. M. Kelly fait même remarquer que ces cellules ne semblent pas en prolifération comme celles de la moelle osseuse.

Autant les lésions de la rate et des ganglions sont légères (à cette période de la maladie), autant celles de la moelle osseuse sont intenses et marquées. La moelle diaphysaire fémorale était entièrement transformée en moelle rouge dans les cas de Mlle Reed, de M. Kelly, de M. Weber, concernant des malades âgés, le premier de quarante-sept ans, les deux autres de quarante-neuf. La graisse a complètement disparu; le tissu médullaire est congestionné, voire hémorrhagique. Il existe une prolifération cellulaire intense, et cette prolifération porte presque sur un seul élément : le mononucléaire à noyau clair, à grand protoplasma plus ou moins basophile, qu'on retrouve dans le sang, dans les sinus des ganglions et dans la pulpe splénique. Ce mononucléaire semble bien ici en prolifération, comme le prouvent les formes de mitose les plus variées qu'on y rencontre. Les mononucléaires granuleux sont très diminués de nombre, et de plus on constate des formes de transition (Mlle Reed, M. McWeeney) présentant au sein de leur protoplasma encore basophile un certain nombre de granulations neutrophiles. Les polynucléaires sont très peu abondants; les globules nucléés sont en assez grand nombre. Enfin, les mégacaryocytes ont diminué ou ont même totalement disparu. On le voit, l'état de la moelle correspond avec une exactitude frappante à celui du sang, jusqu'en ses moindres détails : mononucléose spéciale, myélocythémie légère, abondance relative des globules à noyau, formes de transition entre le lymphocyte et le myélocyte.

Dirons-nous que cette prolifération considérable est constituée par des métastases venues de ganglions et d'une rate qui n'ont point augmenté de volume et ne présentent que des lésions insignifiantes de leurs centres germinatifs ? Cela semble difficile. Et cette interprétation devient tout à fait inadmissible quand on étudie les observations à évolution suraiguë de MM. Leube et Fleischer (1), de M. Melland (2), de M. Churchill (3). Ces auteurs, faisant sans idée préconçue l'autopsie de leurs malades, trouvent les ganglions et la rate absolument normaux à l'œil nu et remarquent par contre que la moelle entière est en activité : aussi s'étendent-ils longuement sur ces lésions qui sont d'ailleurs exactement les mêmes que celles que nous avons décrites plus haut. Ces faits montrent déjà que les lésions macroscopiques, marquées dans la moelle, peuvent être nulles dans la rate et les ganglions.

A cette période, les lésions histologiques des organes lymphoïdes existent probablement, mais elles sont évidemment des plus légères; nous pouvons, en effet, citer deux observations analogues aux précédentes, où les ganglions et la rate, paraissant normaux à l'œil nu, ont été examinés histologiquement : M. Körmöczi (4)

(1) Notons que, dans un cas de leucémie « myélogène aiguë », MM. Elder et Fowler ont constaté les mêmes formes de transition, si importantes au point de vue doctrinal.

(1) Cette description se rapporte plus spécialement aux cas de Mlle D. M. Reed (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct. 1902, p. 653), de M. Kelly (*loc. cit.*, obs. I et II), de M. Weber (*loc. cit.*).

(1) W. Leube et R. Fleischer. Ein Beitrag zur Lehre von der Leukämie. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1881, LXXXIII, p. 124.)

(2) C. H. Melland. (*Loc. cit.*)

(3) F. S. Churchill. Acute leukœmia in early life. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct. 1904, p. 563.)

(4) E. Körmöczi. Das hämatologische Bild der Lymphämie ohne anatomischen Befund, im Anschluss an schwere Anämie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 avril 1899, p. 238.)

constate dans son cas que la moelle est en prolifération « lymphoïde » intense, avec tous les caractères décrits plus haut; la rate est anémique; les ganglions ne présentent comme lésion qu'un très léger degré d'infiltration des sinus par de grands mononucléaires identiques à ceux qu'on avait rencontrés dans le sang. M. Dennig (1) décrit aussi une moelle lymphoïde, mais ne trouve aucune lésion de la rate ni des ganglions.

Ainsi donc, dans les formes suraiguës, les lésions, évidentes et très intenses dans la moelle osseuse, tant au point de vue quantitatif (disparition de la graisse) que qualitatif (moelle lymphoïde), peuvent être si peu accentuées dans les ganglions et la rate qu'elles passent inaperçues de bons histologistes; dans les formes à évolution moins rapide, la lésion prédomine nettement dans la moelle et est peu marquée dans la rate et les ganglions; enfin, dans la forme commune, tout le tissu hématopoiétique est atteint, et l'on trouve les lésions généralisées décrites par MM. Gilbert et Weil.

Nous devons ajouter encore un détail qui a son importance : dans ces derniers cas, dont l'évolution est plus lente, il semble qu'on assiste à une organisation plus complète du tissu de nouvelle formation, celui-ci pouvant aboutir à une ébauche de « transformation myéloïde » de la rate et des ganglions. Il en était ainsi dans les observations de M. Parkes Weber et de MM. Jeanselme et Weil; le premier de ces faits surtout est particulièrement net. Par conséquent, le processus histologique de la leucémie aiguë, *quand il a le temps d'évoluer*, peut aboutir à la formation de ce qu'on appelle le tissu myéloïde, ce qui est difficilement explicable si l'on admet l'origine lymphatique de l'affection.

V

Quel est donc ce mononucléaire non granuleux, à noyau clair, à protoplasma basophile, qui se trouve à l'état normal dans la moelle osseuse et qui prolifère dans la leucémie aiguë au point de constituer la presque totalité des cellules médullaires? Est-ce un leucocyte de la « série lymphoïde » égaré dans le tissu médullaire et s'y multipliant alors pour son propre compte en conservant son type lymphatique spécial? Cette hypothèse a contre elle la moindre intensité de la prolifération cellulaire dans le vrai « tissu lymphoïde » splénique et ganglionnaire. Elle a contre elle également la présence des formes de transition entre le lymphocyte et le myélocyte granuleux. Et l'on peut affirmer maintenant que ce « lymphocyte » appartient réellement au tissu médullaire.

Les recherches de M. Pappenheim, de M. Grawitz, de M. Wolff, dont les opinions ne diffèrent que sur des points de détail, nous ont appris que tous les leucocytes, et probablement tous les éléments du sang, dérivent d'un élément unique, d'un mononucléaire non granuleux à protoplasma basophile — ou même incolore dans sa forme tout à fait primordiale —, qui diffère par conséquent du petit lymphocyte du follicule ganglionnaire, et qui naît principalement dans la moelle et la rate, accessoirement dans les ganglions. Cette cellule-mère, apparentée avec le « petit myélocyte basophile » de Dominici, avec la grande « cellule d'irritation » de Türk, donne naissance, par élaboration de granulations dans son protoplasma, aux myélocytes, et probablement — le fait est en partie prouvé par la polychromatophilie des jeunes hématies nucléées — aux globules rouges à noyau, par formation d'hémoglobine. Aussi trouve-t-on cette cellule augmentée de nombre dans la leucémie myéloïde, en même temps que les myélocytes et les hématies nucléées; c'est encore pour cette raison qu'elle se multiplie d'autant plus dans la moelle des os que le processus d'hyperplasie est plus anormal, plus hâtif ou plus imparfait. Au cours des grandes anémies, cette cellule sera d'autant plus abondante dans la moelle osseuse et dans le sang que la réparation sanguine sera plus imparfaite et plus inefficace, d'où la « lymphocytose » de l'anémie pernicieuse. Il est même des cas où ce mononucléaire est tellement nombreux dans le sang que l'on croit avoir affaire à une lymphocytémie aleucémique ou même leucémique (1); ce serait là, à notre avis, la véritable forme « métaplastique » de l'anémie pernicieuse. Et enfin, dans les moelles osseuses presque complètement dégénérées, comme celles des sujets atteints d'anémie pernicieuse à forme aplastique ou de certaines anémies symptomatiques à la période terminale, le seul élément qu'on rencontre dans le tissu médullaire est encore ce mononucléaire non granuleux, que la moelle des os, par un dernier effort, peut encore produire en faible quantité, mais qu'elle est incapable de transformer en cellules plus différenciées.

C'est aussi cet élément qu'on observe dans la leucémie aiguë. Qu'on l'appelle cellule primordiale, lymphocyte, lymphogonie ou myélogonie, le nom n'importe guère, car il peut exister dans les ganglions comme dans la moelle osseuse; mais au cours de la leucémie aiguë, c'est dans la moelle qu'il prolifère surtout et d'abord, ainsi que le prouve l'anatomie pathologique, puis il ne tarde pas à pulluler dans la rate et les ganglions, démontrant ainsi l'unité de l'appareil hématopoiétique.

Dans la leucémie chronique, le processus d'excitation est lent et répété, et peut aboutir à la maturation relative des éléments néoformés, d'où l'augmentation des myélocytes et des polynucléaires, formes jeunes et formes adultes.

Dans la leucémie aiguë, l'excitation médullaire est massive et se traduit par une prolifération hâtive et imparfaite d'éléments non encore différenciés, embryonnaires, pourrait-on dire, et qui ont à peine le temps d'aboutir à leur forme jeune : d'où la faible quantité des myélocytes et des globules nucléés qui émigrent avec eux dans le sang.

VI

La cause de cette prolifération médullaire spéciale est presque certainement infectieuse : les caractères cliniques de la leucémie aiguë sont, en effet, ceux d'une infection aiguë, et même d'une septicémie dont plusieurs fois l'examen bactériologique a démontré la réalité : M. Weil, M. Holst ont trouvé le streptocoque dans le sang du cœur et dans tous les viscères, ainsi que dans la moelle osseuse.

Quelle importance doit-on donner à cette infection générale dans l'étiologie de la leucémie aiguë? MM. Gilbert et Weil pensent que ce sont là des infections secondaires, intercurrentes. Cette hypothèse paraît probable pour le fait que ces auteurs ont étudié, et pour un certain nombre d'autres. Mais on ne saurait méconnaître la fréquence toute particulière de l'angine dans la leucémie aiguë, angine qui le plus souvent marque le début de la maladie; et, dans ces conditions, il est bien difficile d'y voir une infection secondaire et contingente. Nous pourrions citer des cas où l'affection a débuté par une angine aiguë, puis, celle-ci disparue, a continué son évolution pendant plusieurs semaines : ce ne sont point là les caractères d'une infection secondaire. Il semble bien qu'on ait affaire d'ordinaire à une infection primitive frappant plus spécialement la moelle osseuse, qui présente toujours des lésions inflammatoires plus ou moins marquées (congestion, hémorrhagies); dans l'observation de M. Holst (septicémie streptococcique avec leucémie aiguë), cette inflammation avait été même si marquée que la moelle sternale fut trouvée pleine de pus : l'auteur pense que dans ce fait l'infection streptococcique doit être considérée comme la cause de la maladie.

On pourrait donc admettre que cette leucémie est une infection aiguë, à porte d'entrée variable, atteignant plus spécialement l'appareil hématopoiétique et y provoquant une réaction leucocytaire exagérée d'une forme tout à fait spéciale, bien différente de la polynucléose infectieuse banale. Le pourquoi de cette réaction leucocytaire, quantitativement et qualitativement particulière, nous échappe encore : peut-être s'agit-il d'une réaction directe du tissu médullaire atteint localement, tandis que la polynucléose est une réaction indirecte, de défense générale de l'organisme. Ce n'est là, nous le répétons, qu'une simple hypothèse. Mais, dès à présent, il semble prouvé que cette réaction est constituée par une émigration de formes leucocytaires « primordiales ». A une infection septicémique, brutale, la moelle répond par une prolifération hâtive d'éléments non différenciés : c'est parce que cette leucémie est une leucémie *aiguë* qu'elle est une leucémie *à cellules embryonnaires*.

Ch. Aubertin,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(1) A. Dennig. (*Loc. cit.*)

(1) Au premier type (aleucémique) correspond nettement l'observation récente de M. H. Senator (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1904, LIV, 1-2), où le chiffre des globules blancs était normal, ainsi qu'un cas inédit qui nous a été communiqué par MM. Lesné et Clerc, et où il y avait leucopénie. Au second type (leucémique), appartiendrait peut-être le fait de M. A. Cade (*Bull. méd.*, 18 juillet 1903, p. 647) où l'on comptait 40,000 leucocytes.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Le toucher rectal, moyen de diagnostic et de traitement dans l'uréthrite blennorrhagique aiguë, par M. P. Lebreton.

Si l'uréthrite antérieure aiguë a une symptomatologie parfaitement nette, il s'en faut qu'il en soit de même pour l'uréthrite blennorrhagique postérieure, dont le diagnostic est souvent fort malaisé. Cela étant, M. Lebreton s'est demandé s'il n'y aurait pas un moyen qui permît de faire facilement, et *sans danger pour le canal*, le diagnostic précoce de l'extension en surface du processus blennorrhagique vers l'urèthre profond. La voie rectale, qui donne la possibilité d'explorer et la portion membraneuse et la portion prostatique de l'urèthre, lui a paru tout indiquée à ce point de vue. Et, de fait, en pratiquant systématiquement le toucher rectal chez 200 malades, atteints d'uréthrite aiguë à gonocoques (diagnostic vérifié bactériologiquement) et qui se sont présentés à la consultation de l'hôpital Lariboisière, à Paris, l'auteur a été à même de se convaincre que ce moyen permet de faire de façon précoce le diagnostic d'envahissement de l'urèthre profond.

Voici quelle est la manière de procéder adoptée par M. Lebreton :

Le patient étant couché, le bassin soulevé sur ses poings fermés, les jambes bien écartées et légèrement fléchies, on introduit dans le rectum l'index recouvert d'un doigtier et soigneusement vaseliné. Une fois arrivé au niveau de la prostate, on explore méthodiquement la glande quant à son volume, sa forme, sa consistance, et surtout quant à la *réaction douloureuse* qu'elle présente à la pression.

Si le toucher n'est douloureux en aucun point, ni sur la ligne médiane, ni sur les parties latérales, c'est que l'urèthre postérieur et la prostate sont indemnes. La prostate est-elle douloureuse seulement sur la ligne médiane, avec irradiations le long du canal, on peut en conclure que l'urèthre postérieur seul est touché. Par contre, si la douleur provoquée par la pression du doigt sur la prostate siège sur les parties latérales de l'organe et reste profonde, c'est que la glande elle-même participe à l'inflammation.

A en juger d'après l'expérience de l'auteur, le toucher rectal constituerait un des meilleurs

moyens, sinon le meilleur, pour dépister une uréthrite postérieure latente, en même temps qu'il permettrait de déceler une infection légère de la prostate, à une époque où un traitement rationnel peut empêcher cette infection d'évoluer vers la suppuration. Or, à cet effet, c'est encore au toucher rectal qu'il conviendrait de recourir, cette fois à titre thérapeutique. Pour évacuer des cryptes glandulaires tous les produits qui s'y sont amassés, pour empêcher la formation de poches purulentes au sein desquelles les gonocoques ne manqueraient pas d'exalter leur virulence, le massage, l'« expression » de la prostate, sera de beaucoup plus utile que l'incision périphérique, celle-ci ne pouvant ouvrir que quelques petits foyers, sans agir sur la cause même qui leur a donné naissance.

On doit, toutefois, s'abstenir de masser la région prostatique lorsque la pression du doigt ne réveille à son niveau aucune douleur, ainsi que dans les cas où cette pression n'est douloureuse que sur la ligne médiane. En pareille occurrence, le massage ne ferait, en effet, qu'irriter des parties encore indemnes de l'appareil urinaire.

Si l'on se trouve en présence d'une véritable collection purulente à l'intérieur de la prostate, la conduite à tenir doit varier, suivant que l'abcès glandulaire est encore fermé ou s'est déjà spontanément ouvert dans l'urèthre profond. Dans le premier cas, le massage est horriblement douloureux et peut amener la rupture de la collection dans le rectum ou dans l'urèthre; aussi est-il préférable, lorsque les moyens antiphlogistiques (et, en particulier, les grands lavements chauds) ont échoué, de recourir à la périnéotomie transversale, comme le fait systématiquement M. Hartmann. L'abcès s'est-il déjà ouvert spontanément, il y a, au contraire, tout intérêt à essayer d'abord de vider la prostate. En cas d'insuccès, la périnéotomie restera encore la méthode de choix pour venir à bout d'une collection qui se vide mal et constitue en quelque sorte un abcès à répétition.

Il importe, d'ailleurs, de faire remarquer que, de toutes façons, le massage ne devra avoir lieu qu'après réplétion de la vessie au moyen d'un grand lavage approprié, afin que le liquide, à son retour, balaye d'arrière en avant tout le canal, entraînant les produits pathologiques déversés dans l'urèthre prostatique par le massage de la glande. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 mars 1905.) — L. CH.

De l'entrée de l'air dans les veines pendant les opérations chirurgicales, par MM. X. Delore et R. Duteil.

A l'occasion d'un cas de mort rapide par entrée de l'air dans les veines, au cours d'une intervention pratiquée dans le service de M. Poncet pour un volumineux sarcome du cou, MM. Delore et Duteil ont repris l'étude de la question, particulièrement au point de vue de la pathogénie, en s'appuyant sur les faits cliniques et expérimentaux publiés antérieurement.

Passant en revue les différentes théories au moyen desquelles on a essayé d'expliquer comment survenait cet accident, les auteurs pensent qu'il ne faut de parti pris en rejeter aucune. La théorie cérébrale rend compte des cas où la distension du cœur n'est pas suffisamment établie; il paraît alors très logique d'attribuer les accidents à une embolie gazeuse qui a pu ensuite se dissoudre dans le sang et ne pas laisser de traces à l'autopsie. La distension cardiaque doit également entrer en ligne de compte, non pas tant parce qu'elle réduit la fibre musculaire cardiaque à l'impuissance que par les troubles qu'elle amène dans la statique générale cardio-vasculaire. Quant aux embolies coronariennes, qui, ainsi que M. François-Franck l'a démontré, déterminent la mort du cœur par anémie aiguë du myocarde, il est évident qu'elles doivent également produire des accidents : comme on trouve à peu près constamment, dans les autopsies des animaux en expérience ou des sujets morts par entrée de l'air dans les veines, des gaz qui fragmentent la colonne sanguine dans les veines coronaires, on doit logiquement attribuer une grande valeur à cette constatation. Beaucoup d'auteurs ont insisté sur les accidents graves déterminés par les troubles de la circulation coronaire, et, de même que l'ischémie du cœur par athérome des coronaires est capable d'entraîner la mort, de même l'embolie gazeuse, en provoquant l'ischémie du cœur, doit amener un résultat identique. Pour ce qui est de la théorie pulmonaire, MM. Delore et Duteil ne l'admettent que comme cause adjuvante; ils ne pensent pas que l'obstacle au niveau des capillaires devienne jamais assez fort pour que la contraction cardiaque n'en puisse triompher; cependant cet obstacle existe et vient ajouter encore à la gêne du cœur, déjà troublé dans son fonctionnement par les modifications de la tension sanguine.

Au point de vue thérapeutique, les auteurs conseillent, dans les cas nets d'entrée de l'air dans les veines, de recourir sans retard à la ponction de l'oreillette; c'est une méthode tout à fait inoffensive qui doit, si elle n'est pas employée trop tardivement, fournir des succès chez l'homme, puisqu'elle en donne chez les animaux. (*Rev. de chir.*, mars 1905.) — M. C.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Ascarides formant des embolies dans l'artère pulmonaire, par M. F. Lucksch.

L'observation publiée par l'auteur — et qui paraît unique en son genre — a trait à un jeune homme de vingt-cinq ans, qui, étant en état d'ivresse, tenta de se suicider en se tirant un coup de fusil dans la région abdominale. Le projectile, qui se trouvait sous la peau du dos, fut extrait par un médecin appelé aussitôt après l'accident; néanmoins, au bout de quelques jours, le blessé se fit recevoir à l'hôpital, où son état se montrait tout à fait satisfaisant, lorsque, cinq jours après son admission, on vit survenir une élévation brusque de température, en même temps qu'on constatait de la matité, en arrière, à la base droite du thorax, les bruits respiratoires paraissant affaiblis à ce niveau. Dans la suite, le patient se plaignit de fortes douleurs dans la même région et, dépérissant de plus en plus, il finit par succomber au bout d'une huitaine de jours.

A l'autopsie, on trouva de la gangrène du lobe inférieur du poumon droit; de plus, on constata, du côté gauche, dans les ramifications de premier et de second ordre de l'artère pulmonaire, d'une part, la présence de thromboses adhérentes à la paroi vasculaire et remplissant complètement la lumière du vaisseau, et, d'autre part, l'existence de bouchons obturateurs, encore mobiles, hyalins et brillants. En disséquant l'artère pulmonaire, on ne fut pas peu surpris de trouver, à l'intérieur de ce vaisseau, deux ascarides, dont l'un s'était engagé dans la branche droite de l'artère, l'autre s'étant insinué dans la branche gauche. L'intestin contenait 13 autres lombrics.

Dans la cavité abdominale, on nota l'existence de blessures multiples dues au coup de feu et qui intéressaient le foie, l'estomac, le canal cholédoque et la veine cave inférieure. Ces plaies étaient, toutefois, en bonne voie de cicatrisation, et le patient aurait sûrement pu guérir (d'autant plus que l'hémorrhagie abdominale avait été légère et s'était très rapidement arrêtée), si la présence de lombrics dans les voies digestives n'était pas venue créer une complication mortelle. Les choses se sont probablement passées de la manière suivante : les deux ascarides trouvés dans l'artère pulmonaire s'étaient échappés soit par la plaie du canal cholédoque, soit par celle du pylore, et, suivant le trajet de la blessure, avaient pénétré dans la veine cave inférieure, d'où ils avaient ensuite été entraînés par le courant sanguin dans le cœur droit et de là dans l'artère pulmonaire. Ces faits ont dû se produire au moment où l'on nota, chez le malade, une élévation de la température, et c'est évidemment le contenu intestinal transporté par les lombrics qui a déterminé la gangrène du lobe inférieur du poumon droit. L'évolution de celle-ci et les mouvements des parasites logés dans l'artère pulmonaire expliquent les douleurs qu'éprouva le patient pendant les derniers jours de sa vie.

Les lombrics ont dû séjourner dans l'artère pulmonaire assez longtemps, à en juger à la fois d'après l'état du trajet de la blessure abdominale — dont la cicatrisation était trop avancée pour que l'on pût admettre la possibilité d'une migration récente des vers en question —, et d'après l'ancienneté des thromboses trouvées dans les vaisseaux artériels du poumon gauche et qui paraissaient constituées depuis quelques jours déjà. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 avril 1905.) — L. CH.

Relations des éléments maternels et fœtaux au lieu d'implantation de tout jeunes œufs humains, par M. J. Voigt.

Jusqu'ici on a admis que la muqueuse utérine gonflée (caduque) forme des replis entre lesquels se loge l'ovule fécondé; dans la suite ces replis muqueux s'élèveraient et s'allongeraient au point d'entourer complètement l'ovule (caduque réfléchie); enfin, avec la croissance de l'œuf, la caduque réfléchie viendrait se mettre au contact de la caduque tapissant la cavité utérine, se fusionnerait avec elle et formerait alors une membrane unique. Mais des recherches récentes, en particulier celles de M. Peters, ont démontré que le processus d'implantation de l'ovule fécondé était en réalité tout différent : cet ovule traverse l'épithélium utérin et vient se placer dans les couches les plus superficielles de la muqueuse. Ce sont les premières phases de ce développement que M. Voigt étudie dans le présent travail, grâce à 4 pièces dont l'une correspondait à une grossesse de huit jours au plus.

Dès la fin de la première semaine, on peut reconnaître à la surface de la vésicule embryonnaire une double couche : l'une, externe, formée par de grosses cellules polynucléaires, le syncytium ; l'autre, interne, constituée par des cellules plus petites, cubiques ou polyédriques, quelquefois cependant fusiformes, la couche des cellules de Langhans. A cette période l'œuf est déjà pourvu de villosités, consistant en des bourgeons pleins formés eux-mêmes par des cellules de Langhans. Ces bourgeons s'avancent vers la muqueuse utérine qui les entoure, la perforent et s'y fixent en poussant des traînées cellulaires soit dans la profondeur, soit latéralement, dans une direction tangente à la surface de l'œuf. Ainsi naissent les colonnes devant servir à fixer aux tissus maternels le chorion et le placenta futur. Chemin faisant, ces villosités rencontrent les vaisseaux maternels et envahissent leurs parois qui se fondent peu à peu jusqu'à l'endothélium, lequel disparaît à son tour. L'extrémité de la villosité se trouve donc maintenant dans le vaisseau, baignée par lui : d'autre part, plusieurs des cellules de Langhans recouvrant la surface de la villosité se vacuolisent et ce dispositif facilite sans doute l'imbibition des éléments fœtaux par les humeurs maternelles.

Pour ce qui est de la couche syncytiale, il est à remarquer qu'elle ne forme pas à cette date un revêtement constant et continu à la surface des villosités choriales ; elle n'existe que là où cette surface est libre, non adhérente, soit entre les villosités, soit dans l'intérieur des vaisseaux. Cette constatation, jointe à celle que l'on peut faire sur les tout jeunes œufs humains où l'on voit que, par places, la différence entre les cellules de Langhans et les cellules du syncytium est très faible, donne à penser — comme l'ont déjà soutenu plusieurs embryologistes — que les cellules syncytiales proviennent de la différenciation des cellules de Langhans. Celles-ci dérivant de l'ectoderme fœtal, il s'ensuit que le syncytium, lui aussi, aurait une origine fœtale.

En somme, les éléments ectoblastiques de l'œuf exercent sur la muqueuse utérine une véritable digestion aboutissant d'une part à la pénétration de plus en plus profonde des franges choriales, ce qui assure la fixité de l'œuf, et d'autre part à la perforation des vaisseaux maternels, ce qui assure sa nutrition.

Il est à noter que les traînées cellulaires issues des bourgeons villeux de la couche de

Langhans ont souvent une disposition telle qu'on croirait se trouver en présence d'un tissu cancéreux. Dès lors, il est facile de comprendre comment l'exagération ou la transformation de ce processus physiologique d'accroissement peut aboutir à la formation de véritables néoplasies, telles que le chorio-épithéliome. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 1.) — R. DE B.

Sur la pseudo-ascite dans les tumeurs de l'ovaire et sur sa signification clinique, par M. K. Hörmann.

Il est de notion courante que, dans les cas de tumeur de l'ovaire, l'existence d'une ascite est d'un pronostic fâcheux, mais ce que l'on sait moins, c'est que la collection liquide que l'on trouve, en pareille occurrence, dans la cavité péritonéale n'est pas toujours une véritable ascite. Il est, en effet, des circonstances — et M. Hörmann a eu l'occasion d'observer 2 faits de ce genre dans le service de M. Winckel, à Munich — où l'épanchement, loin d'être provoqué par une transsudation due à une congestion passive ou à des altérations vasculaires, représente tout simplement le produit de sécrétion des cellules épithéliales qui revêtent la tumeur ovarienne. Ces sécrétions peuvent pénétrer dans la cavité abdominale, soit parce que l'épithélium sécréteur forme des végétations à la surface du néoplasme — parfois même avec métastases sur le péritoine voisin —, comme cela se voit dans les kystes papillaires de l'ovaire, soit par suite de la rupture d'une tumeur kystique.

En cas de perforation, si le contenu du kyste n'est pas trop épais, sa résorption peut avoir lieu assez rapidement. Mais lorsqu'il s'agit d'un liquide plus ou moins sirupeux, riche en mucine, le contenu de la poche kystique se résorbe difficilement et exerce sur le péritoine une forte irritation, qui contribue, à son tour, à augmenter l'épanchement, celui-ci comprenant alors à la fois et la sécrétion épithéliale du néoplasme, et le produit de transsudation péritonéale. Si, en outre, l'orifice de rupture reste ouvert, la poche, communiquant ainsi d'une façon permanente avec la cavité abdominale, continue à y déverser son liquide. Tel était précisément l'état de choses dans les deux observations relatées par l'auteur. Dans l'un de ces faits, les phénomènes inflammatoires étaient tellement marqués du côté du péritoine, l'épanchement abdominal progressait d'une manière si rapide et l'état général de la patiente se montrait tellement mauvais que l'on n'hésita pas à porter le diagnostic de tumeur maligne de l'ovaire. Or, en pratiquant une laparotomie exploratrice, on fut à même de se rendre compte qu'il n'en était rien, et, le kyste une fois extirpé, la malade ne tarda pas à guérir. Aussi M. Hörmann conseille-t-il de ne pas négliger de pratiquer, en pareil cas, une cœliotomie exploratrice, alors même que le diagnostic de néoplasme malin paraît s'imposer.

Ajoutons que la différenciation entre la véritable ascite et les épanchements dus, en totalité ou du moins en grande partie, aux produits de sécrétion des tumeurs épithéliales peut être facilitée par l'analyse du liquide obtenu au moyen d'une ponction ou après incision : s'agit-il d'une fausse ascite, le liquide contient beaucoup de mucine, tandis que cette substance fait complètement défaut ou existe en quantité minime dans la sérosité ascitique. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 mars 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

Les aphtes indiens : contribution à l'étude des appendicites larvées, par M. A. Van der Scheer.

Dans les Indes néerlandaises on connaît sous le nom d' « aphtes indiens » une affection buccale caractérisée par de petites exulcérations occupant généralement les bords et la pointe de la langue, et qui est précédée ou accompagnée de troubles digestifs consistant habituellement en une entérite à diarrhée blanchâtre où les matières grasses sont en excès. Cliniquement, cette affection semble avoir une certaine parenté avec la diarrhée de Cochinchine des auteurs français, le *sore mouth* de Ceylan et le *white flux* ou *white purging* des Indes anglaises. L'étiologie de cette entérite est encore obscure; toutefois, dans ces derniers temps, M. Van der Scheer a recueilli une série d'observations qui paraissent en éclairer la pathogénie, au moins dans quelques cas.

Le premier des faits qu'il relate concerne un homme de trente-six ans qui, après un séjour de neuf mois aux Indes néerlandaises, fut pris subitement de diarrhée afébrile pendant huit jours. Cet état s'améliora, mais sans que le flux intestinal disparût complètement. Rentré en Europe, le malade ressentit un jour dans la région épigastrique de très vives douleurs. Au niveau de la fosse iliaque droite on notait en même temps un point douloureux à irradiation épigastrique. Les selles étaient de nouveau abondantes, gris blanchâtre, spumeuses, dépourvues de glaires ou de sang; au point de vue microscopique, elles offraient le type des selles graisseuses. On fit le diagnostic de « diarrhée blanche » compliquée d'appendicite, et contre la première de ces affections on eut recours à la diète lactée. Une amélioration se produisit, mais, au bout de peu de temps, la diarrhée reparut et la maladie continua ainsi à évoluer au milieu d'alternatives d'amélioration ou d'aggravation.

Pendant ce temps, les symptômes appendiculaires avaient complètement disparu. Néanmoins, l'auteur pensa que ces rechutes successives sans cause apparente pouvaient bien être en relation avec une infection chronique de l'appendice et il conseilla une appendicectomie qui fut acceptée. A l'opération, on trouva l'appendice adhérent, son mésentère œdématié, son extrémité terminale renflée, ses parois épaissies et sa lumière pleine de muco-pus. Le malade se rétablit presque aussitôt après l'intervention et trois mois après la guérison ne s'était pas démentie.

Depuis lors, M. Van der Scheer a recueilli 9 observations plus ou moins semblables à la précédente : tantôt c'étaient les symptômes de l'appendicite qui étaient masqués, et tantôt ceux de la « diarrhée blanche », en sorte qu'on ne reconnaissait celle-ci qu'aux « aphtes indiens » ou à l'examen microscopique et microchimique des selles. Chez tous ces malades l'appendice fut trouvé altéré à des degrés divers et l'appendicectomie amena la guérison. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 mars 1905.) — R. DE B.

L'adrénaline et l'anesthésie locale à la cocaïne-adrénaline, par M. E. W. Sikemeier.

Les principaux avantages que l'on attribue à l'emploi simultané de la cocaïne et de l'adrénaline sont de diminuer la toxicité de la première de ces substances et d'en augmenter la puissance anesthésique. Tel n'est pas l'avis de M. Sikemeier qui, dans le présent travail, étudie les effets de cette combinaison au point de vue expérimental et clinique.

En ce qui concerne la question de toxicité, l'auteur a entrepris 52 expériences sur le lapin. En général, il injectait l'adrénaline quelques minutes avant la cocaïne. Le seul effet apparent de cette injection préalable fut de retarder l'apparition de l'intoxication : les convulsions, qui se manifestaient au bout de deux à trois minutes chez les animaux simplement cocaïnisés, n'apparaissaient qu'après six à neuf minutes chez ceux qui avaient tout d'abord reçu de l'adrénaline. Mais en dépit de ce retard, la gravité de l'intoxication parut être la même dans les deux séries d'expériences.

Quant aux animaux auxquels on injecta en même temps l'adrénaline et la cocaïne, comme on le fait en chirurgie, l'intoxication n'éprouva même pas, chez eux, le léger retard signalé tantôt.

Pour ce qui est de l'emploi simultané de l'adrénaline et de la cocaïne en chirurgie humaine, M. Sikemeier l'a expérimenté sur 28 patients, pour la plupart atteints de hernie. Au point de vue hémostatique, on ne peut être que satisfait de cette association; toutefois, chez un hémophile qui venait de subir une extraction dentaire, l'hémorragie n'en persista pas moins durant trois jours. Quant à l'effet anesthésique, il ne paraît pas avoir été supérieur à celui de la cocaïne seule, puisque, pour 2 malades — très nerveux, il est vrai —, il fallut achever l'opération sous chloroforme, et que 4 patients, atteints de hernie double et opérés d'un côté à la cocaïne, de l'autre à la cocaïne-adrénaline, déclarèrent n'avoir constaté aucune différence dans leurs sensations au cours des deux opérations.

Aussi l'auteur conclut-il que l'adrénaline — bien que resserrant incontestablement les vaisseaux et retardant sans doute l'absorption de la cocaïne — ne semble pas diminuer les effets toxiques de cette dernière substance, ni en augmenter le pouvoir anesthésique. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 25 mars et 1er avril 1905.) — R. DE B.

A propos de la maladie de Hirschsprung (megalocolon congenitum), par M. J. Graanboom.

L'étiologie de la dilatation congénitale du côlon (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 369-371) est encore assez obscure. Pour l'expliquer, on s'est surtout attaché à l'étude de la longueur relative des différentes parties de l'intestin; à cet égard, l'observation relatée dans le présent travail diffère notablement de celles qui ont été publiées jusqu'ici.

Un nouveau-né, d'aspect robuste, présenta dès sa naissance de la constipation chronique. A l'âge de quatre semaines il commença à avoir du météorisme chronique accompagné de péristaltisme. Les évacuations alvines devenant de plus en plus difficiles, une intervention fut décidée : l'enfant avait alors quatre mois. Avec une certaine peine, vu la dilatation énorme du côlon — qu'on avait cependant vidé au préalable —, on anastomosa l'iléon à l'S iliaque, de façon à exclure tout le gros intestin. Malheureusement le petit malade mourut de péritonite.

A l'autopsie, en outre de la coudure habituellement rencontrée à l'union du côlon descendant et de l'S iliaque, on put constater que — la taille de l'enfant étant de 57 centimètres — le gros intestin mesurait 67 centimètres, l'intestin grêle 245. Le rapport moyen de la longueur de l'intestin grêle à celle du gros intestin est à l'état normal de 7 : 1; dans le cas présent il était seulement de 3.6 : le gros intestin était donc relativement deux fois plus long que de coutume. Par contre, le rapport de la longueur totale de l'intestin à celle du corps, estimé normalement à 7 ou 8 : 1 vers le deuxième mois de l'existence, et à un chiffre variant entre 8.5 et 12 : 1 chez les enfants atteints de mégalo-côlon, n'était dans le cas présent que de 5.4 : 1. Le petit malade de M. Graanboom présentait donc un allongement relatif du côlon — constatation qui a été déjà faite —, mais, en même temps, une diminution relative de la longueur totale de l'intestin, circonstance qui ne semble pas encore avoir été signalée. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 18 février 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS POLONAISES

Traitement de l'ulcère rond de l'estomac par le jeûne, par M. M. Rejchman.

Il arrive assez fréquemment, dans les cas d'ulcère rond de l'estomac, que, malgré l'emploi des moyens thérapeutiques usuels, les malades continuent à se plaindre de douleurs intenses et, parfois aussi, perdent beaucoup de sang. En pareille occurrence, la méthode de traitement la plus efficace consisterait, d'après l'expérience de M. Rejchman, dans l'abstinence complète d'aliments et de boissons, du moins administrés *per os*.

L'auteur commence par prescrire le repos au lit, ce repos devant être absolu, de sorte que le patient n'est pas autorisé à se lever même pour faire sa toilette ou satisfaire ses besoins naturels. Il lui est également défendu non seulement d'absorber des aliments ou de l'eau, mais encore d'avaler sa salive. Afin d'éviter la soif et la sensation de sécheresse dans la bouche, on recommande au malade de se gargariser souvent, et, pour assurer à l'économie l'eau et les substances nutritives nécessaires,

on a recours à des lavements alimentaires. Dans le but d'éprouver d'abord la tolérance de l'intestin, on commence par donner, le premier ou les deux premiers jours, des clystères composés uniquement de 150 à 200 grammes d'eau tiède, pure ou additionnée de chlorure de sodium et, au besoin, de quelques gouttes de teinture d'opium. Dans la suite, on administre des lavements comprenant, chacun, 150 c.c. de bouillon, 2 jaunes d'œuf crus et 1 ou 2 grammes de sel de cuisine; on peut encore y ajouter 8 à 10 grammes de sucre de raisin et une cuillerée à café de cognac ou une cuillerée à bouche de vin fort; de plus, pour modérer le péristaltisme intestinal, il est bon d'additionner le tout de III à VIII gouttes de teinture d'opium. Il importe, d'ailleurs, de ne pas abuser de ces lavements et de ne pas en donner plus de deux ou trois dans les vingt-quatre heures.

L'alimentation réalisée de cette façon est naturellement insuffisante; mais, comme les malades, gardant le repos absolu, dépensent fort peu d'énergie, ils supportent habituellement assez bien ce traitement par le jeûne pendant une dizaine ou une quinzaine de jours. Or, il est rare que la cure nécessite un laps de temps plus long, et, dans la plupart des cas, les douleurs gastriques disparaissent même beaucoup plus tôt, après les deux ou trois premiers jours d'abstinence.

Il convient, toutefois, de ne pas perdre de vue que le procédé thérapeutique en question n'est pas toujours exempt d'inconvénients. Chez les neurasthéniques, notamment, le jeûne peut donner lieu, surtout pendant les premiers jours, à une véritable prostration, accompagnée de syncopes et de troubles cardiaques, parfois assez graves pour rendre impossible toute prolongation du traitement.

Il est un autre phénomène fâcheux qui peut survenir au cours de l'abstinence et qui ne paraît pas avoir encore été signalé, c'est la *parotidite*. Cette complication — que M. Rejchman, durant sa longue expérience, n'a eu l'occasion d'observer que 3 fois — serait due à une accumulation de microbes pathogènes dans la cavité buccale et le canal de Sténon, accumulation favorisée par la diminution de la sécrétion salivaire et l' « encrassement » consécutif de la muqueuse buccale. Aussi l'auteur conseille-t-il de suppléer au nettoyage mécanique et physiologique de cette muqueuse, réalisé dans les conditions normales par la mastication et la salivation, en conseillant au malade non seulement de se gargariser fréquemment, mais encore de frotter la muqueuse buccale, notamment celle des joues, avec de petits tampons d'ouate imbibés d'eau boriquée à 4 %.

Il va de soi que le traitement par l'abstinence ne doit être essayé que dans les cas où l'on a préalablement expérimenté, sans succès, les moyens thérapeutiques usuels, tels que repos, régime lacté, application de compresses tièdes sur la région stomacale, azotate d'argent, sousnitrate de bismuth, alcalins, narcotiques, etc. (*Gaz. lekarska*, 7 janvier 1905.) — L. CH.

Sur l'élimination par le foie normal des microbes circulant dans le sang, par M. A. WRZOSEK.

On sait que le foie arrête et détruit les microbes qui pénètrent, au niveau de l'intestin malade, dans les origines de la veine porte. M. Wrzosek a cherché à se rendre compte de la façon dont la glande hépatique normale se comporte à l'égard des microorganismes introduits d'emblée dans la circulation générale.

A cet effet, l'auteur a injecté dans les veines des animaux en expérience (chiens, lapins ou cobayes), soit des cultures en bouillon du bacille pyocyanique, du *Bacterium coli*, du bacille d'Eberth, du staphylocoque pyogène doré, etc., etc., soit des cultures des mêmes microbes sur agar, émulsionnées dans une solution physiologique de chlorure de sodium. Au bout d'un certain laps de temps, il recueillait du sang de l'artère carotide, qu'il ensemençait dans du bouillon pour s'assurer de la présence des microorganismes en question dans le torrent circulatoire. Enfin, quelques heures après avoir pratiqué l'injection intraveineuse, il ouvrait la cavité abdominale et, ayant touché la paroi de la vésicule biliaire ou du canal cholédoque avec un thermocautère, il enfonçait à ce même niveau une pipette, à l'aide de laquelle il recueillait une certaine quantité de bile. Le liquide ainsi obtenu était aussitôt ensemencé sur de la gélatine ou de l'agar ou bien dans du bouillon.

Or, sur 24 expériences de ce genre (18 fois la bile provenait de la vésicule biliaire, et 6 fois du canal cholédoque), 3 seulement ont donné un résultat positif, en permettant de déceler dans la bile la présence des microbes qui avaient été introduits dans la circulation générale. Aussi M. Wrzosek se croit-il autorisé à conclure que, à l'état normal, le foie n'élimine pas les microorganismes qui circulent dans le sang. (*Przeglad lekarski*, 28 janvier 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

Sur la structure et la signification diagnostique des spirales de Curschmann dans l'asthme bronchique, par M. V. PREDTÉTCHENSKY.

La nature et le mode d'origine des spirales bronchiques de Curschmann étant encore loin d'être élucidés, il nous paraît utile de relater ici les résultats des recherches que M. Predtétchensky a eu l'occasion d'instituer à cet égard sur l'expectoration de 3 malades atteints d'asthme.

Ayant réussi à obtenir de bonnes préparations microscopiques des crachats de ces patients, l'auteur fut à même de se convaincre que la spirale de Curschmann n'est autre chose qu'un petit amas d'expectoration muqueuse ou muco-purulente, fortement allongé et enroulé sur lui-même. Quant aux divers aspects que revêtent ces productions, ils dépendent à la fois et du nombre des éléments figurés qui entrent dans la composition des spirales, et du degré d'entortillement de ces dernières : si dans le mucus plus ou moins homogène sont inclus de nombreux leucocytes et que l'enroulement soit peu acccentué, on a des spirales assez larges, sans filament central; un entortillement plus étroit donne lieu à la formation de spirales serrées avec filament central. Les éléments cellulaires sont-ils, au contraire, peu abondants, on voit alors se former des spirales atypiques. Lorsque, enfin, les globules font complètement défaut, les fibrilles de mucine apparaissent — suivant que leur enroulement est plus ou moins marqué — sous la forme de filaments centraux isolés ou comme des spirales très pâles et à peine visibles.

En règle générale, les spirales typiques de Curschmann sont constituées surtout par des leucocytes éosinophiles, le mucus jouant simplement le rôle d'une sorte de ciment qui unit entre eux ces globules blancs; seuls, les filaments centraux et les spirales rudimentaires ont une structure plus élémentaire, n'étant composés que de très fines fibrilles de mucine.

D'autre part, en s'inspirant de l'opinion de M. Gerlach, d'après laquelle trois facteurs interviendraient dans la formation des spirales de Curschmann — à savoir un certain degré de viscosité de l'expectoration, l'intensité exagérée des mouvements respiratoires et la perméabilité complète de tout l'arbre broncho-pulmonaire tant pendant l'inspiration que lors de l'expiration —, M. Predtétchensky s'est appliqué à rechercher les productions dont il s'agit dans des affections autres que l'asthme. Et, de fait, il a été à même de constater leur présence même dans des cas de simple bronchite ou de pneumonie chronique au début, en l'absence de tout accès de dyspnée. Il a également trouvé de nombreuses spirales dans les crachats de 2 malades atteints d'anévrysme de l'aorte, qui ne présentaient aucun symptôme d'affection des voies respiratoires, sauf une légère toux avec expectoration gélatineuse, de couleur grisâtre.

L'auteur a, cependant, remarqué que la composition des spirales varie suivant que l'on a affaire à un asthme bronchique ou à toute autre maladie de l'appareil respiratoire : dans le premier cas, les spirales typiques se forment aux dépens d'un amas muco-éosinophile et, partant, renferment très fréquemment des cristaux de Charcot-Leyden en quantité, tandis que dans les autres affections ce sont de petits amas muco-neutrophiles qui se transforment en spirales, et celles-ci ne contiennent habituellement pas de cristaux octaédriques.

Pour ce qui est de la signification des spirales en question dans l'asthme, M. Predtétchensky estime que, loin d'être la cause de l'affection (par obstruction des bronchioles), comme le voulait Curschmann, ces productions en sont plutôt la conséquence. Ce qui, d'après l'auteur, serait caractéristique de l'asthme, ce ne sont pas les spirales en elles-mêmes, mais la sécrétion bronchique aux dépens de laquelle elles prennent naissance pendant l'accès asthmatique, sécrétion composée de mucus et de très nombreux éosinophiles, qui donnent ensuite lieu à la formation des cristaux de Charcot-Leyden. (*Prakt. Vratch*, 19 et 26 mars 1905.) — L. CH.

La grippe et les vers intestinaux, par M. G. BERLATZKY.

Au cours d'une épidémie de grippe, l'auteur fut appelé à donner ses soins à un homme atteint de la forme gastro-intestinale de cette affection et qui attribuait son mal à la présence de vers intestinaux, affirmant que, huit ans auparavant, il avait éprouvé les mêmes symptômes morbides, lesquels avaient complètement disparu après l'expulsion de nombreux parasites sous l'influence d'un vermifuge. Et, de fait, M. Berlatzky, ayant prescrit à ce malade 30 grammes d'huile de ricin, fut à même de constater, dans les selles, la présence de cucurbitains du tænia armé. Il ordonna de l'extrait de fougère mâle, et le ver fut expulsé avec la tête.

En présence de ce fait, l'auteur s'est demandé s'il n'existerait pas un certain rapport de cause à effet entre l'infection grippale et l'expulsion de parasites de l'intestin. Afin d'élucider ce point, il fit systématiquement examiner à cet égard les matières fécales des sujets atteints d'influenza à forme gastro-intestinale, et dans l'espace d'un mois il eut l'occasion de voir 8 cas concernant des patients qui expulsèrent, pendant leur maladie, soit des lombrics (3 fois sur 8), soit des anneaux de *Botriocephalus latus* ou de *Tænia solium*.

Cela étant, M. Berlatzky serait porté à croire que les toxines du bacille de Pfeiffer, lorsque leur action porte surtout sur l'intestin, exercent un effet énergique sur les parasites intestinaux, en compromettent la vitalité et en amènent l'expulsion.

Toujours est-il que, au point de vue pratique, il importe de ne pas négliger de rechercher les vers intestinaux toutes les fois que l'on a affaire à un malade atteint de grippe à forme gastro-intestinale, afin de compléter le traitement, le cas échéant, par l'administration d'un vermifuge. (*Vratcheb. Gaz.*, 7 mai 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

De l'évolution de la syphilis acquise, par M. N. HOLM.

Il est souvent difficile de savoir ce que deviennent les syphilitiques et de déterminer dans quelle proportion ils sont atteints de tertiarisme. C'est ce qui a engagé M. Holm à rassembler et à étudier à ce point de vue les observations de 90 malades, qu'il a suivis pendant un laps de temps variant de sept à trente ans.

Une première question à résoudre est celle de la fréquence des accidents tertiaires. Or, sur les 90 syphilitiques précités, 51 en furent atteints (56.6 %). A cette énorme proportion, on pourrait objecter que les formes les plus graves de la vérole sont les seules qui obligent le malade à venir retrouver le médecin, et par conséquent qu'elles sont aussi les seules que connaisse ce dernier. Mais à cela M. Holm répond que ce fut uniquement le hasard qui lui permit de suivre plusieurs de ces patients et que, d'autre part, un sixième des syphilitiques

qu'il traita plus ou moins passagèrement étaient déjà atteints de lésions tertiaires.

Sur ces 51 malades porteurs d'accidents tertiaires, 37 avaient des gommes, 6 des lésions du cœur, 1 une néphrite, 1 une ostéo-arthrite et 16 des accidents nerveux évidemment syphilitiques (syphilis cérébrale, 5 cas; syphilis cérébro-spinale, 3 cas; myélites, 4 cas; paralysies oculaires, 2 cas; céphalalgies, 2 cas). De plus, 9 étaient atteints de tabes.

A l'heure actuelle, 62 des 90 malades étudiés par l'auteur ne présentent pas d'accidents syphilitiques; 13 sont morts d'une des maladies plus haut signalées; les 15 derniers sont tabétiques, déments, hypochondriaques ou plus ou moins impotents pour cause de gommes ou de cardiopathie.

Au point de vue du pronostic, M. Holm reconnaît l'influence de la plupart des facteurs signalés par les classiques. C'est ainsi que l'âge aggrave le plus souvent la syphilis; il en est quelquefois de même de la tuberculose; la grossesse a une influence nulle ou peu marquée, mais elle amène une efflorescence particulière des lésions et rend le traitement peu efficace.

Quant aux rapports existant entre le tertiarisme et les cures mercurielles, il est incontestable que les malades non traités ont presque tous des lésions tertiaires, mais il s'en faut de beaucoup que la proposition inverse soit vraie et que tout sujet porteur de lésions tertiaires soit un syphilitique non ou insuffisamment traité; d'autre part, les cures antérieures ne semblent avoir que peu d'influence sur la gravité des accidents.

Pour ce qui est du traitement périodique de M. A. Fournier, il ne paraît pas à l'auteur donner des résultats bien supérieurs à ceux des autres modes d'administration du mercure : sur 14 malades traités de la sorte et observés depuis un laps de temps qui ne dépasse pas six ans, M. Holm compte déjà 4 cas de lésions tertiaires. Il estime donc que le mieux est encore de recourir au traitement « individualiste », c'est-à-dire basé sur les manifestations cliniques et le tempérament de chaque syphilitique. (*Bibliotek for Læger*, avril 1905.) — R. DE B.

Urticaire et éruptions ortiées des muqueuses,
par M. H. J. Vetlesen.

Dans le présent travail, M. Vetlesen relate 4 observations — dont la sienne — tendant à démontrer que l'urticaire de la peau peut s'accompagner d'une éruption semblable sur les muqueuses.

Sujet à l'urticaire depuis de nombreuses années, l'auteur fut pris un jour — à la suite d'une éruption d'urticaire sur la poitrine et le bas-ventre, accompagnée de frissons — de quintes de toux fréquentes, sèches et spasmodiques; il n'éprouvait pourtant pas de dyspnée. Après une des dernières quintes de toux, M. Vetlesen sentit sa bouche se remplir d'un liquide aqueux et salé, rappelant le goût du sang : son expectoration était cependant tout à fait incolore. Le phénomène se reproduisit 5 ou 6 fois, puis la sensation de gêne thoracique parut descendre plus bas et disparut bientôt en même temps que la toux : la crise avait duré trois quarts d'heure au total.

Il semble donc que chez notre confrère l'urticaire avait envahi la muqueuse respiratoire.

Les muqueuses respiratoire et gastrique étaient au contraire intéressées chez une jeune fille de dix-neuf ans, qui fut atteinte brusquement de céphalées, de malaises et d'une éruption ortiée généralisée. En même temps elle éprouva une dyspnée intense avec orthopnée et des douleurs violentes au creux de l'estomac. Au bout de deux heures, cette crise disparut.

Chez un troisième patient — le père de cette jeune fille —, l'éruption interne paraissait se localiser exclusivement sur l'intestin, car de fortes coliques sans diarrhée précédèrent, à deux reprises différentes, l'exanthème cutané.

Enfin, chez une dernière malade, également sujette à l'urticaire, les éruptions s'associaient à de vives douleurs gastriques, avec tendances syncopales, et se terminaient par des vomissements et quelquefois de la diarrhée. En même temps, il existait un peu de fièvre. L'éruption cutanée apparaissait en dernier lieu, et l'ensemble de la crise avait une durée de dix à douze heures.

Bien que la preuve directe fasse défaut, M. Vetlesen pense qu'il est impossible d'interpréter autrement que par une éruption interne les manifestations dont il vient d'être question. En ce qui concerne leur étiologie, il ne semble pas qu'elle soit différente de celle de l'urticaire vulgaire. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars 1905.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'hyperchlorhydrie par la teinture de noix vomique à haute dose.

La strychnine, et surtout la noix vomique, sont d'un usage courant dans le traitement des dyspepsies gastro-intestinales. Il est néanmoins certains cas où ces médicaments, employés aux doses habituelles, échouent complètement. Or, d'après l'expérience de M. le docteur J. H. Musser, professeur de clinique médicale à l'University of Pennsylvania de Philadelphie, ces insuccès — notamment lorsqu'il s'agit de neurasthénie gastrique avec hyperchlorhydrie — seraient dus simplement à l'insuffisance des doses prescrites, et la teinture de noix vomique serait susceptible de rendre en pareil cas d'excellents services, à condition qu'on l'administrât à doses progressives et très élevées, et cela pendant fort longtemps.

Notre confrère a pu s'assurer que la plupart des malades arrivent à tolérer trois doses quotidiennes de LX gouttes de teinture de noix vomique; en tout état de choses, il conviendrait de pousser la dose jusqu'aux limites extrêmes de la tolérance, et de ne s'arrêter que lorsque le patient commence à accuser une légère raideur de la nuque et un peu de vertige. On redescend alors à V ou X gouttes par jour, pour remonter ensuite au bout de quelques jours; et ce traitement demanderait à être continué pendant au moins quatre ou cinq mois.

Ajoutons que, d'après M. Musser, la noix vomique serait, en l'espèce, de beaucoup préférable à son alcaloïde, la strychnine.

La valeur du chlorure de baryum comme médicament cardiaque.

Un médecin polonais, M. le docteur E. Miesowicz, a institué, dans le service de M. le docteur E. Korczynski, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Cracovie, une série d'essais cliniques, dans le but d'étudier la valeur du chlorure de baryum en tant que médicament cardiaque.

Ces essais ont porté sur des malades récemment admis à l'hôpital pour des troubles relativement accentués de la circulation sanguine. Afin d'éliminer l'influence exercée éventuellement par le changement de régime, M. Miesowicz commençait par mettre les patients en observation, en leur prescrivant le repos au lit. Ce n'est qu'au bout de quelques jours — après s'être assuré que l'alitement, joint aux nouvelles conditions d'existence, restait sans effet sur l'insuffisance cardiaque — qu'il ordonnait le chlorure de baryum, à la dose de 0 gr. 03 à 0 gr. 05 centigr., répétée deux ou trois fois par jour, deux heures après les repas. Pour mieux se rendre compte de l'action du médicament, on procédait, deux heures après chaque prise, à la numération du pouls et à la mensuration de la pression sanguine. De plus, on notait également le taux et la densité des urines, ainsi que le poids du corps et l'état général du malade.

Notre confrère fut de la sorte à même de se convaincre que le chlorure de baryum agit surtout sur la tension artérielle, qu'il relève assez rapidement. Aussi ce médicament peut-il rendre de bons services dans les formes moyennes d'insuffisance cardiaque, à la condition qu'il n'y ait pas d'hypertension sanguine. Sa valeur thérapeutique paraît, toutefois, inférieure à celle de la digitale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juin 1905.

Influence nocive de la viande cuite dans la tuberculose expérimentale.

M. Richet. — J'ai déjà montré dans une série de travaux antérieurs l'efficacité de la viande crue dans le traitement de la tuberculose, et il paraît bien que la pratique médicale ait tiré quelque profit de cette constatation. Je désire aujourd'hui appeler l'attention sur les effets nocifs de la viande cuite dans la tuberculose expérimentale. Mes expériences ont porté sur 21 chiens rendus tuberculeux par l'injection intraveineuse de cultures de tuberculose humaine.

Sur ce nombre, 3 chiens ont été nourris avec de la bouillie, 3 avec de la viande crue, 3 avec de la viande cuite, 3 avec un mélange de fromage et de lait. Or, les 3 animaux nourris avec de la viande cuite sont tous morts; aucun de ceux qui étaient soumis à un autre mode d'alimentation n'a péri.

Restent 9 autres chiens qui ont été nourris différemment et soumis à un régime que, pour simplifier, j'appellerai régime de l'alternance : je leur donnai à tous pendant cinq jours de la bouillie, puis pendant cinq jours un autre aliment (viande crue dans un groupe de 3, viande cuite dans un autre groupe de 3, fromage et lait dans le dernier groupe).

De ces 9 chiens, les seuls qui sont morts sont ceux qui ont été mis au régime de la viande cuite. Les autres sont en excellente santé.

Une particularité qui mérite d'être signalée, c'est que la viande chauffée à 58° pendant plusieurs heures se rapproche notablement, par ses effets, de la viande crue et n'a pas la nocivité de la viande cuite.

Ce qui est caractéristique dans l'alimentation avec la viande cuite, c'est qu'au bout d'un certain temps les chiens s'en lassent, perdent l'appétit et dépérissent : ils conservent cependant une certaine appétence pour la viande crue.

Il ressort manifestement de ces expériences que la viande cuite, employée comme alimentation univoque, fait périr rapidement les animaux tuberculeux.

Il résulte, en outre, d'une autre série d'expériences plus récentes que le jeûne absolu est moins nocif pour les chiens tuberculeux que le régime de la viande cuite; ce fait ne doit pas surprendre, car un animal qui jeûne se nourrit en fait de viande crue, puisqu'il consomme sa propre substance.

Quant aux effets nocifs de la viande cuite, il y a tout lieu de penser qu'ils sont le résultat d'une intoxication.

Sans vouloir tirer actuellement des faits qui viennent d'être exposés des conclusions applicables à la diététique humaine — car l'homme n'est jamais soumis à un régime exclusif —, j'incline cependant à croire qu'il faut être réservé dans l'emploi de la viande cuite chez les tuberculeux et que la santé et l'appétit de ces malades augmenteraient avec un régime pauvre en viande cuite.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 juin 1905.

Reproduction expérimentale, chez le chien, du cancer de l'homme.

M. Mayet. — Des recherches déjà anciennes m'avaient montré que le rat blanc constitue l'animal de choix pour la reproduction expérimentale du cancer de l'homme (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 283), tandis que mes essais d'inoculation au chien étaient toujours restés infructueux; or, je viens d'obtenir un résultat positif chez ce dernier animal.

Un chien de forte taille a reçu à dix jours d'intervalle 20 c.c., puis 40 c.c. de macération filtrée de myome utérin. Il mourait cachectique au bout d'un an à peu près, et l'autopsie révélait une tumeur de la rate, du volume d'une noix, formée d'un tissu encéphaloïde réuni en

amas de cellules fusiformes à un ou deux noyaux, à protoplasma relativement volumineux, avec zone périphérique de cellules embryonnaires; en un mot, cette tumeur avait toute la structure du sarcome.

On voit donc que, ainsi que je l'ai toujours soutenu, les produits liquides des tumeurs peuvent faire naître, loin de leur point d'introduction, des néoplasmes cancéreux différant de la tumeur initiale.

Nouvelle méthode de protection contre les rayons de Röntgen.

M. J. Bergonié. — Pour protéger l'opérateur contre les effets fâcheux des rayons de Röntgen, on se sert soit d'enveloppes opaques à ces rayons, placées au voisinage du centre d'émission de ceux-ci, soit d'écrans placés près de l'opérateur ou recouvrant telle ou telle partie de son corps.

Ces deux façons de procéder ne sont pas sans inconvénient, la première (emploi des localisateurs) provoquant des modifications du champ électrique autour du tube, la seconde (interposition de plaques ou d'écrans protecteurs) gênant les mouvements de l'opérateur. Aussi depuis six mois ai-je recours à une méthode de protection qui consiste à placer le radiologiste et ses aides *au-dessus* du plan horizontal prolongeant l'anticathode, et, *au-dessous* de ce plan, le malade seul. L'espace est ainsi virtuellement divisé en deux parties, dont la supérieure est tellement indemne de rayons X que la plaque sensible peut y être maniée à découvert sans s'impressionner.

La réalisation pratique de ce dispositif est des plus simples : il suffit que le plan du lit servant à la radiographie ou à la radiothérapie (car la méthode n'est pas applicable à la radioscopie) soit très bas, à peine plus élevé que celui du sol.

Sur la dénomination de l'agent présumé de la syphilis.

M. P. Vuillemin adresse une note dans laquelle il s'attache à démontrer que le parasite tout récemment décrit par MM. Schaudinn et Hoffmann sous le nom de *Spirochaete pallida* est très vraisemblablement un protozoaire — comme du reste M. Schaudinn l'admet lui-même (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 261) —, sans doute voisin du trypanosome de la dourine.

Cela étant, on ne saurait conserver à ce parasite le nom de spirochète, lequel désigne depuis longtemps un type spécial de bactérie se rapprochant des algues; aussi l'auteur propose-t-il de créer pour lui le genre *Spironema*, et l'espèce *Sp. pallidum*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 juin 1905.

Sur la conservation des ovaires et de l'utérus dans les opérations pour annexites.

M. Tuffier. — Depuis cinq ans j'ai pratiqué 32 opérations pour annexites, avec conservation de l'utérus et des ovaires; ce sont les résultats de ces interventions que je tiens à exposer devant vous.

Mon premier fait date de janvier 1900; j'enlevai les 2 trompes distendues par des hydrosalpinx, et, sur le désir exprimé par la malade, je laissai l'utérus et les ovaires, malgré l'état sclérokystique de ces derniers; j'eus, deux ans plus tard, d'excellentes nouvelles de mon opérée, et c'est à la suite de cette première intervention que je me suis senti encouragé à faire bénéficier d'autres malades de cette chirurgie conservatrice.

Il faut avoir soin, lors de l'extirpation des trompes, de détruire soigneusement l'angle utérin, en cautérisant l'orifice interne de la trompe, de façon à ne pas laisser à ce niveau un foyer d'infection. Il est important également de faire très attentivement l'hémostase du bord supérieur du ligament large. Dans un cas, en effet, j'ai vu survenir un hématome qui s'est infecté secondairement, ce qui a entraîné la mort.

Sur mes 31 autres opérées, je n'ai pu en retrouver que 15; chez 2 il a fallu intervenir une seconde fois pour des lésions tuberculeuses; parmi les autres, 3 seulement avaient encore des douleurs assez accentuées, mais le toucher n'indiquait rien de particulier, ni du côté des ovaires, ni du côté de l'utérus.

Dégénérescence cancéreuse du moignon utérin consécutif à l'hystérectomie subtotale.

M. J.-L. Faure. — Dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 272), M. Richelot nous a cité plusieurs cas nouveaux de dégénérescence cancéreuse du moignon cervical consécutif à l'hystérectomie subtotale. Je crois qu'il ne faut pas exagérer l'importance des faits de ce genre, qui, en réalité, sont relativement rares et ne correspondent certainement pas même à une proportion de 1 %. Comme, d'autre part, il est absolument admis par tous les chirurgiens que l'hystérectomie totale est beaucoup plus grave que l'hystérectomie subtotale, et donne une mortalité qui dépasse certainement de plus de 1 % celle de cette dernière, je ne saurais admettre que ce risque de dégénérescence cancéreuse du moignon cervical constituât une raison suffisante pour faire rejeter l'hystérectomie subtotale.

Des lipomes ostéopériostiques.

M. Walther. — J'ai vu en 1891 un lipome très volumineux de la cuisse, qui se présentait avec tous les caractères d'une tumeur profonde, et que j'avais considéré comme ayant un point de départ périostique et une origine congénitale. Il s'agissait, en effet, d'un fibrolipome, relié au périoste par un pédicule fibreux. A ce moment j'ai recherché les observations analogues et j'ai pu retrouver 4 faits de lipomes périostiques congénitaux insérés sur le petit trochanter.

M. Félizet communique une observation d'extraction de corps étrangers de l'œsophage à l'aide du crochet de M. Kirmisson.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 juin 1905.

Reins polykystiques avec syndrome cardio-vasculaire et surrénal.

M. Ménétrier. — Un malade entrait naguère dans mon service pour des accidents urémiques avec augmentation de la tension artérielle, qui déterminèrent la mort au bout de quelques jours. A l'autopsie, nous avons constaté une hypertrophie du ventricule gauche du cœur, une dégénérescence polykystique des deux reins et une hyperplasie des capsules surrénales.

J'ai déjà noté l'année dernière le même syndrome cardio-vasculaire dans un cas de néphrite interstitielle. Le rein polykystique étant une affection d'origine congénitale, je crois pouvoir conclure du présent fait que les accidents cardio-vasculaires et surrénaux doivent être considérés comme secondaires.

M. Vaquez. — L'observation de M. Ménétrier confirme, à mon sens, les relations que j'ai établies entre la néphrite chronique, l'hypertrophie cardiaque, l'hypertension et l'hyperplasie surrénale.

Traube qui, le premier, a noté la fréquence de l'hypertrophie cardiaque gauche au cours des néphrites chroniques, avait tenté tout d'abord de l'attribuer à une augmentation locale de la pression artérielle, liée à la restriction de la circulation dans le rein. Cette théorie fut reconnue insuffisante par son auteur. C'est alors qu'il lui substitua celle de l'hypertension généralisée, empruntée à Senhouse Kirkes, et il avait admis avec raison que l'hypertrophie cardiaque gauche résulte d'un accroissement de la résistance vasculaire périphérique au cours des néphrites atrophiques. Nous avons à plusieurs reprises, et récemment encore (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 217-220), soutenu la réalité de cette réaction. Mais nous l'avons complétée en ajoutant la notion de l'hyperplasie surrénale comme cause probable de l'hypertension.

Ainsi donc, la conception légitime de Traube se trouve confirmée, et dans l'enchaînement des lésions invoquées par cet auteur, nous avons introduit comme chaînon intermédiaire et nécessaire l'altération hyperplasique des capsules surrénales.

Aussi, en laissant aujourd'hui de côté la question encore en suspens de l'antériorité ou de la précocité de cette altération — et de l'hypertension artérielle qui en résulte — dans l'évolution de la néphrite, nous nous croyons en mesure d'affirmer que toute néphrite à forme atrophique ou non (la première étant la plus fréquente) qui s'accompagne d'hypertrophie ventriculaire gauche a pour corollaire clinique l'hypertension artérielle et pour substratum anatomique l'hyperplasie adénomateuse des capsules surrénales.

Etude sur 7 cas de leucémie myélogène.

M. Jousset relate les observations de 7 malades atteints de leucémie myélogène typique, qu'il a pu suivre pendant trois années consécutives; 3 de ces patients ont succombé, les 4 autres sont encore vivants; un seul a vu son état s'améliorer sous l'influence de la radiothérapie.

Chez ces 7 sujets, appartenant aux deux sexes, l'affection a débuté par une augmentation du volume de la rate. A cette première phase, qu'on peut appeler *splénique*, succède généralement une période d'état ou *splénohématique*, pouvant durer deux ou trois années et durant laquelle l'anémie, remarquable seulement par sa fixité, ne se différencie guère des anémies ordinaires. Vient, enfin, une troisième phase dite *cachectique*, qui se termine au bout de quelques mois par la mort, et pendant laquelle la formule hématologique subit, sous l'influence des hydropisies, les plus grandes variations.

Chez les 7 malades en question, la formule hématologique a été celle de toutes les leucémies myélogènes; 4 d'entre eux ont présenté une fièvre légère et de l'albuminurie. La transfusion du sang de quelques-uns de ces patients, dans le péritoine de cobayes, a déterminé des péritonites septiques dans l'exsudat desquelles on a constaté un coccobacille, qui a provoqué une fois chez l'animal une réaction myéloïde du sang avec splénomégalie. Il semble résulter de ces constatations que la leucémie myélogène est un syndrome infectieux.

M. Béclère présente 2 hommes atteints de leucémie myélogène qui ont été notablement améliorés (diminution de volume de la rate, diminution des globules blancs, augmentation du nombre des hématies, etc.) par la radiothérapie. D'après l'orateur, ce traitement est si efficace que, dans certains cas de splénomégalie et d'adénopathie cervicale de nature indéterminée, il peut servir de pierre de touche et renseigner sur l'origine exacte de l'affection.

De la substitution des injections intraveineuses aux injections sous-cutanées pour éviter les accidents post-sérothérapiques.

M. Courmont (de Lyon) fait une communication dans laquelle il s'efforce de démontrer qu'on peut se mettre sûrement à l'abri des accidents post-sérothérapiques en pratiquant les injections de sérums médicamenteux non pas dans le tissu cellulaire sous-cutané, comme on le fait d'ordinaire, mais dans les veines.

Ces injections intraveineuses sont complètement exemptes de danger, car le sang est beaucoup moins sensible que le tissu cellulaire sous-cutané aux infections pyogènes. On sait, d'autre part, que l'introduction de quelques bulles d'air dans les veines, souvent difficile à éviter, ne détermine jamais le moindre accident.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 3 et 10 juin 1905.

Sur la teneur du sérum sanguin en bilirubine dans la cholémie familiale et dans la lithiase biliaire.

MM. Gilbert et **Lereboullet.** — Dans 60 cas de cholémie familiale, la cholémimétrie nous a montré une cholémie variable, mais généralement accusée : chez 45 de ces sujets, la teneur du sérum en bilirubine variait de $^1/_{10,000}$ à $^1/_{25,000}$, chez 4 elle était plus élevée ($^1/_{9,200}$), chez 11 plus faible, tout en restant supérieure à la moyenne physiologique ($^1/_{36,500}$).

Les rares cas où la proportion de bilirubine

était supérieure à $^1/_{10,000}$ se rapprochaient par certains caractères des ictères chroniques simples et doivent être regardés comme des faits de transition. Inversement, ceux où la teneur en bilirubine était voisine de son taux physiologique s'expliquent tous soit par la diminution de la cholémie sous l'influence du traitement, soit par l'intermittence de la cholémie (qui varie parfois d'un jour à l'autre), soit enfin par l'insuffisance hépatique, entraînant un certain degré d'acholie pigmentaire.

Même en tenant compte de ces cas extrêmes, la teneur du sérum en bilirubine reste en moyenne assez élevée dans la cholémie familiale, puisqu'elle est, d'après ces 60 faits, de $^1/_{16,940}$, soit 0 gr. 059 milligr. de bilirubine par litre de sérum ou près de 0 gr. 18 centigr. pour la masse du sang.

D'autre part, 14 examens que nous avons pratiqués, chez des malades atteints de lithiase biliaire sans obstruction du cholédoque, nous ont montré que le taux de la bilirubine oscillait de $^1/_{7,900}$ à $^1/_{26,700}$ et qu'il était en moyenne égal à $^1/_{15,000}$. Ce chiffre correspond à près de 0 gr. 068 milligr. de bilirubine par litre de sérum, soit plus de 0 gr. 20 centigr. dans la masse du sang. Il est donc nettement plus fort que le chiffre moyen trouvé dans la cholémie simple familiale sans lithiase. Ces résultats sont parallèles à ceux de l'examen clinique qui montre chez les lithiasiques un teint bilieux souvent marqué, et un ensemble de symptômes tel, que, pour bien saisir la symptomatologie de la cholémie familiale, c'est surtout chez les lithiasiques qu'il faut la rechercher. L'intensité plus grande de la cholémie paraît pouvoir être expliquée par les crises lithiasiques qui, en créant un état d'obstruction temporaire des voies biliaires, facilitent l'infection des voies biliaires profondes et exaltent la virulence des agents de cette infection. La lésion biliaire intra-hépatique est de ce fait aggravée, et non seulement la cholémie peut devenir alors plus accusée, mais cette lésion peut avoir sa répercussion sur la circulation portale, d'où l'apparition possible de splénomégalie, d'hémorragies gastriques, d'hémorroïdes, etc.

La cholémimétrie, jointe à l'examen clinique, contribue donc à établir que, dans la lithiase biliaire, tout ne se borne pas à la lésion vésiculaire, mais qu'il faut également tenir compte des lésions d'angiocholite intra-hépatique se traduisant cliniquement par les symptômes de la cholémie familiale et susceptibles d'évoluer pour leur compte et d'entraîner des symptômes d'infection biliaire plus grave.

Le liquide céphalo-rachidien dans la lèpre.

MM. Weil et **Tassin**. — Nous avons pratiqué la ponction lombaire dans 5 cas de lèpre, datant de quatre à dix-sept ans; il s'agissait de lèpre tuberculeuse pure (1 cas), de lèpre nerveuse (1 cas) ou de lèpre mixte (3 cas); un malade fut examiné au cours d'une poussée éruptive fébrile. Dans tous ces faits, le liquide se montra normal dans son aspect et ses réactions chimiques; on ne constata ni lymphocytose, ni présence du bacille. D'après ces constatations et celles qui ont été faites antérieurement par MM. Jeanselme et Milian, il semble que dans la lèpre, comme dans l'infection rabique (Lesieur), les réactions méningées manquent complètement.

A quel moment le cerveau des hommes et des animaux mordus par un chien enragé devient-il virulent?

M. Remlinger adresse une note dans laquelle il démontre que, chez le lapin et le cobaye inoculés sous la peau ou dans les muscles avec du virus fixe, les centres nerveux peuvent être virulents dix jours avant la mort de l'animal, c'est-à-dire à une période plus précoce que celle qui est généralement admise. Il est très probable que chez l'homme les choses ne se passent pas différemment et qu'en cas de morsure par un animal enragé, le cerveau et le bulbe sont virulents plus tôt qu'on ne le croit. Il est même possible que, dans certains cas tout au moins, le traitement antirabique agisse non pas en empêchant le virus d'arriver au cerveau mais en le neutralisant dans le cerveau même, hypothèse qui semble confirmée par un certain nombre de faits cliniques.

De la sclérose amorphe dissociante du pancréas dans le diabète maigre.

MM. Curtis et **Gellé** communiquent l'observation d'un jeune homme de vingt ans, atteint de diabète maigre, qui rendait de 300 à 350 grammes de sucre par jour par ses urines et qui a succombé à une tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie on a trouvé des lésions uniquement dans le pancréas : cet organe était le siège d'une sclérose spéciale intraveineuse, émanant des vaisseaux, des canalicules et de la périphérie des lobules.

En outre, les îlots de Langerhans étaient diminués de nombre dans la proportion de 50 % environ.

La sclérose et la dissociation de l'acinus semblent s'effectuer en deux phases : l'une de pénétration lamellaire amorphe, l'autre de production fibrillaire.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 31 mai 1905.

L'épidémie actuelle de méningite cérébro-spinale.

M. Grawitz fait une communication dans laquelle il signale que quelques cas de méningite cérébro-spinale se sont produits à Charlottenbourg, sans y être d'ailleurs plus nombreux que les autres années; en effet, sur 17 malades qui ont été envoyés à l'hôpital comme suspects de méningite épidémique, 3 seulement étaient en réalité atteints de cette affection; 7 avaient une méningite tuberculeuse, les 7 autres des troubles méningés d'origine diverse.

L'orateur ajoute que la méningite tuberculeuse lui paraît en ce moment — par comparaison avec les années précédentes — extraordinairement fréquente; cela tient peut-être à ce que les médecins de la ville, dans la crainte qu'il ne s'agisse de méningite épidémique, envoient plus facilement à l'hôpital les malades offrant des symptômes de méningite.

D'ailleurs, il est parfois bien difficile de distinguer la méningite cérébro-spinale épidémique d'avec la méningite tuberculeuse. Parmi les signes pouvant faciliter ce diagnostic différentiel, M. Grawitz cite en première ligne l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, qui révèle de la polynucléose dans la première de ces affections, de la lymphocytose dans la seconde; d'autre part, au point de vue hématologique, on rencontre dans la méningite tuberculeuse de la leucocytose avec prédominance des polynucléaires neutrophiles, tandis que dans la méningite cérébro-spinale la formule leucocytaire du sang n'est pas modifiée.

Pour ce qui est des 3 cas précités de méningite cérébro-spinale, l'orateur déclare que dans un c'est le streptocoque qui était en cause, dans les 2 autres le méningocoque intracellulaire; un de ces malades a succombé, un a guéri, le troisième est actuellement en convalescence.

M. Heubner dit avoir reçu dans son service de la Charité 2 cas de méningite cérébro-spinale, ce qui n'a rien d'extraordinaire. Par contre, il a été frappé, comme M. Grawitz, de la fréquence anormale de la méningite tuberculeuse; on pourrait presque parler d'épidémie.

M. Senator confirme la fréquence exceptionnelle de la méningite tuberculeuse en ce moment; par contre, il n'a observé que 2 cas de méningite cérébro-spinale. Parmi les symptômes facilitant le diagnostic différentiel de ces deux affections, il mentionne les éruptions d'herpès, qui ne surviendraient que dans la seconde.

M. Japha insiste sur la fréquence de la méningite cérébro-spinale chez le nourrisson, où elle passe facilement méconnue. Il considère comme un bon signe de la maladie la proéminence des fontanelles, et aussi les résultats fournis par la ponction lombaire; cette dernière constitue, en outre, un excellent moyen de traitement.

M. Schütz signale qu'il existe chez le cheval une méningite séreuse épidémique, analogue à la méningite cérébro-spinale humaine; elle offre les allures d'une infection aiguë et sa mortalité atteint de 75 à 80 %; elle est causée par un méningocoque intracellulaire qui ne se distingue en rien du microbe de Weichselbaum.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 29 mai 1905.

Sur la colite muqueuse ou entérite membraneuse et la colique muqueuse.

M. H. Elsner fait une communication dans laquelle il s'efforce d'établir que le rejet de glaires ou de membranes avec les selles est un symptôme banal, traduisant une inflammation légère de la paroi du côlon et reconnaissant le plus souvent pour cause la constipation opiniâtre.

Toutefois, à côté de cette « colite muqueuse », l'orateur est d'avis qu'il faut faire une place à part à une affection beaucoup plus rare, qui se caractérise moins par l'expulsion de mucomembranes que par les douleurs qui l'accompagnent et les divers symptômes nerveux qui lui sont associés; cette affection, répondant à la colique muqueuse (*Schleimkolik*) de Nothnagel, à la *myxoneurosis intestini* d'Ewald, aurait effectivement une base névropathique, mais il est impossible d'en déterminer d'une façon plus précise la pathogénie, vu l'insuffisance de nos connaissances actuelles sur l'innervation sécrétoire de l'intestin.

Dr Villaret.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 27 mai 1905.

Les connexions antérieures du tubercule quadrijumeau postérieur.

M. Leboucq. — Dans une note sur laquelle je dois vous présenter un rapport, M. Mahaim (de Lausanne) nous fait connaître les résultats de recherches expérimentales qu'il a faites sur ce sujet.

Notre confrère a pu s'assurer que si l'on détruit le corps genouillé interne chez le singe, les tubercules quadrijumeaux postérieurs restent intacts; de même, si l'on sectionne chez le chat les fibres situées entre l'aqueduc de Sylvius et le bras qui du tubercule quadrijumeau postérieur se rend au corps genouillé interne, les tubercules quadrijumeaux postérieurs ne dégénèrent pas non plus. D'autre part, M. Dantchakoff, dans des recherches qu'il a faites chez M. Mahaim il y a quelques années, a pu détruire, chez plusieurs lapins, le bras qui réunit le tubercule quadrijumeau postérieur au corps genouillé interne, et cela sans la moindre altération secondaire du tubercule quadrijumeau postérieur.

Comme M. Van Gehuchten, de son côté, en employant la méthode de Marchi, n'a pas observé de dégénérescence au delà de ce même tubercule, M. Mahaim en conclut que jusqu'ici on doit admettre que le tubercule quadrijumeau postérieur n'envoie pas de fibres dans le corps genouillé interne, ni directement au lobe temporal.

Les recherches de notre confrère ont été faites au moyen de la méthode de la chromatolyse. M. Mahaim insiste à ce propos sur le fait que les cellules d'origine des noyaux sensitifs entrent en chromatolyse quand on sectionne leur cylindraxe, tout comme le font les cellules motrices. Aussi considère-t-il la chromatolyse de la cellule d'origine, après section du cylindraxe, comme un processus général, qui s'applique aussi bien aux noyaux sensitifs qu'aux noyaux moteurs.

Les nitrates peuvent-ils s'éliminer par la glande mammaire?

M. Casse. — Depuis longtemps, on admet que la présence des nitrates dans le lait constitue un indice de mouillage : ces sels seraient introduits dans le lait avec l'eau qui y est

ajoutée, car on pense qu'ils ne s'éliminent jamais par la glande mammaire.

MM. Henseval et G. Mullie (de Bruxelles) ont pensé que, vu la grande solubilité des nitrates et l'activité de la glande mammaire, cette opinion méritait d'être vérifiée; en effet, beaucoup d'aliments qui entrent dans la nourriture des vaches renferment des nitrates, et parfois ces substances sont administrées à ces animaux dans un but thérapeutique.

Les auteurs ont donc fait ingérer des nitrates à des animaux malades, entre autres à une vache atteinte d'actinomycose. Ils ont ainsi pu constater l'élimination de ces sels par la glande mammaire, mais à la vérité cette élimination ne se fait pas régulièrement. Ces résultats suffisent cependant à enlever beaucoup de sa valeur à la présence des nitrates dans le lait, considérée comme preuve de mouillage.

Dr KEIFFER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE PARIS

Algret (P.). Du traitement des luxations postérieures anciennes irréductibles du coude, chez l'enfant.

Blondin (P.). Essai sur le rôle du bacille de Koch dans la genèse de certaines cirrhoses du foie dites alcooliques.

Boucard (P.). La graphologie et la médecine.

Budin (F.). De la désinsertion de l'extrémité inférieure du vagin au cours de l'accouchement spontané chez la primipare.

Chapeyron (M.). Contribution à l'étude des péritonites généralisées d'origine appendiculaire.

Doin (G.). Description de quelques bassins rachitiques.

Duffo (A.). Contribution à l'étude de la polydactylie.

Duprat (R.). Du traitement opératoire dans les fractures de l'avant-bras.

Dupré (J.). Les caractères cliniques de l'insuffisance testiculaire.

Dupuy (P.). Du coma diabétique chez l'enfant.

Guérin (L.). De l'allaitement au cours de la grossesse.

Guilhaud (G.). La réglementation physiologique du travail.

Labonnette (M.). Contribution à l'étude des formes hypothermiques du cancer du foie.

Lachèze (G.). De l'eau de mer et du sérum artificiel chez le nouveau-né.

Laporte (G.). Les injections d'alcool dans les névralgies faciales.

Lautaret (Ch.). Du peroxyde de magnésium et de ses applications en thérapeutique.

Leroux (A.). Contribution à l'étude de la rupture du sinus circulaire pendant la grossesse et le travail.

Marteville (R.). Pyélonéphrite et grossesse.

Nolot (Th.). Contribution à l'étude de la luxation paralytique de la hanche.

Privat (J.). Les eaux thermales de Cauterets.

Radiguer (P.). Rôle des toxines tuberculeuses locales dans le processus tuberculeux; la tuberculose maladie d'intoxication surtout locale (étude de pathologie générale).

Renouf (C.). La crise génitale et les manifestations connexes chez le fœtus et le nouveau-né.

Rimette (G.). Pronostic de l'avortement.

Sée (P.). Contribution à l'étude des applications thérapeutiques des oxydases et des métaux ferments.

Seibel (G.). Etude de quelques cas de diabète.

Vallet (A.). Contribution à l'étude du traitement orthoptique du strabisme.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Jones (C. P.). Notes on the microscopical examination of bone marrow (method and classification). (*Brit. Med. Journ.*, 25 fév.) — Sur l'examen microscopique de la moelle osseuse.

Leyen (Else von der). Ueber die Schleimzone des menschlichen Magen- und Darmepithels vor und nach der Geburt. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 1.) — La zone mucoïde de l'épithélium gastro-intestinal avant et après la naissance.

Marinesco (G.). Sur la présence d'un réseau spécial dans la région pigmentée des cellules nerveuses. (*Journ. de neurol.*, 5 mars.)

Nau (P.). Le développement du lobe gauche du foie. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Patella (V.). Endotelii nel sangue normale : loro rapporti con i leucociti mononucleati, con le forme di passaggio, e con i cosidetti linfociti del sangue. (*Riforma med.*, 14 janv.)

Pohlman (A. G.). A note on the developmental relations of the kidney and ureter in human embryos. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, fév.) — Relations du rein et de l'uretère dans le développement de l'embryon humain.

Rodhe (E.). Studien über die senilen Rückenmarkveränderungen. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVII, 3 et 4.) — Sur les altérations séniles de la moelle épinière.

Volpi-Ghirardini (G.). Ueber die Nuclei arciformes der Medulla oblongata und über accessorische Nebenoliven in derselben. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Battaglia (M.). Alterazioni traumatiche primitive della cellula nervosa. (*Ann. di med. navale*, mars.)

Beauvy (A.) et **Chirié** (J.-L.). Nécrose du foie et du rein dans trois cas d'appendicite. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Borrmann (R.). Statistik und Casuistik über 290 histologisch untersuchte Hautcarcinome. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 4-6.) — 290 cas de cancer cutané examinés au point de vue histologique.

Broeckaert (J.). Examen anatomo-pathologique d'un cas de paralysie récente du récurrent laryngé; considérations nouvelles sur la genèse des altérations des muscles, spécialement du crico-aryténoïdien postérieur. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, fév.)

Cade (A.) et **Latarjet** (A.). Réalisation pathologique du petit estomac de Pavlov; étude physiologique et histologique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

De Buck (D.). Les cellules plasmatiques de la paralysie générale. (*Journ. de neurol.*, 20 mars.)

Getzowa (Sophia). Ueber die Thyreoidea von Kretinen und Idioten. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 1.)

Graff (E. von). Angeborene Hyperplasie der einen Lunge bei gleichzeitiger Bildung der anderen. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 mars.) — Hyperplasie congénitale d'un poumon; état rudimentaire de l'autre.

Kallenberger (W.). Beitrag zur Lehre vom Aneurysma spurium. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 3.)

Küster (H.). Ueber Gliome der Nebennieren. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 1.) — Sur le gliome de la capsule surrénale.

Lépine (R.). Sur le poids de quelques organes chez les diabétiques. (*Lyon méd.*, 12 mars.)

Lionti (G.). Sulla origine e distribuzione del tessuto elastico nel fegato cirrotico. (*Riforma med.*, 7 janv.)

Löhlein (M.). Ueber Fettinfiltration und fettige Degeneration der Niere des Menschen. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 1.) — Sur l'infiltration et la dégénérescence graisseuses du rein.

Longcope (W. T.). A study of the bone-marrow in typhoid fever and other acute infections. (*Bull. of the Ayer Clinical Laboratory of the Pennsylvania Hosp.*, 2.) — La moelle osseuse dans la fièvre typhoïde et d'autres infections aiguës.

MacCallum (W. G.). Tumor of the parathyroid gland. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, mars.)

Ravenna (E.). Sui cosidetti tumori endoteliali : gli emoangioendoteliomi del fegato. (*Arch. per le scienze med.*, XXIX, 1-2.)

Rosenbach (F.). Zur pathologischen Anatomie der Gicht. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 2.) — Sur l'anatomie pathologique de la goutte.

MÉDECINE

Rossi (A.). Sopra un caso di ipermegalia splenica con cirrosi epatica. (*Gazz. degli Osped.*, 12 mars.)

Sellier (J.) et **Gravellat** (H.). Sur la valeur du chimisme stomacal chez les malades atteints de signes subjectifs d'hyperchlorhydrie. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 26 mars.)

Silvestrini (R.). Sopra un caso di doppio impulso cardiaco. (*Riv. critica di clinica medica*, 21 janv.)

Starck (H.). Zur Frage der akuten Herzdilatation. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 fév.) — Sur la dilatation aiguë du cœur.

Tauszk (F.). Die Rolle der Arbeit und der Ruhe in der Therapie der Herzkranken. (*Pest. med.-chir. Presse*, 12, 19 et 26 mars et 2 avril.) — Rôle du travail et du repos dans le traitement des cardiopathies.

Teissier. Le pronostic éloigné des diverses formes de l'albuminurie résiduale post-infectieuse; leur appréciation au point de vue de l'assurance sur la vie, du mariage et de l'aptitude au service militaire (en russe). (*Prakt. Vratch*, 5, 19 et 26 fév.)

Testi (A.). Contributo allo studio della malattia di Roger (perforazione semplice del setto interventricolare). (*Nuovo raccoglitore med.*, janv.-fév.)

Tsélios (A.). Ἐπιβλαβὴς ἐπίδρασις τοῦ χλωριούχου νατρίου ἐν τῇ νεφρίτιδι· χλωρουραιμία. (*Γαληνός*, fév.) — Chlorures et néphrites; chlorurémie.

Van der Scheer (A.). Indische spruw, een bijdrage tot de kennis der appendicitis larvata. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 mars.)

Volhard (F.). Ueber den Pulsus alternans und pseudoalternans. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 mars.)

Weber (F. Parkes) et **Fürth** (K.). A case of anæmia and one of acute lymphocythæmia, with special reference to conditions of aplasia of the hæmopoietic tissues in leukæmia. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars.)

Wieder (H. S.) et **Springer** (H. L.). Uræmia with pericarditis. (*New York Med. Journ.*, 4 mars.)

Winkler (K.). Ueber Herzruptur. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 25 fév.) — Sur la rupture du cœur.

Zanardini (G.). Ittero infettivo, atrofia giallo acuta del fegato e cirrosi biliare ipertrofica. (*Gazz. degli Osped.*, 19 mars.)

MALADIES INFECTIEUSES

Montefusco (A.). Le recidive nel vaiuolo. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 15 avril.)

Munson (J. F.). A study of the stomach function in pulmonary tuberculosis. (*New York Med. Journ.*, 18 mars.)

Nesemann (F.). Zur Ausbreitungsweise des Unterleibstyphus. (*Med. Klinik*, 12 mars.) — Sur le mode de propagation de la fièvre typhoïde.

Œrum (H. P. T.). Bemærkninger om influenzadiagnosen. (*Ugeskrift for Læger*, 2 mars.)

Pick (R.). Variola und Varicellen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 mars.)

Rocaz. Diphtérie primitive de l'amygdale pharyngienne. (*Arch. de méd. des enfants*, fév.)

Rolleston (J. D.). The prognostic value of the diazoreaction in enteric fever. (*Lancet*, 4 fév.)

Ruck (K. von). A classification for cases of pulmonary tuberculosis and phthisis. (*New York Med. Journ.*, 11 mars.)

Sabourin (Ch.). La fièvre menstruelle des phtisiques. (*Rev. de méd.*, mars.)

Samele (E.). Sulla citologia dei versamenti pleurici specialmente di natura tubercolare. (*Clinica medica italiana*, fév.)

Sergent (Ed. et Et.). Etudes épidémiologiques et prophylactiques du paludisme en Algérie, en 1904. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars.)

Souza. Um caso de variola na convalescença da febre typhoide. (*Porto medico*, mars.)

Stary. Die Darmtyphusepidemie in Teschen. (*Wien. med. Presse*, 26 fév.)

Steinhardt (I.). Ueber Koplik'sche Flecken; zur Frühdiagnose der Masern. (*Med. Klinik*, 12 mars.) — Sur les taches de Koplik et le diagnostic précoce de la rougeole.

Taillens. L'étiologie de la fièvre typhoïde. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mars.)

Thue (K.). Ueber Sekundärinfektionen bei Tuberkulose. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVII, 4.)

Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens. 28. Heft : Beiträge zur Schutzimpfung gegen Typhus. In-8°, 63 p avec graphiques. Berlin. — Sur la vaccination antityphoïdique.

Weichselbaum (A.) et **Bartel** (J.). Zur Frage der Latenz der Tuberkulose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 mars.)

Wesener (F.). Die Resultate der prophylaktischen Impfung mit Diphtherieheilserum im städtischen Mariahilf-Krankenhause zu Aachen. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 mars.) — Résultats de la sérothérapie antidiphtérique préventive à l'hôpital civil d'Aix-la-Chapelle.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Alves de Lima et **Rubiao Meira**. Contribution à l'étude de l'étiologie de l'aïnhum. (*Gazeta clinica de S. Paulo*, avril.)

Anglade et **Jacquin**. Epilepsie totale d'origine traumatique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 9 avril.)

Bernhardt (M.). Ueber einige seltener vorkommende peripherische Lähmungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er mai.) — Sur certaines paralysies périphériques rares.

Bernheim. Suggestion et persuasion. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er et 15 avril.)

Bödeker (J.). Ueber einen acuten (Polioencephalitis superior hæmorrhagica) und einen chronischen Fall von Korsakov'scher Psychose. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 1.)

Boggiano (V.). Di un caso di afasia uremica. (*Gazz. degli Osped.*, 23 avril.)

Böhmig (H.). Hysterische Unfallerkrankungen bei Telephonistinnen. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 avril.) — Accidents hystériques d'origine professionnelle chez des employées du téléphone.

Brower (D. R.). Idiopathic epilepsy; observations on its treatment. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 mars.)

Chardinal (J.). Contribution à l'étude du champ visuel chez les dégénérés; champs visuels des épileptiques. (*Rev. med.-cirurgica do Brazil*, fév.)

Curschmann (H.). Beiträge zur Lehre von der Beschäftigungsneuritis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 et 20 avril.) — De la névrite professionnelle.

Determann. Bemerkungen zur Frühdiagnose und Frühbehandlung der Tabes dorsalis als einer « Aufbrauchkrankheit ». (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 avril.) — Sur le diagnostic et le traitement précoces du tabes en tant que maladie par épuisement.

Diller (T.) et **Billard** (C. L.). Two cases of Landry's paralysis, one terminating in recovery, the other in death. (*Amer. Medicine*, 8 avril.)

Duque Estrada (H.). Sobre um caso de astasia-abasia trepidante. (*Gazeta clinica de S. Paulo*, avril.)

Savage (G. H.). On toxic mental disorders. (*Lancet*, 11 mars.)

Stadelmann (H.). Das Wesen der Psychose auf Grundlage moderner naturwissenschaftlicher Anschauung. 4. Heft : Die Katatonie. In-8°, p. 129 à 184. Munich. — La nature des psychoses, envisagée au point de vue de l'état actuel des sciences naturelles.

Taylor (J.). On myasthenia gravis. (*Brit. Med. Journ.*, 11 mars.)

Turner (W. A.). The nature and treatment of epilepsy. (*Lancet*, 18 mars.)

Vogt (H.). Ueber die Wirkung des Alkohols auf die Veränderung der Pupillenreaktion. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 mars.) — Influence de l'alcool sur les modifications de la réaction pupillaire.

Walker (T. J.). Acute ascending paralysis in cases of chronic cystitis. (*Lancet*, 11 mars.)

Wertheim Salomonson (J. K. A.). Iets over de diagnose van neuritis peripherica. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 25 fév.)

Wiley (C. F.). Landry's paralysis. (*Amer. Medicine*, 4 mars.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Brocq (L.), **Lenglet** et **Ayrignac**. Recherches sur l'alopécie atrophiante, variété pseudo-pelade. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, janv., fév. et mars.)

Düring (E. von). Zur Therapie des Ekzems. (*Med. Klinik*, 5 mars.)

Jacquet (L.) et **Rondeau**. Le vernix caseosa, l'hérédo-séborrhée et l'acné fœtales. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, janv.)

Pasini (A.). Die kaustische Wirkung des Arsenigsäure-Anhydrids auf die epithelialen Gewebe. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 mars.) — L'action caustique de l'acide arsénieux sur les tissus épithéliaux.

Payenneville (J.). Langue scrotale en série familiale. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, fév.)

Polland (R.). Ein Fall von Jodpemphigus mit Beteiligung der Magenschleimhaut. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 mars.) — Pemphigus iodé avec participation de la muqueuse stomacale.

Pommay (H.). L'agent pathogène de la syphilis, nature, cultures, inoculations, vaccination préventive. In-8°, 97 p. avec fig. A. Maloine.

Respighi (E.). Di un caso singolarissimo di orticaria recidivante (orticaria catameniale). (*Clinica moderna*, 8 fév.)

Schattenstein (I.). Contribution à l'étude du pemphigus; un cas de dermatite herpétiforme de Dühring (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 5 et 12 fév.)

Thibierge (G.). Sur les relations du vitiligo et de la syphilis. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, fév.)

Vetlesen (H. J.). Urticaria og urticaria-artede udbrud paa slimhinder. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars.) — Urticaire et éruptions ortiées des muqueuses.

Vignolo-Lutati (C.). Die glatte Muskulatur in den senilen und präsenilen Atrophien der Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIV, 2-3.) — Les fibres lisses dans l'atrophie sénile et présénile de la peau.

Ziemann (H.). Ueber « Melung » (Beta bei den Duala-Negern), eine eigenartige Hautkrankheit der Neger in West-Afrika. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIV, 2-3.)

PARASITOLOGIE

Baelde (C. H. L.). Malariaplasmodiën in het bloed van oogenschijnlijk gezonde personen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 15 avril.) — Présence d'hématozoaires de Laveran dans le sang d'individus sains en apparence.

Bréhon. De la fréquence de l'ankylostome et de quelques autres vers intestinaux dans une région du bassin houiller du Pas-de-Calais. (*Nord méd.*, 15 avril.)

Calmette (A.) et **Breton** (M.). L'ankylostomiase maladie sociale (anémie des mineurs); biologie; clinique; traitement; prophylaxie. In-8°, 247 p. avec fig.

Ehrhardt (O.). Ueber Echinokokken der Schilddrüse. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 avril.) — Sur les échinocoques du corps thyroïde.

James (S. P.). On a parasite found in the white corpuscles of the blood of dogs. In-4°, 12 p. avec fig. Calcutta. — Présence d'un parasite dans les leucocytes du chien.

Schaudinn (F.) et **Hoffmann** (E.). Vorläufiger Bericht über das Vorkommen von Spirochäten in syphilitischen Krankheitsprodukten und bei Papillomen. (*Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, XXII, 2.) — Présence de spirochètes dans les tissus et sécrétions des syphilitiques et dans les papillomes.

CHIRURGIE

Antipas (A.). Περὶ τῶν χειρουργικῶν ἐπὶ του πνεύμονος ἐπεμβάσεων· πνευμονοτομὴ ἐπὶ βρογχεκτασίας. (Γαληνός, avril.) — Pneumotomie pour bronchectasie.

Ardin-Delteil (P.). Purpura rhumatoïde et appendicite; commentaire sur les traîtrises de l'appendicite. (*Montpellier méd.*, 15, 22 et 29 janv.)

Baratynsky (P.). Indications de la cure radicale des hernies inguinales d'après les procédés de Bassini et de Kocher (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 mars.)

Barker (A. E.). Cases illustrating alternative operations for intestinal obstruction. (*Brit. Med. Journ.*, 8 avril.)

Barrett (C. W.). The mortality of appendicitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 avril.)

Bartlett (W.). Eine neue Methode der Sterilisation von Catgut. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 15 avril.)

Beck (C.). On peritoneal adhesions. (*Amer. Medicine*, 1er avril.)

Bérard (L.) et **Patel** (M.). Les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale. In-8°, 189 p.

Blanc et **Tisserand**. Un cas de mort rapide après ponction exploratrice d'un kyste hydatique du foie. (*Loire méd.*, mars.)

Bodenhamer (W.). Atony of the rectum and anal sphincters : its etiology, pathology, diagnosis, and treatment. (*New York Med. Journ.*, 8 et 15 avril.)

Borle (J.). Contribution à l'étude de l'embolie graisseuse après le redressement brusque des contractures articulaires. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mars et avril.)

Brown (G. V. I.). A system for the surgical correction of harelip and cleft palate. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 mars.) — Technique des interventions pour bec-de-lièvre et fissure palatine.

Brunn (M. von). Coxa vara im Gefolge von Ostitis fibrosa. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 2.)

Busse (W.). Ueber post-operative Magen- und Darmblutungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 1-2.) — Sur les hémorrhagies post-opératoires de l'estomac et de l'intestin.

Cackovic (M. von). Ueber die Entstehung des runden Geschwüres des Jejunum nach Gastroenterostomie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 avril.) — Pathogénie de l'ulcère rond du jéjunum consécutif à la gastro-entérostomie.

Cadet (L.). Pleurésie purulente métapneumonique gauche; empyème; phlegmon de la paroi consécutif; guérison. (*Lyon méd.*, 9 avril.)

Cappa (A.). Contusioni gravi delle pareti addominali e pseudoperitonite traumatica. (*Gazz. degli Osped.*, 16 avril.)

Chalmers (A. J.). An unusual duodenal hernia. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, avril.)

Christiansen (V.). Et tilfælde af opereret tumor cerebri. (*Ugeskrift for Læger*, 23 mars.)

Clairmont (P.). Bericht über 258 von Prof. von Eiselsberg ausgeführte Magenoperationen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 1-2.) — Rapport sur 258 opérations pratiquées sur l'estomac.

Colle (J.) et **Petit**. Epiplocèle tuberculeuse. (*Echo méd. du Nord*, 30 avril.)

Connell (F. G.). Is the transplantation of the cord necessary in the radical cure of inguinal hernia? (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Cotte (G.) et **Leriche** (R.). Des sténoses intestinales tardives consécutives à l'étranglement herniaire. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdomin.*, mars-avril.)

Coutts (J. A.) et **Rowlands** (R. P.). A case of purulent pericarditis in an infant; operation; death. (*Brit. Med. Journ.*, 15 avril.)

Cumston (C. G.). Abdominal pain from adhesions. (*Albany Med. Ann.*, mai.) — Douleurs abdominales dues à des adhérences [péritonéales].

Cushing (Harvey). The surgical aspects of major neuralgia of the trigeminal nerve; a report of 20 cases of operation on the Gasserian ganglion, with anatomic and physiologic notes on the consequences of its removal. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11, 18 et 25 mars, 1er et 8 avril.)

Deriouchinsky (S.). Zweimalige Rippenresektion mit Entfernung eines bedeutenden Stückes der Pleura und des Zwerchfells wegen eines primären Pleurasarkoms und seines raschen Rezidivs; Heilung nach der Operation und Tod infolge raschen Rezidivs des Sarkoms. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 avril.) — Résection costale avec ablation d'un lambeau étendu de la plèvre et du diaphragme, d'abord pour sarcome primitif de la plèvre, puis pour une récidive rapide; guérison opératoire les deux fois; nouvelle récidive; mort.

Haberer (H.). Zur Technik der unilateralen Darmausschaltung (apposition end to side, Senn). (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 1-2.) — La technique de l'exclusion unilatérale de l'intestin (anastomose termino-latérale de Senn).

Müller (G.). Zur Kasuistik der Myositis ossificans traumatica. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, mai.)

Reverdin (A.) et **Massol**. De l'asepsie des mains en chirurgie. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

Vignard (E.). Deux cas de chirurgie intestinale. (*Gaz. méd. de Nantes*, 25 mars.)

Villard (E.). Rôle de la compression de la veine porte dans certains accidents graves consécutifs aux opérations sur le hile du foie. (*Lyon méd.*, 26 mars.)

Vosa (G.). Edema maligno delle parti genitali maschili; guarigione. In-8°, 6 p. Melfi.

Wainwright (J. M.). Clinical studies in blood-pressure and shock in traumatic surgery. (*Med. News*, 25 mars.) — Recherches cliniques sur la pression sanguine et le shock dans les traumatismes chirurgicaux.

Wallace (C.). A series of cases of intussusception in childhood. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Invaginations intestinales chez des enfants.

Weisz (E.). Fremdkörper im Mastdarm. (*Pest. med.-chir. Presse*, 5 mars.) — Corps étranger du rectum.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld (F.). Zur Verhütung grösserer Blutverluste in der Nachgeburtsperiode. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 1.) — De la prévention des hémorragies graves de la délivrance.

Bacon (C.). Non-operative treatment of eclampsia. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Baisch (K.). Der Wert der Drüsenausräumung bei der Operation des Uteruscarcinoms. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 2.) — Valeur de l'extirpation radicale des ganglions dans les opérations pour cancer de l'utérus.

Benet et **Riss**. Opération césarienne, suivie de l'opération de Porro, pour un cas de viciation pelvienne rare. (*Marseille méd.*, 1er avril.)

Beyea (H. D.). The technique of the operation of ventrosuspension of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Blumberg (M.). Ueber Deciduazellen in der Cervix uteri bei intracorporaler Gravidität. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 2.)

Braillon. Arthrites et puerpéralité. (*Echo méd. du Nord*, 23 avril.)

Cramer (H.). Zwillingsgeburt mit 3½ tägiger Pause zwischen der Geburt des ersten und zweiten Zwillings. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — Accouchement gémellaire avec intervalle de trois jours et demi entre la naissance des deux jumeaux.

Curti (E.). Di un voluminoso cisto-adenoma dell'ovaio destro. (*Policlinico*, 16 avril.)

Deaver (J. B.). Hysterectomy for fibroids of the uterus, with a report of 250 operations. (*Amer. Medicine*, 15 avril.)

Dienst. Ueber Retroversio uteri gravidi incarcerata an der Hand eines mit schwerstem wirklichen Ileus komplizierten genesenen Falles. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 avril.)

Dubois (P.). Observation sur un cas de corps étranger du vagin introduit dans un but criminel. (*Gaz. méd. de Nantes*, 29 avril.)

Wagner (J. von). Die psychiatrischen und neurologischen Indikationen zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 mars.) — Les indications psychiatriques et neurologiques de l'interruption prématurée de la grossesse.

Warren (S. P.). The prevalence of puerperal septicemia in private practice at the present time, contrasted with that of a generation ago. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Webster (J. C.). A consideration of fibroid tumors of the uterus, based upon a study of a series of 210 cases treated surgically. (*Amer. Medicine*, 11 mars.)

Wiel (H. I.). A survey of ovariotomy at extremes of life; report of a case in a girl aged 5. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, mars.) — L'ovariotomie aux extrêmes de la vie; un cas chez une fillette de cinq ans.

TÉRATOLOGIE

Capelle (W.). Ein Fall von Defekten in der Schultergürtelmuskulatur und ihre Kompensation. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVIII, 2-4.) — Atrophie des muscles de la ceinture scapulaire et sa compensation.

Horand (R.). Absence congénitale du rein droit; uretère droit desservant le rein gauche. (*Lyon méd.*, 2 avril.)

Morelli (G.). Cranio-rachischisis con anencefalia e diastematomielia. (*Gazz. degli Osped.*, 9 avril.)

Pick (L.). Ueber Adenome der männlichen und weiblichen Keimdrüse bei Hermaphroditismus verus und spurius, nebst Bemerkungen über das endometriumähnliche Adenom am inneren weiblichen Genitale. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 avril.) — Sur les adénomes des organes sexuels des hermaphrodites.

Steche (O.). Beiträge zur Kenntnis der kongenitalen Muskeldefekte. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVIII, 2-4.) — Sur les atrophies musculaires congénitales.

Teissing (R.). Vrozený defekt prsních svalu pravé strany. (*Casopis lékaru ceskych*, 11 mars.) — Atrophie congénitale des muscles pectoraux droits.

Unger (E.). Beiträge zur Lehre vom Hermaphroditismus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 avril.)

Van der Hoop (E.) et **Passtoors** (Th.). Een geval van hermaphroditismus spurius masculinus. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 15 avril.)

Wendel (W.). Ueber angeborene Brustmuskeldefekte. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 4.) — Sur l'atrophie congénitale des muscles pectoraux.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bertrand. Trois cas de tuberculose isolée de l'épiglotte. (*Echo méd. du Nord*, 23 avril.)

Duel (A. B.). The operative treatment of chronic suppurative otitis. (*New York Med. Journ.*, 8 avril.)

Fridenberg (P.). Nasal obstruction as a cause of disorders of nutrition. (*New York Med. Journ.*, 22 avril.)

Friedrich (E. P.). Die Eiterungen des Ohrlabyrinths. In-8°, 136 p. avec fig. Wiesbaden. — De la labyrinthite suppurée.

Géroulanos (M.). Περὶ πυώδους θρομβοφλεβίτιδος τοῦ ἐγκαρσίου κόλπου. (Ἀρχεῖα ἰατρικῆς, 1er-15 mars.) — Sur la thrombophlébite suppurée du sinus latéral.

Golesceano (C.). Contribution à l'étude de l'atmothérapie. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc. 1904 et janv.-fév.)

Guisez. Trachéobronchoscopie et œsophagoscopie. In-16, 96 p. avec fig.

Mertens (G.). Die Krankheiten des Halses und des Kehlkopfes; ihre Entstehung, Verhütung und Heilung. 2e éd. In-8°, 80 p. Berlin. — Les affections du cou et du larynx; pathogénie, prophylaxie et traitement.

Morelli (C.). Ueber einen Schleimhautpolypen der Nase und der Choanen von seltener Grösse. (*Pest. med.-chir. Presse*, 9 avril.) — Sur un polype naso-pharyngien de dimensions exceptionnelles.

Mygind (H.). Et tilfælde af otogen absces i storhjernen med afasi, helbredet ved operation. (*Hospitalstidende*, 5 avril.) — Abcès du cerveau d'origine otique, compliqué d'aphasie; opération; guérison.

Wiener (A.). Conservative treatment of protracted cases of acute otitis media purulenta, with its complications. (*Med. Record*, 8 avril.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bain (W.), **Edgecombe** (W.) et **Frankling** (H.). The effect of certain baths and forms of electricity on the blood, blood pressure, and metabolism, with remarks on their therapeutic uses. (*Lancet*, 29 avril.)

Billaud. Spléno-pneumonie et abcès de dérivation. (*Gaz. méd. de Nantes*, 15 avril.)

Bioglio (M.). Contributo allo studio dell'uso degli ioduri nelle nefriti croniche. (*Policlinico*, 30 avril.)

Schiff (E.). Ueber nichtoperative Behandlung von Epitheliomen. (*Wien. med. Presse*, 2 avril.) — Sur le traitement non opératoire des épithéliomes.

Stern (H.). Points pertaining to the management of diabetic and non diabetic glycosuria. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 19 et 26 janv.)

Thomson (W. H.). 15 years' experience in the treatment of typhoid fever at the Roosevelt Hospital [New York]. (*Med. News*, 25 mars.)

Tull (M. G.). An unusually severe case of acute chorea successfully treated with apomorphin. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, janv.)

Waitzfelder (E.). The treatment of epidemic cerebrospinal meningitis by diphtheria antitoxin. (*Med. Record*, 11 mars.)

Wassermann (M.). Die Verwendung passiver Hyperämie der Lunge bei Lungenschwindsucht. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, VIII, 11.) — L'hyperémie passive du poumon contre la phtisie pulmonaire.

Webb (G. B.). Reports of 2 cases of cured Graves's disease. (*New York Med. Journ.*, 4 mars.)

West (S.). The treatment of pleuritic effusion by paracentesis and incision in serous effusion, empyema, and pyopneumothorax. (*Lancet*, 25 mars.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Cole (L. G.). The X-ray in kidney disease. (*Med. News*, 11 mars.) — Les rayons X dans les affections du rein.

Marquès (H.). Psoriasis rebelle guéri par la radiothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 mars.)

Morton (W. J.). Radiotherapy and surgery, with a plea for preoperative radiations. (*Med. Record*, 25 mars.)

Pangratz (A.). Contribution à l'étude de l'emploi de la lumière en thérapeutique (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 5 mars.)

Pardo (R.). Dell' azione dei raggi di Röntgen sopra alcune affezioni oculari. (*Arch. di ottalmol.*, XII, 7-8.)

Tolwinski (G.). Promienie N i ich znaczenie fizyologiczne. (*Kronika lekarska*, 1er et 15 fév.) — Les rayons N et leur signification en physiologie.

Tousey (S.). Remarks on the results of X-ray treatment in several cases of carcinoma of the uterus. (*New York Med. Journ.*, 11 mars.)

Tracy (S. G.). High frequency, high potential currents, and X radiations in the treatment of epilepsy. (*New York Med. Journ.*, 4 mars.)

Williams (C. M.). X-ray treatment of cutaneous epithelioma. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

BACTÉRIOLOGIE

Fermi (C.). La diastasi saccarificante del bacillo della tubercolosi come nuovo carattere di parentela colla streptotrix. (*Riforma med.*, 21 janv.)

Planner (K. von) et **Potpeschnig** (K.). Experimentelle Untersuchungen über die Haftung des Diphtheriegiftes. (*Wien. med. Wochensch.*, 4 mars.) — Recherches expérimentales sur la fixation de la toxine diphtérique.

Tissier (H.). Répartition des microbes dans l'intestin du nourrisson. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

Weber (A.) et **Taute** (M.). Die Kaltblütertuberkulose. (*Tuberkulose-Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, 3.) — La tuberculose des animaux à sang froid.

Wherry (W. B.). Some observations on the biology of the cholera spirillum. In-8°, 34 p. avec fig. Manille.

Winne (C. K.). A report upon the agglutination reactions of the Bacillus dysenteriæ (Shiga) with the blood serum of patients suffering with summer diarrhœa. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, mars.) — Sur l'agglutination du bacille de la dysenterie par le sérum sanguin provenant de malades atteints de diarrhée estivale.

Woolley (P. G.). Bacillus violaceus Manilæ, a pathogenic micro-organism. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, mars.)

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Hôpital Pantélimon (de Bucarest). — M. le professeur G. Marinesco.

Tétanie d'origine parathyroïdienne.

La malade qui fera l'objet de notre leçon d'aujourd'hui est une jeune fille atteinte de tétanie, dont l'observation n'offrirait pas un intérêt particulier si l'on n'y relevait quelques phénomènes que l'on rencontre également et surtout dans la maladie de Basedow. Cette association de la tétanie et de troubles basedowiens me permettra d'attirer votre attention sur le rôle important qu'un petit organe glandulaire me paraît appelé à jouer dans la pathologie nerveuse : j'ai nommé la glande parathyroïde.

C'est un auteur suédois, Sandström, qui, en 1880, décrivit le premier, chez le chat, le cheval, le lapin et l'homme, des glandules qu'il appela *glandulæ parathyroideæ*. Son mémoire, d'une importance si considérable, avait cependant passé inaperçu, lorsque, en 1891, M. Gley fut frappé par la présence, chez le lapin, de deux glandules situées de part et d'autre du corps thyroïde, à un demi-centimètre environ au-dessous de chaque lobe et au-devant de la carotide; ces glandules n'étaient autres que celles de Sandström. Avec les travaux de M. Gley s'ouvrit une période nouvelle, féconde pour la science; aussi quelques physiologistes allemands ont-ils désigné, à juste titre, ces glandules sous le nom de glandules de Gley.

L'auteur français prouva tout d'abord ce fait important, que le lapin, qui se montre réfractaire aux accidents graves de la thyroïdectomie, présente de la tétanie si on lui enlève en même temps les glandules parathyroïdes; par contre, de même que la thyroïdectomie simple, l'ablation des glandules seules reste sans effet.

Les recherches et les expériences de M. Gley, puis de MM. Moussu, Kohn, Verdun, Cristiani, Vassale et Generali, Lusena, Jeandelize, Biedl, etc., etc., ont prouvé avec la dernière évidence que le corps thyroïde et les glandules parathyroïdes sont des organes tout à fait différents au point de vue anatomique, embryologique et physiologique, et, s'il existe des divergences d'opinion entre ces différents auteurs, elles ne portent que sur la manière dont la glande parathyroïde agit dans la production de la tétanie.

Or, l'histoire de notre malade nous permettra d'appliquer les données actuelles sur la physiologie des glandules parathyroïdes à l'étude clinique de la tétanie, et sera une preuve des bonnes relations qui doivent exister entre la clinique et la physiologie. Du reste, M. le professeur Brissaud a fait cette application il y a déjà longtemps par la distinction qu'il a essayé d'établir entre le myxœdème parathyroïdien et le myxœdème thyroïdien.

Voici tout d'abord l'observation clinique de cette patiente, telle qu'elle a été recueillie par M. Minea, l'interne du service.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, dont les antécédents héréditaires ne présentent pas de fait pathologique important. Elle n'a eu dans son enfance, en dehors d'une fièvre palustre à l'âge de dix ans, aucune maladie infectieuse. Menstruée, depuis sa quatorzième année, régulièrement et sans interruption, elle n'a pas eu de grossesse.

Au mois d'octobre de l'année dernière, cette jeune fille a ressenti une sensation de poids sur la poitrine, comme celle qu'aurait produite un corps lourd appliqué sur les différentes régions de la face antérieure du thorax. Une seule fois cette oppression s'est accompagnée de constriction de la gorge, avec sensation d'asphyxie. Au mois de novembre de la même année, la patiente a constaté que son cou commençait à grossir et que le col de son corsage devenait trop étroit. Le 26 décembre suivant, elle a pour la première fois une attaque de contracture des extrémités supérieures : les deux mains se fléchissent sur l'avant-bras; les articulations métacarpo-phalangiennes se mettent en flexion, surtout aux derniers doigts; le pouce, fléchi et en adduction, arrive en contact avec la face palmaire du médius et de l'annulaire étendus. Cet état de contracture dura depuis le matin jusqu'à midi, rendant impossible tout mouvement des mains. Les doigts, engourdis, étaient d'ailleurs le siège de sensations de fourmillements.

Après la cessation de la contracture, la malade put reprendre ses occupations, mais les accès revinrent ensuite presque tous les jours, se reproduisant sous la même forme et avec la même localisation; ils apparaissaient avec une égale intensité soit le matin, soit l'après-midi, et leur durée variait de un quart d'heure jusqu'à douze heures.

Le 10 avril de la présente année, notre malade eut une attaque de contracture plus intense. Cette fois, d'autres muscles prirent également part à la contracture : ce sont les orbiculaires des paupières et des lèvres, le sterno-cléido-mastoïdien du côté droit; de plus, l'orteil du pied droit se mit en flexion et en adduction.

Cette jeune fille prétend avoir beaucoup maigri depuis le commencement de sa maladie. Elle a été soumise à un traitement thyroïdien par un médecin de la ville, sans avoir observé aucune amélioration sensible dans la fréquence ni l'intensité de ses crises.

Le 27 avril dernier, pendant que j'examinais à nouveau la patiente, elle a devant moi un accès typique de contracture des extrémités. Les mains offrent l'attitude qu'il est classique de comparer à celle que l'accoucheur donne à ses doigts lorsqu'il veut les introduire dans le vagin. Cette crise a duré trois heures. Le lendemain, un nouvel accès se déclare, mais cette fois limité à la main gauche. Au total, la malade a eu cinq accès en cinq semaines, dont trois intéressant les deux mains et deux une seule main.

Comme vous pouvez le constater par vous-mêmes, cette jeune fille, bien constituée et de taille moyenne, ne présente pas de troubles trophiques du côté de la peau, des os, des cheveux ni des ongles. On ne remarque sur ses téguments d'éruption d'aucune sorte. Au niveau du cou, vous observez la tuméfaction du corps thyroïde, beaucoup plus accusée à droite qu'à gauche; le lobe moyen paraît aussi plus développé. Il n'y a pas de troubles de la motilité volontaire, mais il existe du tremblement, consistant en des oscillations petites, fréquentes et très accusées des doigts lorsque la malade tend les mains. Ce tremblement n'empêche pas celle-ci de faire divers travaux manuels.

L'excitabilité mécanique des nerfs et des muscles, connue sous le nom de signe de Chvostek, est très accusée : la percussion d'un point situé au-dessous de l'apophyse zygomatique provoque la contraction immédiate des lèvres; la percussion, même légère, du facial supérieur est suivie d'un véritable tétanos de l'orbiculaire des paupières. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'est pas limitée au domaine de la face, elle intéresse également d'autres territoires nerveux. C'est ainsi que la compression du nerf cubital donne lieu à une flexion manifeste des deux derniers doigts.

La malade, en outre, présente à un degré moins prononcé le signe de Hoffmann, c'est-à-dire qu'on réveille les spasmes en percutant les nerfs qui se distribuent à des territoires cutanés atteints de paresthésie. La compression des troncs nerveux, ou des vaisseaux qui les accompagnent, au niveau du bras, détermine également des accès de tétanie (signe de Trousseau).

Mais le symptôme qui surtout mérite d'attirer votre attention est celui d'Erb, à savoir l'augmentation de l'excitabilité électrique.

Vous savez qu'à l'état normal, un courant galvanique d'intensité faible produit au pôle négatif et à la fermeture une contraction légère. Avec un courant d'intensité moyenne, la contraction augmente, mais en même temps elle apparaît également au pôle positif, à la fermeture comme à l'ouverture. Enfin, avec un courant fort, on obtient, au pôle négatif, le tétanos lors de la fermeture du courant, et une contraction faible lors de l'ouverture.

Or, dans la tétanie, ainsi que Erb l'a démontré pour la première fois d'une façon rigoureuse, l'excitabilité électrique est toujours augmentée, et ce symptôme a une haute valeur diagnostique. C'est surtout l'hyperexcitabilité des nerfs moteurs au courant galvanique qui est le phénomène essentiel de la tétanie, et cela en dehors des accès. Voici du reste le résultat de l'examen de notre malade, tel qu'il a été pratiqué par M. Stéphanesco :

Au niveau du tronc du nerf facial, avec 1 ou 2 milliampères, la secousse de fermeture au pôle négatif est plus vive qu'au pôle positif. Il en est de même pour le facial moyen avec 1 milliampère; si le courant atteint 2 milliampères, la contraction de fermeture au pôle négatif est plus marquée que celle d'ouverture au pôle positif. Pour le facial supérieur et inférieur, avec 1 milliampère, la secousse de fermeture est plus considérable au pôle négatif que la secousse d'ouverture au pôle positif; avec 2 milliampères, la fermeture du courant négatif détermine de la tétanisation.

Au niveau du nerf cubital, du médian, du radial, du sciatique poplité externe, la contraction de fermeture est plus prononcée — avec 2 ou 3 milliampères — au pôle négatif qu'au pôle positif. Si l'on prolonge l'excitation de ces différents troncs nerveux, on produit respectivement, outre de violentes douleurs : pour le cubital, une véritable griffe cubitale; pour le médian, la flexion progressive de l'avant-bras; pour le radial, l'extension maxima de l'avant-bras sur le bras; pour le sciatique poplité externe, la flexion dorsale du pied, avec relèvement du bord externe.

La même hyperexcitabilité galvanique se constate du côté des fléchisseurs et des extenseurs de l'avant-bras, car, en employant un courant d'une intensité de 4 milliampères, on obtient le tétanos pendant le passage du courant.

L'excitation faradique des nerfs périphériques sus-mentionnés, à l'aide de l'appareil Gaiffe-Tripier, fait apparaître le tétanos entre 50 et 75 divisions.

Il résulte donc de cet examen que nous avons affaire à une hyperexcitabilité galvanique des nerfs et des muscles, et que les nerfs sont également plus excitables au courant faradique qu'à l'état normal.

Je note expressément que la malade n'offre pas de stigmates d'hystérie, que les sensibilités générale et spéciales sont intactes chez elle, qu'elle n'a pas de rétrécissement du champ visuel et que la vision des couleurs est normale. Il est vrai que nous trouvons de l'hyperesthésie à la compression des régions dites ovariennes, mais cela ne saurait nous suffire pour affirmer que nous sommes en face d'un cas d'hystérie. Les urines sont en quantité normale, et le rapport de leurs éléments constitutifs n'est pas changé; elles ne renferment ni sucre ni albumine.

Tel est le fait; reste à l'interpréter.

Et, tout d'abord, quelle est la cause qui réalise les accès de contracture intermittente chez notre malade? Avant de répondre à cette question, nous devons passer en revue les conditions étiologiques qui président à l'éclosion de la tétanie. Elles sont multiples. On a décrit en effet la tétanie : 1° sous forme épidémique, surtout chez les ouvriers; 2° au cours des affections gastro-intestinales; 3° dans les maladies infectieuses; 4° dans les intoxications; 5° chez les femmes enceintes, les accouchées

et les nourrices; 6° après l'extirpation du goitre et en cas d'absence du corps thyroïde; enfin, 7° comme complication d'autres maladies nerveuses.

La tétanie des ouvriers, dite encore idiopathique, épidémique, endémique, attaque de préférence le sexe masculin dans certaines saisons, particularité constatée également par quelques auteurs français pour la tétanie infantile. L'hystérie peut aussi réaliser des épidémies de tétanie, comme il résulte de celle qui eut lieu jadis à Gentilly, dans un pensionnat de jeunes filles : il suffit de fermer l'école pour voir cesser immédiatement tous les accidents, et Jules Simon n'eut pas de peine à démontrer qu'il fallait l'attribuer avant tout à la contagion nerveuse. M. von Frankl-Hochwart a constaté que la tétanie des ouvriers atteint son maximum de fréquence au mois de mars et diminue considérablement en juin.

Ce qui est curieux, dans cette tétanie épidémique des ouvriers, ce n'est pas seulement le fait qu'elle ne frappe que les hommes, mais encore c'est qu'elle s'attaque surtout à certaines professions et à certaines villes. Les cordonniers y sont sujets en première ligne — d'où le nom de « maladie des cordonniers » —, puis les tailleurs. D'autre part, Vienne et Heidelberg seraient les villes d'Europe qui en fourniraient le plus fort contingent; l'affection est beaucoup plus rare en France, en Angleterre, en Russie, pays auxquels je puis ajouter la Roumanie.

Je n'aurai pas grand'chose à vous dire de la tétanie dans les maladies du tube digestif. Au cours d'un travail bien connu, Kussmaul a attiré l'attention sur les crampes toniques observées au cours de la dilatation gastrique grave. De nombreux cas ont été publiés depuis lors, mais la cause véritable de cette tétanie gastrique est fort discutable : la condition étiologique essentielle résiderait dans le rétrécissement du pylore.

Quant à la tétanie qui apparaît au cours des maladies infectieuses, elle ne semble pas être fréquente, quoique, d'après les recherches de MM. Roger et Garnier, le corps thyroïde y soit souvent altéré.

Si j'ai passé rapidement sur ces diverses variétés de tétanie, c'est pour pouvoir plus longuement insister sur la tétanie des femmes enceintes, des accouchées et des nourrices, qui, pour nous, a un intérêt tout particulier; et ici, fait important, les données fournies par la clinique et l'expérimentation se superposent et se confirment mutuellement.

Les premières observations de ce genre ont été publiées par Steinheim et Dance. Trousseau, de son côté, avait cru tout d'abord que la tétanie était spéciale aux nourrices, au point qu'il l'avait appelée « contracture rhumatismale des nourrices ». Mais l'illustre clinicien français ne tarda pas à reconnaître que l'allaitement n'est pas la seule condition du développement de cette maladie et que la menstruation, l'état puerpéral, la grossesse jouent également un certain rôle à cet égard. Pour sa part, M. von Frankl-Hochwart, sur 50 cas, a noté 15 femmes enceintes, 9 accouchées et 26 nourrices.

Voici ce que nous savons sur l'étiologie de cette forme de tétanie :

M. Lange a montré, en 1899, que la gestation entraîne une hypertrophie fonctionnelle du corps thyroïde, apparaissant au sixième mois de la grossesse chez les primipares, vers le cinquième mois chez les multipares, et qui régresse, puis disparaît au cours de la puerpéralité, pour se manifester de nouveau à l'occasion des grossesses subséquentes, s'il en survient. Mais ce qui est plus important et ce qui nous éclaire sur le rôle de cette hypertrophie fonctionnelle gravidique, c'est que le même auteur a soumis 10 femmes enceintes, qui en étaient atteintes, à l'ingestion de petites doses de préparations thyroïdiennes, et qu'il a constaté alors que le corps thyroïde reprenait son volume normal et finissait par échapper à la palpation, après onze à quatorze jours de traitement.

On peut donc en conclure que cette hypertrophie fonctionnelle gravidique est salutaire pour l'organisme, car M. Lange a observé que presque toutes les femmes chez lesquelles elle fait défaut ont des urines non seulement albumineuses, mais encore contenant des cylindres. En plus, quelques-unes de ces femmes présentent des crises éclamptiques, qui peuvent se répéter à l'occasion de grossesses successives.

Dans le même ordre d'idées, M. Jeandelize a publié l'histoire clinique d'une myxœdémateuse qui, devenue enceinte, fut prise, au moment du travail, de phénomènes éclamptiques.

Je puis rapprocher des faits de M. Lange un cas de M. Georges Abt, qui a eu l'occasion d'observer une femme dont le corps thyroïde s'hypertrophiait à chaque grossesse pour subir après l'accouchement une régresssion partielle de volume. Lors de sa dixième grossesse, cette femme eut une crise d'éclampsie qualifiée; pendant ses onzième et douzième grossesses, elle présenta des symptômes nerveux, crampes et crises de tétanie, qui disparurent à la suite d'un traitement thyroïdien.

Ainsi donc, il est bien établi que normalement le corps thyroïde offre, au cours de la grossesse, une certaine hypertrophie dont l'absence peut entraîner des désordres sérieux. La pathologie humaine nous fournit à cet égard des données très instructives. Voici par exemple une observation de M. Meinert : il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, chez laquelle, à la deuxième grossesse, apparaît un goitre avec accès de suffocation. On extirpe la moitié droite de la tumeur, mais, trois jours après, la malade présente des accès de tétanie qui du reste disparaissent bientôt; son enfant eut des convulsions au quatrième mois et succomba à l'âge de neuf mois. Cette femme redevient enceinte et, au neuvième mois de sa nouvelle grossesse, elle a des attaques de tétanie plus violentes; on fait l'accouchement prématuré, les accès diminuent d'intensité et de nombre, pour céder après un long traitement par les préparations thyroïdiennes.

Comme je vous le disais tantôt, c'est Trousseau qui a montré l'action que l'allaitement exerce sur les manifestations de la tétanie. Celle-ci constitue un accident assez fréquent chez les nourrices. Delpech rapporte l'histoire d'une femme de quarante-cinq ans qui eut dix enfants et chez laquelle on observait des accès de tétanie à l'occasion de l'allaitement. Il paraît même que ces accidents tétaniques des nourrices ont un caractère épidémique, phénomène déjà entrevu par Delpech et dont la réalité a été confirmée par M. von Frankl-Hochwart. Ce dernier auteur a prouvé, en outre, que la tétanie maternelle ou des nourrices est très fréquente au mois de mars et descend à zéro au mois de novembre.

Voyons ce qu'à présent nous enseignent les expériences tentées sur les animaux. Tout d'abord, MM. Verstraeten et Vanderlinden ont pratiqué au mois de juin 1892 l'ablation des deux glandes thyroïdes chez une chatte. En 1895, cette chatte devient pleine et lorsque débutent les premiers signes de la parturition, elle a de fréquents accès de convulsions généralisées qui ne cèdent qu'à l'injection sous la peau de suc thyroïdien de mouton. Il ne semble pas y avoir de doute que, dans ce cas, c'est la mise-bas qui a provoqué les troubles convulsifs. Les auteurs comparent ces derniers à l'éclampsie et admettent que certains faits d'éclampsie chez la femme doivent être rapprochés des convulsions constatées chez cette chatte. Du reste, MM. Verstraeten et Vanderlinden ne font que confirmer et élargir certaines recherches antérieures de M. Lange.

De son côté, M. Vassale a produit des faits expérimentaux qui démontrent que les accidents convulsifs dont il est ici question devraient être plutôt rapportés à l'insuffisance des glandules parathyroïdes qui sont enlevées en même temps que la glande thyroïde. Cet auteur a déterminé la tétanie chez une chienne pleine par l'extirpation partielle des glandules parathyroïdes : après l'ablation des trois parathyroïdes, la tétanie est passagère, mais pendant trois gestations consécutives il survient des accidents graves de tétanie qui disparaissent sous l'influence des préparations thyroïdiennes.

Comme vous le voyez, les faits cliniques et expérimentaux concordent donc pour prouver d'une manière incontestable que la gestation influence d'une façon défavorable l'insuffisance thyroïdienne et parathyroïdienne. De plus, les recherches de laboratoire montrent que la tétanie et l'éclampsie doivent être rapportées à l'insuffisance parathyroïdienne. Toujours, l'expérimentation prouve l'influence de l'allaitement sur l'apparition de la tétanie et nous permet d'en comprendre le mécanisme chez les nourrices.

C'est ici le moment de rappeler une expérience bien démonstrative de M. Vassale : une chienne partiellement parathyroïdectomisée, après avoir présenté quelques phénomènes transitoires et légers, met bas à deux reprises différentes, postérieurement à l'opération. La première fois, elle a avant terme deux petits qui ne survivent pas; après une nouvelle gestation, elle a huit petits dont un mort-né; elle allaite les autres, et, à la suite de cet allaitement forcé, des accidents graves, semblables à ceux qui suivent la parathyroïdectomie, éclatent; ce n'est qu'en soustrayant progressivement les petits à leur mère, et en soumettant celle-ci au traitement thyroïdien, que l'auteur arriva à faire cesser ces accidents. Il est donc probable que les glandules restantes à la suite de l'opération, qui pouvaient suffire aux besoins ordinaires de l'organisme, étaient insuffisantes à assurer le travail supplémentaire que leur imposait l'allaitement.

Du reste, un autre auteur italien, M. Drago, croit que les glandules parathyroïdiennes interviennent dans la production du lait. Il semble même que les nourrissons puissent se ressentir de l'insuffisance thyro-parathyroïdienne de leur nourrice. En effet, M. Bezy a relaté l'observation de femmes atteintes de maladie de Basedow ou de goitre simple, dont les nourrissons eurent de la tétanie.

Tout récemment, M. Vassale a employé la substance active extraite des glandules parathyroïdes de bœuf contre l'éclampsie gravidique. Le succès fut tel que l'auteur est disposé à attribuer à l'opothérapie parathyroïdienne une action spécifique contre l'éclampsie, analogue à celle de l'opothérapie thyroïdienne dans le myxœdème. Se basant sur ses recherches expérimentales et cliniques, M. Vassale admet que l'éclampsie gravidique ou puerpérale est l'expression de l'insuffisance parathyroïdienne et non de l'insuffisance thyroïdienne, laquelle se manifeste par les symptômes du myxœdème ou du crétinisme expérimental, sans trace de phénomènes convulsifs.

C'est à dessein que je me suis longuement étendu sur la tétanie que l'on peut constater chez les femmes gravides, chez les femmes en couches et chez les nourrices. La richesse et la précision des documents cliniques et expérimentaux dans ce domaine nous permettent, en effet, de saisir le mécanisme de la tétanie et les relations qui existent entre les différents troubles d'ordre convulsif au cours de la gestation, de l'accouchement et de l'allaitement.

La tétanie consécutive à l'ablation du corps thyroïde chez l'homme ou survenant après l'atrophie de cet organe a été le point de départ d'une série de recherches d'une haute importance. Les premiers faits de cet ordre sont dus

à M. N. Weiss, qui les a recueillis dans le service de Billroth. Par la suite, les observations se sont multipliées rapidement et des chirurgiens éminents, comme Albert, von Mikulicz, Gussenbauer, MM. Kocher, Reverdin, von Eiselsberg, etc., ont décrit des cas de tétanie grave consécutive à l'ablation du corps thyroïde.

Dans la plupart de ces faits, il s'agissait de l'ablation complète de la glande thyroïde. Néanmoins, MM. Szuma et von Eiselsberg ont publié des observations de tétanie où l'on avait laissé, suivant la recommandation de M. Kocher, un fragment de glande thyroïde en place. Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'observer 3 cas de tétanie grave chez des malades opérés par mon collègue, M. le professeur Jonesco.

Il semble prouvé, à l'heure qu'il est, que, pour éviter l'apparition de la tétanie, il ne suffit pas de laisser au malade une portion du corps thyroïde, mais qu'il faut, en outre, ne pas enlever toutes les glandules parathyroïdes.

J'arrive enfin à la coexistence de la tétanie avec d'autres affections du système nerveux. L'hystérie, l'épilepsie, la maladie de Basedow, etc., etc., peuvent s'associer à la tétanie. C'est ainsi que M. Raymond a publié des cas d'hystérie et de tétanie observés sur le même sujet, MM. Steinlechner, Joffroy, Fraisseix, Dupré et Guillain, des cas de coexistence de la maladie de Basedow et de la tétanie. Cette dernière association serait très rare, d'après M. Möbius: « la tétanie, dit cet auteur, n'est presque jamais notée dans le goitre exophtalmique »; il me semble cependant que cette affirmation est quelque peu exagérée, et probablement les cas se multiplieront-ils une fois que l'attention se sera fixée sur ce sujet.

Maintenant que nous connaissons les facteurs qui interviennent dans la genèse de la tétanie, il est naturel de nous demander quelle est la cause qui a produit cet épisode clinique chez notre malade. Nous avons vu que celle-ci, en dehors des accès de tétanie classique, offre encore quelques phénomènes de la série basedowienne : elle a un goitre consistant dans l'hypertrophie du corps thyroïde et particulièrement du lobe droit, de la tachycardie et le tremblement si bien décrit par M. Marie. Il lui manque l'exophtalmie et les autres phénomènes qui en dépendent.

Sommes-nous en droit de conclure que nous sommes en face d'un cas de maladie de Basedow classique? Evidemment non; nous avons affaire plutôt à un goitre exophtalmique fruste, ou bien à un syndrome basedowien. Comme les recherches expérimentales que je vous ai citées plus haut ont démontré de la manière la plus éclatante que la tétanie, ce trouble moteur, est sous la dépendance des altérations fonctionnelles de la glande parathyroïde et non pas du corps thyroïde, nous sommes obligés d'admettre qu'en dehors de la lésion visible de ce dernier, il y a tout au moins, chez elle, une perversion fonctionnelle de la glande parathyroïde. Il est du reste impossible, à moins d'établir des hypothèses inutiles, d'aller plus loin et de chercher à déterminer la modification anatomique qui réalise dans ce cas l'insuffisance parathyroïdienne, ainsi que la cause première qui l'a produite.

Il est fort probable que les glandules parathyroïdes interviennent dans la genèse de la plupart des catégories de tétanie que j'ai successivement passées en revue au cours de cette leçon. Les maladies infectieuses, les intoxications doivent faire ressentir leur action sur les glandules parathyroïdes comme sur les autres glandes de l'organisme. Ce sont également les troubles fonctionnels parathyroïdiens qui pourraient nous expliquer l'association de la tétanie à l'ostéomalacie et au rachitisme, étant donnée l'importance du corps thyroïde dans l'ostéogenèse.

Le rôle de l'hystérie dans la production de la tétanie a été évidemment quelque peu exagéré. Du reste, il paraît très probable que la tétanie, ou plutôt la pseudo-tétanie hystérique, ne simule pas d'une façon absolue la tétanie parathyroïdienne, car des auteurs compétents affirment que le signe de Erb fait défaut dans la première.

En l'état actuel de nos connaissances, nous ignorons presque complètement le substratum anatomo-pathologique de la tétanie. Et, tout d'abord, la question se pose, de savoir si la tétanie parathyroïdienne possède un substratum anatomo-pathologique, ou bien si nous avons affaire à une névrose, c'est-à-dire à un état pathologique sans lésions appréciables par nos moyens d'investigation. Sans doute, il existe actuellement une tendance à rétrécir le cadre des affections *sine materia* et, en dehors de l'hystérie, la névrose par excellence, nous ne savons pas si l'épilepsie, la paralysie agitante, la maladie de Basedow ne relèvent pas de modifications matérielles biochimiques des cellules nerveuses.

Pour ce qui est de la tétanie, différents auteurs ont décrit des lésions dans l'écorce cérébrale, dans les cellules radiculaires de la moelle, dans les racines antérieures et même dans les nerfs périphériques. Malheureusement, nous ignorons complètement la valeur de ces lésions; aussi, je crois inutile d'insister plus longuement sur leur nature. Toutefois, on ne peut pas se défendre d'admettre une certaine analogie entre l'aspect clinique de la tétanie et celui du tétanos, et, par conséquent, de penser que le siège de production des phénomènes qui caractérisent ces deux affections doit se trouver dans l'axe spinal : c'est-à-dire que, dans l'une et l'autre, le poison — microbien ou autogène — agirait sur les cellules radiculaires de la corne antérieure en les mettant en état d'hyperexcitabilité. La manière dont apparaissent les accès de tétanie dans le domaine du cubital et leur mode de propagation à d'autres territoires nerveux viendraient à l'appui de cette hypothèse.

Nous admettons donc, comme cause immédiate de la tétanie dans le cas actuel, la perturbation de la fonction des glandes parathyroïdes. Aussi, le mode de traitement paraît-il s'imposer de lui-même : il faudrait utiliser la substance active extraite des parathyroïdes de bœuf, suivant la recommandation de M. Vassale, ou même de celles de chien, lesquelles sont très actives, ainsi que M. Gley a bien voulu me le communiquer.

Malheureusement, il n'est pas facile de se procurer ces organes : chez les herbivores, ils sont situés à une certaine distance de la glande thyroïde, et, d'autre part, pour employer les glandules parathyroïdes de chien, il faudrait avoir beaucoup de ces animaux à sa disposition. De plus, cette difficulté mise à part, je dois ajouter que les recherches expérimentales ne sont pas très encourageantes à ce point de vue. En effet, M. Biedl affirme que l'administration de suc de glandes fraîches, soit sous forme d'injection, soit par ingestion, chez les animaux ayant subi l'extirpation des glandes parathyroïdes, ne produit qu'une amélioration passagère de la tétanie. Par contre, l'administration de fortes doses de corps thyroïde (26 à 30 lobes de corps thyroïde de porc) serait suivie d'une amélioration surprenante de la tétanie expérimentale.

Ces observations en apparence paradoxales nous donnent à penser qu'il pourrait bien exister, entre la glande thyroïde et les glandules parathyroïdes, une corrélation physiologique, malgré le dualisme fonctionnel de ces organes et malgré leur structure différente. Il convient cependant de tenir compte que, dans un cas de tétanie à forme classique, chez une fillette âgée de deux ans et demi, l'opothérapie parathyroïdienne a donné à M. Vassale un très beau succès.

J'avais déjà commencé, chez notre malade, le traitement par la glande parathyroïde de bœuf, lorsque j'ai eu connaissance de cette dernière observation. Sous l'influence de l'opothérapie parathyroïdienne, les accès tétaniques se sont espacés, mais, avant de pouvoir attribuer cet effet favorable à la médication, il faut attendre, car nous avions obtenu le même résultat par l'hydrothérapie et le traitement médical banal (1).

Quoi qu'il en soit, la connaissance des fonctions des glandules parathyroïdes ouvre de nouveaux horizons à la pathologie nerveuse : il est probable que non seulement ces petits organes interviennent dans la production des désordres moteurs de la tétanie, mais encore qu'ils pourront nous donner la clef de certains accès d'épilepsie ou d'éclampsie, ainsi que de différents accidents spasmodiques relevant de leur insuffisance.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Sur la signification du « Bacillus coli » dans les eaux potables, par M. H. Vincent.

Après avoir été considérée pendant longtemps comme une preuve irrécusable de contamination par les matières fécales ou les substances organiques en décomposition, la présence du colibacille dans les eaux destinées à l'alimentation paraît avoir perdu toute signification, certains n'hésitant pas à voir dans ce microbe un saprophyte banal que l'on peut déceler dans toutes les eaux. Or, c'est entre ces deux opinions extrêmes que se trouverait la vérité, d'après l'auteur.

En effet, M. Vincent a pu s'assurer qu'un assez grand nombre d'eaux de source, bien captées et échappant par ailleurs à toute contamination, sont absolument indemnes de bacille du côlon; et il serait inexact de soutenir, avec Duclaux, que les eaux sont l'habitat naturel de ce germe : bien loin qu'il en soit ainsi, le colibacille, ensemencé dans de l'eau distillée et stérilisée, disparaît au bout de six jours environ. C'est donc dans le sol, et surtout dans l'intestin de l'homme ou des animaux, qu'il faut chercher l'origine de la contamination des eaux par ce microorganisme, dont la présence ne saurait dès lors être regardée comme sans intérêt au point de vue de la santé publique.

Mais, à cet égard, ce qui importe, c'est moins la présence même du *Bacillus coli* dans l'eau que son abondance; et, pour M. Vincent, toute la question se résume en ces deux propositions : 1° les *eaux souillées* renferment le colibacille en proportion élevée; 2° lorsque ce microbe existe dans les *eaux pures*, on ne l'y trouve qu'en très minime quantité. L'examen d'une eau potable au point de vue du bacille du côlon doit donc comprendre non seulement la recherche de ce germe, mais aussi et surtout sa numération; d'après les analyses de l'auteur, une eau donnant de 10 à 50 colonies colibacillaires par centimètre cube doit être considérée comme profondément souillée; de 1 à 10, comme mauvaise ou très mauvaise; s'il faut ensemencer 1 litre d'eau pour obtenir de 100 à 1,000 colonies, cette eau sera tenue pour sus-

(1) Depuis l'institution du traitement parathyroïdien, il s'est écoulé vingt-trois jours sans que la malade ait eu aucun accès de tétanie. Un fait plus important encore, c'est que la plupart des phénomènes objectifs de cette affection ont disparu. En effet, la patiente ne présente plus les signes de Trousseau, de Chvostek ni de Hoffmann. Même l'excitabilité galvanique des nerfs a diminué considérablement : à l'intensité de 1 ou 2 milliampères, les différentes branches du facial ne réagissent plus; il faut employer un courant de 3, 4 ou 5 milliampères pour observer une contraction plus forte, au pôle négatif et à la fermeture du courant, et une plus faible à l'ouverture. On ne peut plus produire le tétanos, même avec un courant très intense (8 milliampères), tandis qu'avant le traitement, on pouvait le déterminer avec un courant de 2 milliampères dans le domaine du facial supérieur. Je crois que nous avons là la meilleure preuve de l'influence favorable exercée par l'opothérapie parathyroïdienne.

pecte; elle sera passable ou médiocre si elle renferme de 50 à 100 colibacilles par litre, assez bonne ou bonne si elle n'en contient que de 10 à 50.

Enfin, à côté de la constatation et de la numération du *Bacillus coli*, M. Vincent accorde une valeur toute particulière à la recherche de certains autres microorganismes qui sont comme les satellites de celui-ci; parmi eux figurent en première ligne les microbes de la putréfaction et surtout les anaérobies stricts, trop souvent négligés; ces derniers, en effet, extrêmement rares dans les eaux pures, s'élèvent aux nombres de 5, 10, voire 50 par centimètre cube dans les eaux soumises aux infiltrations de matières fécales, de purin, de fumier, de substances organiques en décomposition, etc., et c'est là une donnée qui permettra bien souvent de rejeter pour l'alimentation des eaux que l'on aurait cru passables, à s'en tenir aux méthodes classiques d'examen bactériologique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril 1905.) — F. F.

Pleurésie purulente métapneumonique gauche; empyème; phlegmon de la paroi consécutif; guérison, par M. L. Cadet.

Il n'est pas rare, après l'opération de l'empyème, de voir se produire dans la paroi thoracique de petits abcès collectés qu'il suffit d'inciser pour obtenir rapidement la guérison; il ne semble pas, par contre, qu'on ait observé souvent — si même on a jamais observé — de phlegmon étendu, comme dans le fait relaté par M. Cadet.

Un homme de vingt-six ans, de bonne santé habituelle, entre dans le service de M. Devic, à Lyon, pour une pleurésie purulente; la ponction exploratrice fournit un pus crémeux, bien lié, sans odeur. La pleurotomie est décidée : on fait, dans un espace intercostal, une incision de 8 centimètres de longueur, puis la paroi est incisée couche par couche, jusqu'à la plèvre que l'on ponctionne au bistouri; 1 litre environ de pus de bon aspect s'écoule; on draine et panse à plat, sans faire de lavage de la plaie.

Le jour même de l'opération, le malade a un grand frisson; le soir sa température monte à 40°; le surlendemain, on constate que les lèvres de l'incision sont très épaisses, la paroi est infiltrée en bas jusqu'à la crête iliaque, en haut jusqu'au voisinage de l'omoplate. Un débridement crucial montre que l'infiltration siège dans le tissu cellulaire profond, au-dessous des muscles; il n'y a pas de pus, mais les mailles du tissu cellulaire sont distendues; il s'agit d'un phlegmon de la paroi. On promène aussitôt le thermocautère dans les tissus infiltrés, les jours suivants on fait des contre-ouvertures, le tout sans grand succès, car l'infiltration progresse et l'état général s'altère de plus en plus. Cependant, le dixième jour, la température tombe brusquement, comme s'il s'agissait d'une crise; la plaie commence à se déterger et l'état général à se remonter; dès lors, l'élimination des tissus mortifiés continua pendant environ trois semaines, et la guérison — tant de la pleurésie que du phlegmon — eut lieu sans nouvel incident.

Il est difficile de donner les raisons de cette complication insolite de la thoracotomie. D'une part, il ne s'agissait pas de germes à virulence exaltée, l'évolution favorable de l'affection l'a prouvé; d'autre part, l'opération avait été correctement pratiquée, sans défaut de parallélisme entre les incisions cutanée et profonde, circonstance qui a parfois été incriminée comme susceptible de favoriser l'infection de la paroi. (*Lyon méd.*, 9 avril 1905.) — F. F.

Curieux effet de caléfaction : un cas de brûlure de l'œil, par M. A. Lafolie.

Un quartier-maître charpentier était occupé à marteler un burin incandescent, quand cet instrument dérapa et vint le frapper à l'œil gauche; le blessé éprouva une vive douleur et cessa aussitôt d'y voir du côté atteint. Examiné peu après, on constate chez lui des brûlures des paupières; en outre, les quatre cinquièmes supérieurs du globe oculaire sont recouverts d'une pellicule opaque, gris bleuté, semblant adhérente, et qui n'épargne qu'une mince bande cornéenne inférieure, mesurant 1 millimètre environ de hauteur. Croyant à une brûlure grave de la cornée, l'auteur se met en devoir de faire la toilette antiseptique de la région, quand, saisissant avec une pince une parcelle à reflet métallique située dans la pellicule qui recouvre la cornée, il a la surprise de voir cette pellicule se détacher avec la plus grande facilité en trois ou quatre fragments, sous forme d'une lamelle métallique extrêment mince, et de trouver au-dessous la cornée absolument intacte. Naturellement le blessé recouvra aussitôt la vue.

Voici comment M. Lafolie interprète ce fait singulier : autour du fer porté au rouge vif — comme l'était le burin que martelait cet homme —, il se forme une mince croûtelle de mâchefer; c'est celle-ci qui s'est détachée au moment de l'accident et s'est appliquée sur la cornée. Mais elle n'a pu brûler cette membrane par suite du phénomène de la caléfaction : on sait que de l'eau et un métal incandescent ne peuvent venir en contact l'un de l'autre, et que l'évaporation, en pareille circonstance, se fait avec une extrême lenteur, ce qui a laissé subsister entre la cornée et la pellicule incandescente une couche protectrice de liquide. Si l'agent vulnérant, au lieu d'être incandescent, n'avait été porté qu'au rouge sombre, il n'est pas douteux qu'il se serait au contraire produit une brûlure cornéenne grave, car, en présence du fer simplement rouge, l'eau bout et s'évapore d'une façon presque instantanée. (*Arch. de méd. navale*, mars 1905.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Des infections secondaires dans la tuberculose, par M. K. Thue.

Toutes les fois qu'un tuberculeux présente une fièvre plus ou moins élevée et irrégulière, on parle volontiers d'infection mixte; on va même quelquefois jusqu'à diagnostiquer l'espèce microbienne surajoutée, d'après la forme qu'affecte la courbe thermique. Dans le présent travail, M. Thue s'efforce de démontrer qu'il y a là une exagération manifeste.

Sur 207 tuberculeux dont il a tout d'abord étudié les crachats au point de vue bactériologique, 61 présentaient une infection mixte et 146 une infection pure par le bacille de Koch. Or, au point de vue de la température, les premiers offrirent une fièvre irrégulière dans 66 % des cas; élevée, d'apparence plus ou moins hectique, mais régulière, dans 24 %; légère dans 10 %. Chez les seconds, ces proportions étaient respectivement 40 %, 26 % et 34 %.

Ces faits indiquent bien que les fièvres irrégulières se rencontrent de préférence dans les infections mixtes, mais il faut tenir compte du mélange accidentel des microbes occupant la bouche et les fosses nasales. On obtient des résultats beaucoup plus sûrs par les autopsies : sur 129 cas où l'on entreprit *post mortem* l'examen bactériologique des cavernes, on trouva une infection mixte dans 60 cas et une infection purement tuberculeuse dans 69 cas. Au point de vue de la température, les malades du premier groupe se partageaient ainsi : la fièvre avait été irrégulière dans 55 % des cas, régulière mais élevée dans 30 %, légère dans 15 %. Pour les tuberculoses pures, on trouvait dans les mêmes conditions 43.5 %, 37.5 % et 19 %. Comme on le voit, ces dernières données montrent entre les deux séries un écart bien faible; il est vrai que les poussées fébriles irrégulières ou élevées se rencontrent en plus grand nombre au cas d'infection mixte, mais la différence est si peu considérable qu'en clinique on s'exposerait à de grossières erreurs si l'on voulait diagnostiquer des associations bactériennes sur la seule inspection de la courbe de température.

D'autre part, des recherches bactériologiques entreprises, lors des autopsies, sur le sang du cœur ne révélèrent que 23 infections mixtes sur 122 examens. Quelques autopsies ayant été fort tardives, il est même possible que certains des résultats positifs soient attribuables à des migrations microbiennes *post mortem*. Il est cependant juste de reconnaître que la plupart des malades présentant ces infections sanguines avaient eu une température irrégulière. Quant aux cultures faites avec du sang frais recueilli pendant la vie chez 16 tuberculeux, elles donnèrent toutes, sauf une, des résultats négatifs.

Au cours des études dont nous venons de résumer les résultats, M. Thue a pu se convaincre de la fréquence relative de l'endocardite chez les phtisiques, puisque, sur 160 autopsies, cette affection existait 11 fois. Les lésions consistaient en petites excroissances, du volume de grains de chanvre, voire même de têtes d'épingles, mais atteignant quelquefois pourtant les dimensions d'un pois. Elles semblaient toutes d'origine récente. L'examen bactériologique de ces excroissances ne fut fait que dans 5 cas : 2 fois on trouva des pneumocoques à l'état de pureté, 2 fois des pneumocoques associés à des bacilles tuberculeux; 1 fois l'examen fut négatif. Ces 5 malades avaient présenté des courbes thermiques rappelant en général le type pyémique; chez un d'eux, cependant, la température n'avait dépassé 38° qu'une seule fois.

De ces recherches résulte donc la conclusion que le bacille tuberculeux peut, à lui seul, créer toutes les modalités fébriles possibles. Quant à l'infection sanguine par d'autres espèces microbiennes, elle semble être tardive et précéder la mort de fort peu. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVII, 4.) — R. de B.

La radiographie de la trachée, en particulier dans le goitre, par M. C. Pfeiffer.

L'auteur, s'appuyant sur 100 examens de trachées saines ou de trachées « goitreuses », cherche à démontrer que la radiographie est susceptible de fournir, plus simplement, de meilleurs résultats que toute espèce d'exploration directe et même que la trachéoscopie; elle permet, non seulement de se renseigner sur la forme et les déviations du tube trachéal, mais aussi sur le volume du goitre, lors de goitre, et particulièrement sur l'existence et le développement des lobes rétro-sternaux ou intra-thoraciques.

Naturellement, pareille étude radiographique exige des précautions spéciales et une certaine préparation; la trachée, remplie d'air, apparaît en clair, et l'épreuve ne se lit bien que sur la plaque négative; elle perd beaucoup en netteté, à la reproduction, et, d'ailleurs, les photographies annexées au mémoire de M. Pfeiffer en témoignent. Toujours est-il que, même lorsqu'elle était enveloppée d'un goitre considérable, la trachée s'est constamment montrée reconnaissable, et cela sur toute sa longueur, jusqu'à la portion originelle des bronches. Il y a donc là un procédé nouveau pour l'étude de la trachée vivante, dont la forme et les dimensions varient notablement, comme l'ont prouvé des recherches nombreuses; mais il y a surtout un moyen excellent et pratique, d'après l'auteur, de préciser d'avance, lors de goitre, le mode de déformation trachéale, et la hauteur du point le plus aplati ou le plus coudé — autrement dit, de celui sur lequel doit surtout porter l'action chirurgicale — et du segment de goitre qu'il faut, de toute nécessité, enlever.

Quant aux tumeurs thyroïdiennes rétro-sternales ou intrathoraciques, on détermine nettement, par la radiographie, leurs dimensions, résultat d'autant plus précieux qu'elles échappent à toute palpation. Et M. Pfeiffer donne, entre autres, l'exemple très caractéristique que voici : un garçon de dix-huit ans est apporté à la clinique de Tubingue, en proie à une dyspnée intense, de cause inconnue, mais dont les caractères révèlent un obstacle au passage de l'air dans les voies respiratoires supérieures : on fait la trachéotomie. Les accidents ne cessent pas; or, l'examen du cou, fort gêné, d'ailleurs, par la contracture des muscles sous-hyoïdiens, ne permet de rien sentir qui ressemble à une hypertrophie thyroïdienne. Par la radiographie, on reconnaît la présence d'une volumineuse masse goitreuse, rétro-sternale, qui refoule fortement à gauche la trachée ; une canule suffisamment longue est substituée à la première, et le calme respiratoire reparaît. A

quelque temps de là, on extirpait ce goitre profond.

On sait quelle est la fréquence réelle de ces goitres thoraciques, et que, le plus souvent, on ne peut faire, à leur endroit, qu'un diagnostic de probabilité. Avec la radiographie, on obtient une certitude et aussi des notions utiles sur leur situation et leur étendue, et le programme opératoire en devient beaucoup plus précis et plus raisonné. La méthode vaut donc d'être étudiée de près. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 3.) — L.

Cancer de l'ovaire et formations d'aspect chorio-épithéliomateux, par M. F. Michel.

L'observation relatée dans le présent travail est un curieux exemple des métaplasies qu'un néoplasme est susceptible de subir et des difficultés d'interprétation qui en peuvent résulter.

Une jeune fille de seize ans avait été opérée pour une volumineuse tumeur de l'ovaire gauche qui s'accompagnait déjà d'une métastase sur la face postérieure de l'utérus, de sorte qu'on avait dû faire en même temps l'ablation de cet organe et celle des annexes droites. Deux ans et demi plus tard, cette jeune fille revenait avec une récidive inopérable et ne tardait pas à succomber; à l'autopsie, on trouvait un gros néoplasme de l'abdomen, ainsi que des métastases dans les reins et le foie.

La tumeur abdominale était formée de nodules se présentant sous deux aspects principaux. Les uns, blanchâtres, offraient une structure alvéolaire et d'aspect carcinomateux : les cellules, juxtaposées sans substance intermédiaire, étaient polyédriques, claires, à contours nets, avec un noyau rond, fortement coloré et de nombreuses figures caryocinétiques. Les seconds, rougeâtres, étaient surtout formés par des épanchements sanguins et fibrineux dus à la présence et à la rupture de nombreux vaisseaux. Autour de ceux-ci, dont elles avaient remplacé la paroi, on trouvait des cellules analogues aux précédentes; mais aux points où ces cellules baignaient dans l'épanchement sanguin, leurs contours avaient perdu leur netteté, leur protoplasma s'était fusionné d'une cellule à l'autre : ainsi avaient pris naissance de larges rubans protoplasmiques entourant par place les vaisseaux ou de petits foyers contenant des leucocytes et des débris cellulaires.

Dans les métastases du foie et des reins, on constatait des coupes d'aspect analogue à celles qui viennent d'être décrites, avec cette différence que les grosses cellules polynucléaires rappelaient encore plus exactement les cellules du syncytium, les cellules polyédriques ressemblant non moins fidèlement à celles de la couche de Langhans.

La tumeur primitive, qui put être retrouvée, présentait cependant les caractères usuels du cancer de l'ovaire.

Chez cette jeune malade, il s'était donc formé une récidive dont la structure évoquait absolument l'idée du chorio-épithéliome, constatation d'autant plus singulière qu'il ne pouvait être question chez elle de grossesse. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 avril 1905.) — R. DE B.

De la prévention des hémorrhagies graves de la délivrance, par M. F. Ahlfeld.

Si l'expression du placenta par la méthode de Crédé a l'avantage d'épargner le temps de l'accoucheur, elle a l'inconvénient grave d'exposer la parturiente à des hémorrhagies ou à la rétention de débris placentaires, quand on y a recours trop prématurément. Dans certaines circonstances, cependant, M. Ahlfeld pense qu'elle peut être employée pour prévenir ou arrêter des hémorrhagies graves.

En effet, il est des cas où l'on voit le placenta décollé être retenu dans l'utérus, soit parce que l'orifice se resserre, soit parce qu'il se déplace. Cette rétention est d'autant plus facile que le placenta est plus volumineux, circonstance qui survient de préférence quand l'enfant est gros. Derrière le placenta ainsi retenu le sang s'accumule donc et la distension utérine qui en résulte est cause de nouvelles hémorrhagies en empêchant la matrice de se contracter. Cette complication est d'ailleurs cliniquement reconnaissable : le cordon, au lieu de continuer à descendre, remonte du côté de la cavité utérine; son ascension est due à celle de l'utérus lui-même qui, distendu et devenu plus volumineux, remonte vers le grand bassin.

Par conséquent, toutes les fois qu'on aura affaire à un gros enfant, que la délivrance tardera et que le cordon remontera, il faudra recourir à la méthode de Crédé qui, en évacuant rapidement l'utérus, préviendra la distension par le sang de la délivrance et l'inertie consécutive. Mais comme il est difficile de se rendre compte des déplacements du cordon, on fera un nœud sur lui aussitôt après la naissance, au ras de la vulve, après l'avoir convenablement étiré. Si le nœud disparait dans le vagin on aura la preuve que le cordon rétrograde, ce qui constitue une indication pour intervenir par la délivrance artificielle. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 1.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Quelques remarques sur le diagnostic physique : l'auscultation transmanuelle et la palpation cubitale, par M. D. Riesman.

Il est parfois très malaisé de déterminer le temps qu'occupe un souffle dans la révolution cardiaque, surtout lorsqu'il s'agit d'un souffle localisé à la région de la pointe; les traités classiques conseillent, en pareille occurrence, d'ausculter le cœur en plaçant en même temps les doigts sur l'artère carotide : les souffles synchrones au pouls carotidien se rapportent au premier temps, tous les autres étant soit diastoliques, soit présystoliques. Malheureusement, il n'est pas toujours possible de fixer l'artère carotide assez exactement pour que le moyen en question puisse être utilisé d'une manière sûre. Quant au pouls radial, il ne saurait guère servir de terme de comparaison, vu qu'il retarde sur la systole cardiaque. Lorsque le choc de la pointe est plus ou moins diffus, on peut, il est vrai, tout en pratiquant l'auscultation avec le stéthoscope, chercher à préciser le moment de la systole en plaçant la main sur la région précordiale. Mais, tout comme le premier moyen, cette manœuvre éparpille en quelque sorte l'attention de l'observateur, alors que, pour déterminer le caractère systolique ou présystolique d'un souffle, il faut souvent une très grande application d'esprit.

Or, d'après l'expérience de M. Riesman, il serait facile de remédier à cet état de choses en auscultant à travers la main posée sur la région du cœur. Grâce à ce procédé, qui nécessite l'emploi d'un stéthoscope bi-auriculaire, la palpation et l'auscultation sont pratiquées non seulement d'une manière simultanée, mais encore au même endroit. Cette « auscultation transmanuelle » permettrait de différencier nettement les souffles présystoliques d'avec les souffles systoliques, ce qui est de la plus grande importance dans les affections mitrales : le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche (souffle présystolique) comporte, on le sait, de tout autres indications thérapeutiques que l'insuffisance mitrale (souffle systolique); c'est ainsi que, dans certains cas de sténose mitrale, la digitale est non seulement inutile, mais même nuisible.

Il va de soi que l'auscultation transmanuelle du cœur implique, comme condition préalable, l'existence d'un choc cardiaque parfaitement perceptible.

D'autre part, sous le nom de *palpation cubitale*, l'auteur décrit un procédé d'examen physique, qui, pour avoir déjà été employé par un certain nombre de cliniciens, n'en est pas moins encore fort peu connu. Ce procédé consiste à rechercher les vibrations thoraciques, en appliquant non pas toute la main à plat, comme on le fait d'habitude, mais simplement son bord cubital, que l'on pose successivement dans chaque espace intercostal, tout en engageant le patient à compter à haute voix. On serait de la sorte à même de mieux percevoir des différences peu sensibles entre des régions voisines du thorax. Ce mode de palpation serait particulièrement utile dans les cas d'épanchement pleurétique, où il faciliterait la localisation de la limite supérieure de l'exsudat. Employé surtout pour le côté antérieur de la poitrine, le procédé en question peut cependant être utilisé même en arrière. (*Amer. Medicine*, 22 avril 1905.) — L. CH.

La prostatectomie périnéale conservatrice, par M. H. H. Young.

L'auteur expose, dans ce mémoire, la technique de la prostatectomie avec conservation de l'urèthre, et les résultats que lui a fournis cette intervention dans 75 cas.

Au point de vue du manuel opératoire, M. Young fait, en avant de l'anus, une incision en V dont la pointe regarde le bulbe de l'urèthre. Après avoir divisé les tissus sous-cutanés, on met à nu la prostate en opérant avec le doigt ou des instruments mousses; il n'y a lieu de recourir au bistouri que pour sectionner le tendon central des muscles du périnée ou pour diviser les fibres médianes plus résistantes allant du rectum à la prostate; ce dernier temps est le plus important, car c'est lui qui met à l'abri des blessures du rectum, que ces fibres attirent en avant sous la prostate. Par une boutonnière pratiquée sur l'urèthre, on introduit alors dans la vessie un tracteur, instrument qui, une fois en place et ouvert, prend la forme d'un T dont les branches (fenêtrées) appuient sur le bas-fond vésical et refoulent la prostate vers la plaie périnéale. De chaque côté de l'urèthre, on fait ensuite deux incisions parallèles et profondes de 10 à 15 millimètres, après quoi on opère isolément au doigt l'énucléation des deux moitiés latérales de la prostate. Les branches du tracteur, qui sont perçues à travers la paroi vésicale, empêchent de déchirer cette dernière. S'il existe un lobe médian formant tumeur, on peut accrocher sa surface vésicale avec les branches du tracteur et le refouler, par exemple, vers l'incision prostatique gauche, par où on l'énuclée. Si l'on n'y parvenait pas, il suffirait de retirer le tracteur et de glisser à sa place l'index gauche qui agirait comme tantôt. Par l'urèthre dilaté on peut également extraire les calculs, s'il en existe. L'opération ainsi conduite laisse donc intacts l'urèthre membraneux et les canaux éjaculateurs.

L'opération achevée, on glisse dans la vessie, par l'urèthre, deux tubes à drainage et on fait de larges irrigations vésicales, que l'on continue les jours suivants. Le reste de la plaie est tamponné. Les tubes sont enlevés le second jour et le malade est levé le plus tôt possible. La fistule se ferme en général au bout d'une quinzaine; dans 6 cas (sur 75) elle persista plus longtemps, mais 4 de ces patients guérirent après qu'on eut dérivé les urines par une cystotomie sus-pubienne.

M. Young n'a perdu que 4 de ses opérés : par pneumonie, urémie, pyélonéphrite ou embolie, c'est-à-dire qu'aucun n'a succombé à l'intervention elle-même. Les résultats fonctionnels furent très satisfaisants, puisque, sauf dans 2 cas, la quantité d'urine résiduelle ne dépassait pas 30 c.c., et que, sur 31 opérés interrogés à ce point de vue et possédant avant l'opération des capacités sexuelles, 9 seulement étaient devenus impuissants. Un autre avantage de cette intervention, c'est qu'elle met à l'abri de l'épididymite, qui est certainement due, dans le procédé ordinaire, à la béance des canaux éjaculateurs au milieu de la plaie anfractueuse et suppurante de la prostatectomie. (*Ann. of Surgery*, avril 1905.) — R. DE B.

Grossesse chez une jeune fille de treize ans, non encore réglée, par M. A. W. Addinsell.

Sans y être aussi fréquente que dans les pays tropicaux, la maternité précoce n'en a pas moins été maintes fois signalée en Europe, comme il est facile de s'en rendre compte d'après le relevé des faits de ce genre, publié ici même (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 59 et 119). Le cas relaté par M. Addinsell présente cette particularité qu'il a trait à une grossesse survenue chez une jeune fille non encore réglée.

Agée de treize ans, cette jeune fille fut amenée par sa mère au London Temperance Hospital pour des douleurs abdominales avec léger écoulement hémorrhagique du vagin. Les seins de la patiente étaient bien développés et contenaient du lait. Les poils du mont de Vénus étaient très peu abondants. Il existait une tumeur abdominale, et, comme le toucher vaginal était excessivement douloureux, on procéda à l'anesthésie et on fut alors à même de constater une procidence d'un bras et du cordon, celui-ci n'étant, d'ailleurs, pas animé de pulsations. Après avoir pratiqué la version, on put extraire un fœtus de sept mois, bien développé et qui ne donnait aucun signe de vie. La convalescence de la jeune mère se fit sans encombre.

Or, interrogée avec beaucoup de soin et à plusieurs reprises tant par le personnel médical que par la sœur du service, cette jeune fille — qui fréquentait une école et avait, du reste, complètement ignoré sa situation intéressante — déclara n'avoir jamais été réglée, et le témoignage de sa mère s'accordait parfaitement avec ses affirmations.

Il serait, toutefois, erroné de croire que l'observation publiée par M. Addinsell fût absolument unique en son genre : dans le cas de maternité précoce, signalé par M. Masure et qui se rapporte à une jeune fille âgée de treize ans et huit mois (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 119), la conception eut lieu également avant l'apparition du flux menstruel.

Ces faits semblent militer en faveur de la théorie qui considère l'ovulation et la menstruation comme complètement indépendantes l'une de l'autre. (*Lancet*, 25 mars 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS ESPAGNOLES

Ophtalmoplégie sensitivo-motrice urémique, par M. J. DE LEÓN.

Le fait relaté par M. de León concerne un type d'ophtalmoplégie assez spécial tant au point de vue clinique que pathogénique, et qu'il est intéressant de connaître, en raison du traitement dont il est justiciable.

Une femme de cinquante-cinq ans, de bonne santé habituelle, mais un peu nerveuse par hérédité, avait eu quelques mois auparavant des douleurs lombaires assez vives et qui avaient été suivies de céphalalgies frontales, et, depuis trois ou quatre semaines, elle accusait de la diplopie verticale. On constatait à ce moment, chez elle, une ophtalmoplégie; un peu plus tard apparut une dilatation considérable de la pupille. Quand elle vint consulter l'auteur, elle offrait du ptosis de la paupière supérieure, une paralysie complète de tous les muscles de l'œil et du myosis spasmodique. Le fond de l'œil était pourtant normal. Il existait, en outre, une anesthésie complète au toucher, à la douleur et à la chaleur dans la moitié droite du nez, la cornée, la conjonctive, la paupière supérieure droite et la région fronto-pariétale droite jusqu'à la suture lambdoïde; autour de cette zone, c'est-à-dire au niveau de la tempe et de la paupière inférieure droites, on notait un peu d'hypoesthésie. La malade éprouvait enfin des douleurs à forme névralgique dans la région fronto-pariétale.

Bien qu'elle ne présentât aucun indice de syphilis, cette patiente fut cependant soumise au traitement spécifique, en raison de la ressemblance de sa paralysie avec celle du type Rochon-Duvigneaud. Son état ne tarda pas à s'améliorer, mais, le traitement ayant été continué par la malade elle-même, à domicile, il survint des symptômes d'intoxication qui l'obligèrent à venir se représenter à M. de León. Ses urines, qu'on avait jusqu'alors négligé d'analyser, renfermaient 5 grammes d'albumine par litre. Cette dernière constatation fit songer que tous les troubles observés pouvaient bien être dus à une néphrite et, effectivement, après l'institution du régime lacté, il se produisit une nouvelle amélioration de l'ophtalmoplégie.

Pour expliquer les divers symptômes relevés chez cette femme, on peut supposer qu'un exsudat méningé dû à l'albuminurie avait amené la compression des nerfs moteurs oculaires à leur passage à travers la fente sphénoïdale. Quant au myosis spasmodique faisant suite à la mydriase, il est d'une interprétation moins facile; il faut peut-être tenir compte de l'hérédité nerveuse de la malade, ce qui la prédisposait aux spasmes, et de la tendance générale des contractures à remplacer les paralysies, en pathologie nerveuse. (*Rev. méd. del Uruguay*, février 1905.) — R. DE B.

Le prurit dans la scarlatine, par M. L. MORQUIO.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la présence ou la fréquence du prurit dans la scarlatine. D'après M. Morquio, ces divergences s'expliquent sans doute par des différences épidémiologiques, car, au cours d'une épidémie récente, il a constaté ce symptôme chez tous ou presque tous les malades; et ce sont les observations qu'il a pu faire à cette occasion qui sont consignées dans le présent travail.

Le prurit scarlatineux apparaît un peu avant l'éruption et persiste d'ordinaire jusqu'à ce que celle-ci soit complète. Il est généralisé ou partiel; c'est habituellement sur le dos et la poitrine qu'il se fait le plus vivement sentir, mais il peut encore exister sur la face externe des bras ou sur la face antérieure des membres inférieurs. Quelques patients même ne le ressentent qu'aux mains et aux pieds, notamment dans les sillons interdigitaux.

Comme intensité, il peut présenter toutes les variations : dans les cas graves, les petits malades vont jusqu'à s'écorcher. Il offre généralement des rémissions; parfois cependant il dure tout le jour et ne disparaît qu'avec le sommeil. Après la chute de la fièvre, on le voit quelquefois persister, ce qui indique qu'il est indépendant de ce symptôme. Il paraît également sans relation avec la transpiration, vu que l'épidémie en question sévit en hiver, époque peu favorable à la diaphorèse. Toutefois, la sudation provoquée par les bains ou les enveloppements chauds semble le réveiller. Il paraît être plus intense chez les enfants sujets à des efflorescences cutanées; par contre, durant cette épidémie, M. Morquio n'observa que très rarement des éruptions miliaires. Enfin, le prurit, quoi qu'on en ait dit, se rencontre aussi bien dans les cas graves ou mortels que dans les cas légers.

Au point de vue pathogénique, ce symptôme serait peut-être à mettre sur le même pied que l'urticaire scarlatineuse, qui apparaît à la même date et se rencontre, elle aussi, avec une fréquence inégale suivant les épidémies. (*Rev. méd. del Uruguay*, février 1905.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La déchloruration contre l'ulcère de jambe.

Partant de cette considération que l'œdème joue un rôle capital dans la pathogénie de l'ulcère de jambe, M. le docteur P. Olivier a eu l'idée de traiter cette affection par la déchloruration, méthode thérapeutique dont l'efficacité contre les œdèmes phlébitiques semble établie par une série de travaux récents (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 247 et 1905, p. 91).

Les recherches que notre confrère a instituées sur ce sujet, à l'instigation de M. le docteur P. Ravaut, dans le service de M. le docteur P. Thibierge, médecin des hôpitaux de Paris, recherches dont il fait connaître les résultats dans sa thèse inaugurale, ont porté sur 5 femmes, dont les fonctions rénales étaient normales ou sensiblement normales, et qui n'offraient aucun signe de néphrite chronique. Le régime alimentaire, choisi aussi pauvre que possible en chlorure de sodium (il renfermait seulement 1 gramme ou 1 gr. 50 centigr. de sel par jour), amena en une semaine un équilibre chloré tel, que les malades rejetaient autant de chlorures qu'elles en ingéraient.

Sous l'influence de cette déchloruration, l'œdème du membre atteint disparut du sixième au dixième jour. En ce qui concerne les ulcères, la plaie se cicatrisa en dix-huit jours dans un cas, en seize dans un autre; chez la troisième patiente, il ne persistait plus qu'un petit point ulcéré lorsqu'on cessa le régime au bout de deux semaines; dans le quatrième fait, la déchloruration n'amena qu'une réduction de moitié des dimensions de l'ulcère; enfin, dans la dernière observation, la guérison complète fut obtenue, mais elle demanda près de deux mois.

Traitement de la pustule maligne par des applications locales d'une solution saturée de sublimé.

D'après l'expérience d'un médecin espagnol, M. le docteur J. Gonzalez Castro (de Guijo de Santa Bárbara), on obtiendrait contre la pustule maligne d'excellents résultats thérapeutiques en ayant recours à un procédé imaginé par un autre médecin espagnol, M. le docteur V. P. de Sande (de Perales). Voici comment il conviendrait de procéder :

Sur la pustule maligne, on dépose une goutte d'une solution de 1 gramme de sublimé corrosif dans 25 grammes d'eau distillée, et on laisse sécher; on recommence de même quatre ou cinq fois de suite, en ayant soin d'attendre que la goutte qu'on vient de déposer soit complètement desséchée avant d'en laisser tomber une nouvelle. Le plus souvent, les accidents disparaîtraient entièrement en douze à vingt-quatre heures. Au bout de ce laps de temps, on peut, si on le juge utile, recommencer le même traitement, mais il est rare que ce soit nécessaire.

Depuis que M. Castro a recours à ce moyen thérapeutique, il n'aurait eu qu'à s'en féliciter, tous les cas de pustule maligne qu'il a eu l'occasion d'observer ayant guéri rapidement et sans aucune complication, même lorsqu'il s'agissait de formes très graves. C'est ainsi que, tout récemment encore, notre confrère a obtenu un succès rapide chez un malade présentant sur le bras huit pustules qu'il s'était inoculées en dépeçant une vache charbonneuse.

La compresse de flanelle pour la chloroformisation.

Estimant que les principaux inconvénients inhérents à l'emploi d'une compresse pour l'administration du chloroforme tiennent à ce que l'on se sert habituellement dans ce but d'une compresse en toile pliée en plusieurs doubles, imperméable par conséquent aussi bien aux vapeurs anesthésiques qu'à l'oxygène de l'air, M. le docteur J. Vanverts, chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lille, donne la préférence à une compresse *perméable*, constituée par une seule épaisseur de flanelle. Celle-ci, appliquée sur le visage de façon à ne recouvrir que le nez et la bouche, reste en place pendant toute la durée de l'anesthésie, contrairement à la compresse en toile, que l'on est obligé, vu son imperméabilité, de retourner à tout instant.

Le chloroforme étant versé goutte à goutte sur la face externe de la compresse, chaque inspiration entraîne de l'air atmosphérique, qui se charge de vapeurs chloroformiques en traversant la flanelle. En faisant varier la rapidité avec laquelle on verse l'anesthésique, il est donc possible d'administrer au malade un mélange d'air et de chloroforme d'un titre sinon connu, du moins suffisamment constant et assez facile à régler.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juin 1905.

La dysplasie périostale.

M. Durante lit un travail dans lequel il attire l'attention sur une variété de micromélie congénitale, la *dysplasie périostale*, qui peut être facilement confondue avec l'achondroplasie et le rachitisme, récemment étudiés par l'orateur (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 213).

Les enfants atteints de cette affection ont des membres courts et boudinés comme ceux des achondroplasiques, mais leur face est normale, tandis que la voûte crânienne, mal ossifiée, est papyracée. Les os des membres, au lieu d'être ramollis comme dans le rachitisme, sont friables, fragiles et se cassent facilement, d'où la grande fréquence des fractures anciennes ou récentes (parfois plus de 100 chez le même sujet), entraînant des déformations diverses. Les côtes et les clavicules sont également atteintes.

Au point de vue histologique, l'ossification cartilagineuse est normale, mais il y a raréfaction du tissu compact des diaphyses, qui est aminci ou remplacé par un tissu très spongieux, ce qui explique la fragilité des os. Il ne s'agit pas d'une aplasie, d'un défaut de formation osseuse, puisque les fractures se réparent aisément, mais d'une dysplasie par résorption excessive des lames osseuses résultant d'une activité exagérée des ostéoclastes.

On peut rapprocher de la dysplasie périostale la *fragilité constitutionnelle des os*, qui en constituerait une forme fruste, ainsi que la *dysostose cléido-crânienne* de M. P. Marie (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 236 et 1903, p. 79), qui en serait une variété localisée.

Les trois principales catégories de micromèles ont des caractères assez tranchés pour permettre le diagnostic de l'affection causale. L'achondroplasique se reconnaît à ses os solides, rectilignes ou à coudures brusques juxta-épiphysaires, à l'atrophie de la face, au volume exagéré de la voûte crânienne bien ossifiée. Le rachitique a une face normale; ses os flexibles se fracturent rarement, mais présentent des incurvations à grand rayon. Dans la dysplasie périostale, la voûte crânienne est papyracée; les clavicules, les côtes, les os longs sont mal ossifiés, très fragiles, et présentent, en général, des fractures multiples.

En ce qui concerne la pathogénie de ces trois affections, l'orateur fait observer que, dans l'achondroplasie, l'ossification périostale est normale; il s'agit d'une sclérose destructive du cartilage de conjugaison par action directe d'un agent toxi-infectieux. Le rachitisme, caractérisé par la persistance de l'état cartilagineux des travées directrices, est un trouble fonctionnel par défaut, mais passager, des ostéoblastes. Quant à la dysplasie, elle respecte le cartilage et intéresse exclusivement l'os périostal: caractérisée par une résorption exagérée de l'os compact, elle représente un trouble fonctionnel par excès, et généralement définitif, des ostéoclastes. Identique aux ostéoporoses que l'on voit succéder aux affections du système nerveux, cette affection en représente en quelque sorte la forme congénitale et héréditaire et, sous ce rapport, elle apparaît comme un trouble trophique simple qui peut être rapproché des myopathies primitives.

A un point de vue général, on peut donc opposer, dans le groupe des dystrophies osseuses, la dysplasie périostale à l'achondroplasie, comme, dans les myopathies, les amyotrophies aux myosites scléreuses.

Ces 3 dystrophies osseuses congénitales, dont le seul symptôme commun est la micromélie, sont moins des entités morbides que des syndromes. Mais, possédant des caractères propres au triple point de vue symptomatique, anatomique et pathogénique, elles ont la valeur d'entités cliniques dont le diagnostic est d'autant plus nécessaire que le pronostic et le traitement ne sont pas les mêmes pour chacune d'elles.

De la nutrition chez les tuberculeux.

M. Pouchet lit, à l'occasion d'un travail de M. Laufer (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 364), un rapport duquel il résulte qu'avant de prescrire des huiles ou des graisses sous diverses formes aux tuberculeux, il est indispensable de tenir compte de la teneur en substances grasses de leurs aliments, et cela sous peine de voir ces huiles et ces graisses être non seulement inutilisées, mais encore nuisibles aux malades.

L'orateur rappelle, en terminant, qu'aucune médication ne saurait donner de bons résultats chez les tuberculeux si la nutrition n'est pas avant tout judicieusement et rationnellement établie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 juin 1905.

Traitement des luxations récidivantes de l'épaule.

M. Legueu. — J'ai eu l'occasion de pratiquer une capsulorraphie, dans un cas de luxation récidivante de l'épaule, chez un épileptique. Pour faire des sutures profondes durables, je me suis servi de fils non résorbables, à savoir de crins de Florence, matériel que j'emploie habituellement pour cet usage. Cette opération a été pratiquée au mois de février; deux mois après, au cours d'une crise, le malade s'est de nouveau luxé l'épaule.

Je dois ajouter que, dans cette intervention, j'ai ouvert la capsule, ce qui m'a permis de constater l'existence du décollement périostique signalé en pareil cas au niveau du bord antérieur de la cavité glénoïde.

M. Broca. — Je crois que c'est précisément l'existence de ce décollement qui explique la récidive de la luxation après la capsulorraphie.

M. Delorme. — J'ai réalisé une prothèse efficace, dans un cas de luxation récidivante de l'épaule, en adaptant à une ceinture thoracique une sorte de bretelle munie d'une plaque en tissu caoutchouté s'appliquant sur la région deltoïdienne, de façon à limiter l'abduction du membre supérieur. Je crois devoir citer ce moyen pour remédier aux cas dans lesquels les opérations chirurgicales ont échoué.

M. Nélaton. — Je suis moi-même exposé à la luxation récidivante de l'épaule et j'ai employé avantageusement un moyen très simple, qui consiste à limiter l'abduction du bras par la confection même de la manche du vêtement, disposée de telle façon qu'on ne puisse écarter le bras du tronc.

M. Routier. — J'ai conseillé ce moyen à un malade atteint de luxation récidivante de l'épaule, et, tant qu'il y a eu recours, la luxation ne s'est pas reproduite.

Sur la conservation des ovaires et de l'utérus dans les opérations pour annexites.

M. Legueu. — Dès 1894, je me suis préoccupé de chercher à conserver l'utérus et les ovaires, ou au moins un des ovaires, dans le traitement des salpingites — méthode sur laquelle M. Tuffier attirait notre attention dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 284)— , et, depuis cette époque, j'ai exécuté 17 fois cette intervention conservatrice. Sur mes 17 opérées, j'ai pu en retrouver 10. Toutes ont conservé leur menstruation, et leur santé générale s'en est ressentie très favorablement. Malheureusement, je dois dire que, au point de vue local, le résultat n'a pas été aussi satisfaisant. J'ai dû déjà réopérer 2 de ces malades, je vais intervenir à nouveau chez une troisième, et les autres, sauf 2, souffrent encore, bien que le toucher n'indique chez elles aucune lésion appréciable. En résumé, la méthode conservatrice ne me paraît pas donner de bons résultats dans la majorité des cas.

M. Routier. — Au début de ma pratique chirurgicale, j'ai pratiqué, moi aussi, des ablations unilatérales d'annexes, mais, devant les mauvais effets trop souvent constatés à la suite de ces opérations conservatrices, j'ai changé ma manière de faire et, actuellement, lorsque j'interviens pour une salpingite suppurée, je pratique le plus souvent la castration complète, en enlevant à la fois l'utérus et les annexes.

M. Lucas-Championnière. — J'ai eu, comme tous les chirurgiens, des déboires à la suite des opérations conservatrices dirigées contre les salpingites, et, malgré cela, je continue à penser qu'il faut, chaque fois que cela est possible, conserver les ovaires, ou au moins l'un des ovaires.

Des hygromas de la bourse bicipitale.

M. Rieffel. — J'ai eu l'occasion d'observer, chez un charretier, un hématome de la bourse bicipitale, développé à la suite d'un effort; cet hématome formait au pli du coude, au niveau de l'insertion radiale du tendon du biceps, une tuméfaction profonde, régulièrement circonscrite, mais pour laquelle un diagnostic précis ne put être fait qu'au cours de l'intervention.

Je crois que l'on n'a guère attiré l'attention des chirurgiens sur les affections de cette bourse séreuse, qui sont peu connues et peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic. M. Riche m'a de son côté communiqué un cas de lésion inflammatoire chronique de la bourse bicipitale, qui peut être rapproché de celui dont il vient d'être question, et qui consistait en un hygroma fibro-lipomateux de nature probablement tuberculeuse.

M. Mignon. — J'ai opéré, chez un jeune soldat, un hygroma à grains riziformes développé dans la bourse bicipitale.

M. Ricard. — J'ai soigné récemment un confrère qui, à la suite d'un traumatisme du coude, présentait une paralysie de la branche profonde du nerf radial, déterminée, au niveau du passage de ce nerf dans le court supinateur, par une tuméfaction mollasse, au sujet de laquelle on pouvait songer soit à un lipome, soit à un sarcome. Soumise à un traitement radiothérapique, la tumeur a disparu au bout de quelques séances, et je me demande actuellement s'il ne s'agissait pas d'un hygroma de la bourse bicipitale.

Résection de l'anse iléo-cæcale.

M. Chaput. — Je dois vous présenter un rapport sur 2 observations de résection iléo-cæcale, qui nous ont été communiquées par M. Souligoux. Dans la première il s'agissait d'un cancer de l'intestin grêle, invaginé dans le cæcum; le résultat a été excellent, et le malade, qui est opéré depuis trois ans, est actuellement sans récidive. Le second fait a trait à des lésions de tuberculose, chez une jeune fille de quinze ans, qui a parfaitement guéri.

Dans les 2 cas, notre confrère a pratiqué l'écrasement des deux bouts de l'anse iléo-cæcale avant de les fermer par un double surjet, pour faire ensuite une anastomose latérale; en ce qui me concerne, je crois que cet écrasement de l'intestin ne présente que des inconvénients.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 juin 1905.

L'eczéma et l'hypochlorhydrie.

M. Marchoux relate les observations de plusieurs malades atteints d'eczéma chronique rebelle, qui ont été guéris par l'usage interne de l'acide chlorhydrique (4 ou 5 gouttes à la fin des repas dans un verre d'eau).

D'après l'orateur, l'eczéma est une affection d'origine microbienne, provenant des fermentations qui se produisent dans l'estomac, à la faveur d'une diminution du taux de l'acidité des sucs digestifs.

La cause de cette hypochlorhydrie, fréquente surtout dans les pays chauds, serait due à l'abondance des sécrétions sudorales qui privent l'organisme d'une grande quantité de chlorures et d'eau. L'ingestion de liquides en excès, par suite de la soif ardente qui accompagne ces phénomènes, contribuerait aussi à diluer les sucs digestifs et à diminuer leur acidité.

On conçoit que la réunion de ces diverses conditions soit particulièrement favorable à la pullulation des microbes stomacaux dont les toxines envahissent tout l'organisme et provoquent, en s'éliminant par la peau, les éruptions diverses connues sous le nom d'eczémas.

En ayant recours, en pareil cas, à la médication acide, on modifie avantageusement à la fois les troubles gastriques et les affections cutanées qui en sont la conséquence.

M. Le Gendre fait remarquer qu'avant de traiter un sujet atteint d'eczéma par l'acide chlorhydrique, on doit au préalable s'assurer du type de son chimisme gastrique. Il est possible que les eczémateux qu'on observe dans les pays chauds soient plus souvent hypo qu'hyperpeptiques, mais il est bien certain qu'en Europe c'est l'inverse qui est la règle. Or, il est évident que les malades hyperpeptiques ne doivent pas être traités par l'acide chlorhydrique.

M. Vincent croit également que les eczémateux sont beaucoup plus souvent hyper qu'hypopeptiques. Il suffit du reste de prescrire à ces malades hyperpeptiques un régime déchloruré ou achloruré (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 14 et 28), pour améliorer ou faire disparaître leurs accidents cutanés.

Syphilis osseuse multiple nécrosante avec amyotrophie et cachexie.

M. Bernard communique, en son nom et au nom de MM. Lortat-Jacob et Salomon, l'observation d'un malade devenu complètement impotent à la suite de fractures multiples spontanées, accompagnées d'arthropathies douloureuses et d'atrophie des masses musculaires. Cet homme ne tarda pas à succomber dans le marasme; à l'autopsie, on constata que ses fractures et ses lésions articulaires étaient dues à la présence de gommes osseuses. Le foie, la rate et le rein étaient également le siège de lésions scléreuses ou scléro-gommeuses.

En présence de la multiplicité des foyers de localisation de cette syphilis, l'orateur incline à croire qu'il s'agissait plutôt d'une syphilis héréditaire tardive que d'une syphilis osseuse acquise.

Du régime déchloruré dans la scarlatine.

M. Dopter déclare, à propos de la communication faite dans une précédente séance par M. Dufour, sur le régime alimentaire des scarlatineux (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 272), que l'emploi du régime déchloruré, institué au début de la période d'apyrexie, au cours d'une épidémie de scarlatine où les cas d'albuminurie et de néphrite secondaires étaient relativement fréquents, lui a paru prévenir l'apparition de ces complications.

M. Dufour croit qu'il n'y a aucun inconvénient à prescrire un régime carné, fût-il chloruré, aux scarlatineux qui ne sont pas albuminuriques; même dans le cas d'albuminurie, il semble bien prouvé que le régime carné n'est pas nuisible s'il est déchloruré.

M. Widal dit que c'est une erreur de croire que le régime lacté met sûrement à l'abri des complications de la scarlatine, les albumines du lait n'étant pas d'une innocuité absolue. Il estime, en outre, que les viandes noires sont moins nocives pour les scarlatineux que les viandes blanches, celles-ci s'altérant beaucoup plus facilement que les premières.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 juin 1905.

La teneur du sérum sanguin en bilirubine dans les ictères chroniques simples.

MM. Gilbert et **Lereboullet**. — Nous avons déterminé, dans 12 cas d'ictère chronique simple, la proportion de bilirubine contenue dans le sérum sanguin.

Il résulte de nos recherches que la cholémie est, dans ces cas, notablement plus élevée que dans ceux de cholémie familiale associée ou non à la lithiase biliaire (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 284): le taux de la bilirubine varie, en effet, de $^1/_{3650}$ à $^1/_{9250}$, et le chiffre moyen est de $^1/_{6700}$; il y a donc en moyenne près de 0 gr. 15 centigr. de bilirubine par litre de sérum, ou 0 gr. 45 centigr. dans la masse du sang, soit environ deux fois et demie plus que lors de cholémie familiale.

Ces données vérifient l'observation clinique, qui établit que les ictères chroniques simples représentent des types de transition entre la cholémie familiale et les cirrhoses biliaires. D'ailleurs, la cholémie peut, ici comme dans la cholémie familiale, varier chez un même sujet suivant le moment de l'examen, et notamment à la suite du traitement; cependant, elle reste toujours assez élevée.

Le diagnostic de l'hyperchlorhydrie rapide.

M. Meunier. — Chez 4 malades, le seul examen du chimisme stomacal m'a permis de porter le diagnostic d'hyperchlorhydrie rapide.

Chez ces sujets, en effet, la sécrétion stomacale, au lieu d'être plus abondante au moment où l'on fait le tubage, c'est-à-dire une heure après le repas d'épreuve, atteint très vite son maximum, au bout d'une demi-heure par exemple, puis va décroissant, de telle sorte qu'au moment du tubage l'acide chlorhydrique et les éléments chlorés sont au-dessous de la normale.

Le diagnostic d'hyperchlorhydrie rapide, qu'on fait en clinique, mais malaisément, en tubant le malade de quart d'heure en quart d'heure, peut facilement être établi par la recherche quantitative de l'amidon digéré (dosage des matières sucrées ou amylacées solubles au moyen de la liqueur de Fehling), lequel existe toujours en faible quantité chez les malades atteints d'hyperchlorhydrie rapide, tandis qu'il se trouve en grande quantité chez les autres hyperchlorhydriques.

Syphilis congénitale et spirochète pâle.

MM. Levaditi, Nobécourt et **Darré**. — Chez un nourrisson hérédo-syphilitique, nous avons constaté la présence de nombreux spirochètes au niveau des lésions cutanées (bulles de pemphigus), mais il nous a été impossible, malgré des recherches minutieuses, de déceler l'existence de ces parasites dans les divers viscères (foie, poumon, rein, rate, moelle osseuse). Il n'existait d'ailleurs aucune lésion syphilitique de ces organes, qui pour la plupart étaient remplis de streptocoques.

Passage du virus vaccinal à travers les filtres.

MM. Remlinger et **Osman Nouri**. — Nous avons établi antérieurement que le passage du virus vaccinal à travers la bougie Berkefeld pouvait être démontré par l'inoculation du filtrat sur la peau fraîchement rasée du lapin ou du cobaye, d'après le procédé de M. Calmette. L'expérience suivante prouve également que le virus vaccinal doit rentrer dans la catégorie des microbes filtrants : 5 grammes de pulpe vaccinale fraîche sont incorporés à 100 grammes de solution physiologique; l'émulsion est filtrée à travers une bougie Berkefeld et le filtrat est injecté sous la peau d'un lapin ou d'un cobaye. Six jours plus tard, cet animal est inoculé sur la peau rasée avec un virus frais et très actif. Il ne se déclare aucune éruption. L'injection du filtrat avait conféré l'immunité.

Cytologie des sédiments urinaires.

M. Colombino (de Turin). — J'ai examiné, au point de vue cytologique, les sédiments urinaires de 70 malades atteints d'affections chirurgicales diverses de l'appareil urinaire (tuberculose, lithiase, etc.). Dans tous ces cas, j'ai constaté la même formule : polynucléaires neutrophiles, de 90 à 95 %; mononucléaires grands ou petits, de 5 à 10 %.

J'ai remarqué, d'autre part, que, dans la tuberculose de l'appareil urinaire, les globules blancs étaient irréguliers, bosselés, que leur protoplasma se colorait faiblement et présentait de nombreuses vacuoles.

Au contraire, dans les cas d'infections banales, de lithiase rénale, de néoplasmes du rein, etc., les globules blancs sont très bien conservés.

Leucocytose au cours de la vaccination antirabique chez l'homme et chez les animaux.

MM. Nicolas et **Bancel** (de Lyon) adressent une note dans laquelle ils montrent que les vaccinations antirabiques engendrent une hyperleucocytose constante, souvent très marquée, et atteignant son maximum à la fin du traitement, mais sans variation notable, à aucun moment, de la formule leucocytaire.

L'injection de moelles saines produit chez les animaux des résultats semblables à ceux que l'on obtient par l'injection de moelles rabiques.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 5 juin 1905.

Bruit musical du cœur, dû à un cordage tendineux.

M. Bassenge relate l'observation d'un homme de quarante-cinq ans, sans antécédents cardiopathiques, qui entra dans le service de M. von Leyden pour une néphrite parenchymateuse, et chez lequel l'auscultation permettait de percevoir, au niveau de la pointe du cœur, un bruit musical d'intensité variable, parfois assez considérable pour qu'on l'entendît à plusieurs centimètres de distance. Ce bruit ne pouvait être attribué à une insuffisance mitrale, d'abord parce qu'il ne coïncidait pas exactement avec les systoles cardiaques, ensuite parce qu'il ne s'accompagnait pas d'un souffle systolique, enfin, parce que, loin d'être constant, il disparaissait par moments. On percevait, en outre, quelques frottements de péricardite sèche.

Ce malade n'ayant pas tardé à succomber aux progrès de son affection rénale, l'autopsie révéla que la cause du bruit en question était constituée par la présence d'un cordage tendineux transversalement tendu dans le ventricule, et que l'ondée sanguine faisait vibrer comme une corde à violon; toute trace de lésion valvulaire faisait défaut.

M. von Leyden ajoute qu'il y a une quarantaine d'années, il a déjà observé un fait du même genre. Il s'agissait d'un patient chez lequel on entendait, à la base du cœur, un sifflement intense, couvrant presque entièrement le second bruit et se propageant vers la carotide, ce qui permettait d'en affirmer le siège aortique; à l'autopsie, on trouva un cordage tendineux traversant l'infundibulum aortique, et que von Recklinghausen compara à un larynx placé au-dessous de l'orifice de l'aorte.

Sur la colite muqueuse ou entérite membraneuse et la colique muqueuse.

M. Ullmann, à propos de la communication faite sur ce sujet par M. Elsner dans la précédente séance (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 285), cite l'observation d'un nouveau-né dont les premières selles renfermaient en abondance des glaires, tandis qu'au bout de quelques jours les matières rejetées étaient normales. Il ne saurait donc s'agir dans ce cas d'un processus inflammatoire; il paraît plus logique d'admettre un trouble d'innervation de la muqueuse intestinale.

L'orateur pense du reste que l'examen histologique peut permettre de trancher le diagnostic entre la colique nerveuse et la colite catarrhale, les mucosités, dans cette dernière affection, renfermant des leucocytes et notamment des éosinophiles.

M. Rothmann ne croit pas qu'il soit légitime de distinguer une forme nerveuse et une forme inflammatoire de l'affection; à son avis, c'est toujours la sécrétion de mucus qui constitue le phénomène primitif.

M. A. Fränkel soutient la même opinion que M. Rothmann; il compare le rejet de mucosités avec les selles à la présence de spirales de Curschmann dans l'expectoration des asthmatiques (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 282).

M. Bickel dit avoir étudié expérimentalement les conditions qui président à la sécrétion de mucosités par l'intestin; il a pu s'assurer que cette sécrétion est une réaction de défense toute locale à l'égard d'un agent irritatif : l'introduction de nitrate d'argent dans l'intestin ne provoque l'excrétion de mucus qu'au point lésé, et jamais à distance.

M. Fürbringer est d'avis que le plus souvent l'affection dont il s'agit a pour base pathogénique l'association d'un élément inflammatoire et d'un élément nerveux; de fait, la muqueuse intestinale n'est jamais intacte, mais, d'autre part, les douleurs sont d'ordre névropathique et peuvent même se substituer à des accès de grande hystérie.

Au point de vue thérapeutique, l'orateur dit avoir obtenu de bons résultats par la mise au repos de l'intestin et par l'institution du traitement général de la neurasthénie; quant à la méthode qui consiste à porter directement des antiseptiques dans l'intestin, comme l'ont préconisé certains auteurs, elle lui a paru n'avoir que des effets défavorables.

M. Elsner s'élève aussi contre ce mode de traitement; ce qui lui a le mieux réussi, ce sont les grands lavements huileux.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 17 juin 1905.

La cause de la dyspnée dans le pneumothorax.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. L. Hofbauer** a fait

une communication dans laquelle il critique l'opinion de M. Sauerbruch, relative aux causes de la dyspnée dans le pneumothorax : cet auteur, après avoir montré que ce n'est nullement, comme on le pense d'ordinaire, à l'exclusion subite d'un poumon qu'il faut attribuer cette dyspnée, en conclut que ce symptôme est dû à l'accumulation d'acide carbonique dans le sang. Mais cette hypothèse est controuvée par les expériences de Traube, qui ont prouvé que le sang foncé du poumon collabé devient rose dès qu'on fait l'insufflation pulmonaire.

Dans la pathogénie de cette dyspnée, il faut plutôt, d'après l'orateur, incriminer des conditions mécaniques. Normalement l'inspiration a lieu parce que le diaphragme, en se contractant, s'éloigne du centre du thorax, en même temps que la paroi thoracique est soulevée par les muscles qui s'y insèrent; de la sorte, la pression intrathoracique devient inférieure à la pression atmosphérique, ce qui fait pénétrer beaucoup de sang dans les bronches. Ce processus ne subit à peu près aucune modification dans le pneumothorax. Mais il n'en est pas de même de l'expiration, qui est due en grande partie à la rétraction spontanée du poumon. Or, celle-ci est entravée, dans le pneumothorax, non seulement du côté atteint, mais aussi du côté sain: du côté malade, par suite de la présence d'air dans le thorax; du côté sain, par la saillie du médiastin dans la cavité pleurale, conséquence de la disparition de la rétraction pulmonaire du côté opposé; enfin l'élasticité du poumon est encore diminuée par le fait que cet organe n'est pas suffisamment distendu par l'inspiration.

Rupture intrapéritonéale complète de la vessie.

M. Föderl a présenté un homme qui, pendant son sommeil, fit une chute du second étage, sa vessie étant pleine; il se fractura ainsi le tibia droit et 3 côtes. Lorsque le blessé reprit connaissance, il accusait un ténesme vésical et rectal intense, mais le cathétérisme ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang. Deux heures après, le patient évacua une grande quantité d'urine sanguinolente; la région hypogastrique était le siège de vives douleurs. L'apparition de liquide libre dans l'abdomen et de vomissements nécessita la laparotomie. On constata une rupture complète de la vessie, avec présence d'une grande quantité d'urine normale dans l'abdomen. La rupture vésicale fut suturée et le péritoine lavé avec la solution physiologique. Le neuvième jour, le malade pouvait uriner spontanément.

Après quelques semaines, cet homme eut des symptômes d'occlusion intestinale, dus à des adhérences dont la section amena la guérison complète.

M. von Eiselsberg estime que l'opération immédiate s'impose dès que le diagnostic de rupture de la vessie est posé.

De l'abcès sous-diaphragmatique.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. Ranzi** a présenté 6 malades qui ont été opérés d'abcès sous-diaphragmatique. Chez 2 de ces patients, l'abcès était dû à une appendicite, chez les autres à un ulcère de l'estomac. Trois fois la poche purulente renfermait des gaz.

Au point de vue bactériologique, on trouva dans le pus des colibacilles, des streptocoques, des staphylocoques et des diplocoques. Le traitement consista dans l'incision, sans ouverture de la plèvre.

M. Hochenegg dit avoir opéré 15 cas d'abcès sous-diaphragmatique, avec un seul décès. Comme cause de ces collections purulentes, l'orateur cite, parmi les plus fréquentes (10 fois sur 15), l'appendicite, l'ulcère de l'estomac, les angiocholites; dans les 5 autres faits, il s'agissait de métastases dues à une otite, à une ostéomyélite du maxillaire inférieur consécutive à une extraction de dent, enfin à un furoncle ou à un anthrax.

M. J. Schnitzler déclare être intervenu dans 10 cas d'abcès sous-diaphragmatique; un seul de ses malades, chez lequel il avait fallu ouvrir la cavité pleurale, a succombé. Les formes métastatiques dont vient de parler M. Hochenegg sont compliquées parfois de ces suppurations périnéphrétiques sur lesquelles M. Jordan attirait naguère l'attention (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 210), et dont le mécanisme pathogénique peut être mis en évidence par des recherches expérimentales : si l'on injecte à un lapin une faible quantité de staphylocoques, l'animal ne paraît pas malade; cependant on trouve dans ses reins de petits abcès qui ne déterminent aucun symptôme, mais donnent naissance à des abcès périnéphrétiques à la suite d'une contusion de la région lombaire.

Rapports entre les changements de volume du cœur et les altérations du pouls.

M. Heitler fait sur ce sujet une communication dans laquelle il dit avoir pu constater expérimentalement qu'il existe un rapport entre le volume du cœur et les modifications du pouls. C'est ainsi que, dans les cas d'arythmie, il a remarqué que la zone de matité cardiaque est exagérée lorsque le pouls est petit et qu'elle est au contraire diminuée quand le pouls est plein. L'orateur a observé ensuite qu'on peut, par des actions diverses, augmenter ou diminuer la zone de matité cardiaque : la percussion du foie provoque une augmentation du pouls, tandis que la matité cardiaque diminue; si au contraire l'on exerce une pression continue sur le foie ou sur la seconde ou la troisième côte, le pouls devient bientôt plus petit et la zone de matité s'accroît, et cette augmentation dure autant que la compression. Ces changements ont pu être vérifiés par l'examen röntgénien.

Dr Schnirer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE PARIS

Andrieu (J.). La tuberculose du tarse chez l'enfant.

Brasseur (Ch.). Contribution à l'étude du traitement des anévrysmes artérioso-veineux externes.

Caillaud (M.). Des injections intramusculaires d'huile au sublimé dans les affections oculaires.

Cariveno (R.). Chancre syphilitique de la langue; statistique et pourcentage.

Castex (G.). La douleur physique.

Coulomb (R.). L'œil artificiel.

Daniel (C.). Technique opératoire de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale dans les lésions bilatérales des annexes.

Da Silva Pereira (J.). Contribution à l'étude des brûlures électriques.

Feit (E.). Les tumeurs pileuses du tube digestif chez l'homme; leur traitement chirurgical.

Fenouillière (E.). Contribution à l'étude du traitement de l'invagination aiguë chez l'enfant du premier âge.

Foisy (E.). Le rétrécissement congénital de l'urèthre.

Guichard (H.). De la résection dans le traitement de l'ostéo-arthrite tuberculeuse du poignet.

Jacquot (J.). Traitement opératoire du lupus; excision et autoplastie par les grands décollements.

Léauté (E.). Etude d'un type clinique de chorée aiguë mortelle.

Lemanissier (J.). L'étude des corps ultramicroscopiques.

Oppenheim (S.). Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie communiquant avec les voies biliaires.

Pascal (Mlle C.). Formes atypiques de la paralysie générale (hémiplégique et aphasique) ou prédominances régionales des lésions dans les méningo-encéphalites diffuses.

Quentin (G.). Essai de l'auto-inoculation du chancre syphilitique.

Ridnick (Mlle L.). Kystes hydatiques du foie et cholémie simple familiale.

Savouré (P.). Recherches expérimentales sur les mycoses internes et leurs parasites.

Sédille (H.). Considérations sur l'anatomie pathologique et le traitement du rein mobile.

Troussard (P.-F.-A.). Traitement des rétrécissements infranchissables de l'œsophage par la voie endostomacale.

PHYSIOLOGIE

Carles (J.). Du rôle des leucocytes dans l'absorption et l'élimination des substances étrangères à l'organisme. (*Folia hæmatologica*, II, 4.)

Chittenden (R. H.). Alcohol as food. (*Med. News*, 22 avril.) — L'alcool comme aliment.

Galdi (F.) et **Appiani** (G.). Sulla costante presenza, la quantità e l'origine dell'acido urico nelle feci dell'uomo normale. (*Policlinico*, partie méd., XII, 3 et 4.)

Gebrovsky (E.). La fonction sécrétoire de la glande parotide (en russe). (*Roussk. Vratch*, 19 et 26 fév. et 5 mars.)

Halban (J.). Die innere Secretion von Ovarium und Placenta und ihre Bedeutung für die Function der Milchdrüse. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 2.) — La sécrétion interne de l'ovaire et du placenta et sa valeur pour la physiologie de la glande mammaire.

MacCallum (W. G.) et **Davidson** (C. F.). Further notes on the function of the parathyroid glands. (*Med. News*, 8 avril.)

Müller (O.). Ueber die Blutverteilung im menschlichen Körper unter dem Einfluss thermischer Reize. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 5-6.) — Sur la répartition du sang dans le corps humain sous l'influence des actions thermiques.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Rolleston (H. D.) et **Whipham** (T. R. C.). A hat pin 4 3/4 inches long in the œsophagus producing a false aneurysm of the superior mesenteric artery. (*Lancet*, 11 fév.) — Faux anévrysme de l'artère mésentérique supérieure, produit par une épingle à chapeau longue de 12 centimètres, ayant pénétré dans l'œsophage.

Scagliosi (G.). Ueber Phlebektasie. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 1.)

Scheel (V.). Traumatisk ruptur af aortaklapperne. (*Ugeskrift for Læger*, 9 mars.) — Rupture traumatique des valvules aortiques.

Schmaus (H.). Ueber sogenannte « Lichtungsbezirke » im Zentralnervensystem. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 mars.) — Sur les « zones en clairière » du système nerveux central.

Schridde (H.). Weiteres zur Histologie der Magenschleimhautinseln im obersten Oesophagusabschnitte. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 3.) — Nouvelles recherches sur l'histologie des îlots de muqueuse gastrique dans la portion supérieure de l'œsophage.

Spiller (W. G.). Primary degeneration of the pyramidal tracts. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, janv. et fév.)

Swan (J. M.). Report of a case of cyst of the cerebellum. (*New York Med. Journ.*, 11 fév.)

Toupet et **Lebret**. Transformation sarcomateuse d'un fibrome de l'utérus, avec noyaux de généralisation dans les poumons. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Weber. Note sur la dégénérescence secondaire consécutive à un foyer de ramollissement de la région calcarine. (*Arch. de neurol.*, mars.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Amos (Mlle B. S.). On the effect of ligature of one ureter. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, avril.)

Argentina (G.). Contributo alla immunizzazione per morfina. (*Gazz. degli Osped.*, 16 avril.)

Bail (O.). Der akute Tod von Meerschweinchen an Tuberkulose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 mars.) — La mort rapide par tuberculose chez le cobaye.

Bartel (J.) et **Spieler** (F.). Der Gang der natürlichen Tuberkuloseinfektion beim jungen Meerschweinchen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 mars.) — Evolution de l'infection tuberculeuse naturelle chez le jeune cobaye.

Bibergeil (E.). Ueber experimentelles Hydramnion bei Nephritis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 avril.)

Clairmont (P.) et **Haberer** (H.). Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie des Peritoneums. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 1-2.)

Cornil (V.) et **Coudray** (P.). Des corps étrangers articulaires et, en particulier, des corps traumatiques au point de vue expérimental et histologique. (*Rev. de chir.*, avril.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Beatson (G. T.). On the etiology of carcinoma; has it a physiological function in the body? (*Brit. Med. Journ.*, 29 avril.)

Bence (J.). Klinische Untersuchungen über die Viskosität des Blutes bei Störungen der Kohlensäureausscheidung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 avril.) — Recherches cliniques sur la viscosité du sang dans les troubles de l'élimination de l'acide carbonique.

Buxton (B. H.). Some aspects of the theories of immunity. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Fuld (E.). Ueber die Kelling'sche Serumreaktion bei Carcinomatösen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er mai.)

Ransom (C. C.). Uric acid; its influence in gout. (*Med. News*, 11 mars.)

Salge (B.). Immunisierung durch Milch. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 3.) — L'immunisation par le lait.

Schkarin (A.). Beiträge zur Kenntnis des Säuglingsstoffwechsels bei Infectionskrankheiten. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLI, 1-2.) — Les échanges organiques chez les nourrissons atteints de maladies infectieuses.

Strasser (A. A.). A study of metabolism in a case conjoining myxedema and diabetes mellitus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 mars.)

Torchio (A.). Contributo allo studio della tensione arteriosa nell'uomo allo stato patologico. (*Gazz. degli Osped.*, 19 mars.)

Unterberger (S.). Der konstitutionelle Faktor in der Schwindsuchtsfrage. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 18 fév.) — L'élément constitutionnel en matière de phtisie.

MÉDECINE

Abrahams (B.). Arthritis deformans and its allies. (*Brit. Med. Journ.*, 22 avril.)

Ackerman (W.) et **Gompertz** (L. M.). Microscopical examination of the fasting stomach contents and its diagnostic value. (*Med. Record*, 8 avril.) — Valeur diagnostique de l'examen microscopique du contenu de l'estomac à jeun.

Baumgarten (E.). Ueber periodische Blutungen der oberen Luftwege. (*Wien. med. Presse*, 16 avril.) — Sur les hémorrhagies périodiques des voies respiratoires supérieures.

Begg (C.) et **Bullmore** (H. H.). Chronic cyanosis, with polycythæmia and enlarged spleen. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.) — Cyanose chronique avec polycythémie et splénomégalie.

Belbèze (R.). Sur la fièvre formique. (*Lyon méd.*, 23 avril.)

Bonnette. Le coup de chaleur dans les pays tempérés; sa fréquence dans l'armée (causes, prophylaxie, traitement). In-8°, 124 p.

Bosanquet (W. C.). Some considerations on the nature of diabetes mellitus. (*Lancet*, 8, 15 et 22 avril.)

Brouardel (P.) et **Gilbert** (A.). Nouveau traité de médecine et de thérapeutique. Fasc. 1 à 3. In-8°, 735 p. avec fig.

Bruno (A.). Sulla causa dell'aumento del fegato senza edemi nelle cardiopatie. (*Policlinico*, 23 avril.) — Sur l'hépatomégalie sans œdème au cours des cardiopathies.

Caliri (V.). Albumosemia e febbre. (*Clinica moderna*, 29 mars.)

Campbell (R. R.). The diagnosis of syphiloma of kidneys. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 avril.) — Le diagnostic du syphilome rénal.

Carducci (A.). Considerazioni cliniche sopra un caso di morbo ceruleo. (*Policlinico*, 9 avril.)

Christen (Th.). Untersuchungen über Ascites und Liquor pericardii. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 1er avril.)

Ciaccio (C.). Contributo allo studio delle granulazioni neutrofile di Ehrlich dell'uomo. (*Policlinico*, partie méd., XII, 4.)

Claytor (T. A.). Syphilis of the lung, with a report of the anatomical findings in a case. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.) — Syphilis pulmonaire.

Cottet (J.). De l'oligurie habituelle physiologique. (*Rev. de méd.*, avril.)

Dmitrenko (L.). La diazoréaction dans la fièvre typhoïde et dans les affections gastro-intestinales aiguës (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 5, 12 et 26 mars.)

Einhorn (M.). Cases of enteroptosis and cardioptosis with return to the normal. (*New York Med. Journ.*, 15 avril.)

Fleig (G.) et **Pasturaud** (J.). Notes de chimie pathologique. In-12, 72 p. avec fig.

Gerhard (S. P.). Gallstone disease; remote effects and treatment. (*New York Med. Journ.*, 29 avril.) — Lithiase biliaire; résultats éloignés du traitement.

Kieffer (C. F.). The mortality of pneumonia in high altitudes. (*Amer. Medicine*, 4 mars.)

Wile (I. S.). The examination of fæces. (*New York Med. Journ.*, 11 mars.)

MALADIES INFECTIEUSES

Adami (J. G.). Adaptation and tuberculosis. (*Amer. Medicine*, 29 avril.)

Battle (W. H.) et **Dudgeon** (L. S.). Suppurative periostitis following typhoid fever. (*Lancet*, 22 avril.)

Bolk (L.). Tuberculose en ras. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 22 avril.) — Tuberculose et race.

Bonetti (E.). La mortalità da tubercolosi in Genova nel decennio 1894-1903. In-4°, 39 p. avec carte. Gênes.

Borel (F.). Le béribéri nautique. (*Normandie méd.*, 15 avril.)

Bridge (N.). Some common errors in the treatment of pulmonary tuberculosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 mars.)

Bruck (C.), **Michaelis** (G.) et **Schultze** (E.). Beiträge zur Serodiagnostik der Staphylokokkenerkrankungen beim Menschen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, L, 1.)

Celebrini (E. von). Ein Beitrag zur Epidemiologie der Blattern. (*Wien. med. Wochensch.*, 15 avril.) — Sur l'épidémiologie de la variole.

Comba (D.). Un nuovo reagente della tubercolosi nel bicloruro di mercurio. In-8°, 6 p. Rome.

Coppin. Rapport sur l'épidémie de choléra qui sévit en Perse (1904) et sur l'état actuel de l'hygiène. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Councilman (W. T.). Acute meningitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er avril.)

Craig (C. F.). The etiology and the pathology of bronchopneumonia complicating measles. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 avril.) — Etiologie et anatomie pathologique de la bronchopneumonie post-morbilleuse.

Crespin (J.). Précis du paludisme. In-18, 327 p. avec fig.

Dietlen (H.). Ueber Herzdilatation bei Diphtherie. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 avril.) — Sur la dilatation cardiaque au cours de la diphtérie.

First annual report of the Henry Phipps Institute for the study, treatment, and prevention of tuberculosis, February 1, 1903, to February 1, 1904. In-8°, 265 p. avec fig. Philadelphie.

Floyd (R.). Erysipelas with an excessive production of fibrin. (*Med. Record*, 22 avril.)

Fubini (A.). Tubercolosi misconosciuta; contributo alla conoscenza delle febbri di origine ignota. In-8°, 11 p. Turin.

Gillard. Epidémie de rougeole à forme gastro-intestinale. (*Lyon méd.*, 23 avril.)

Hamilton (Alice). Dissemination of streptococci through invisible sputum, in relation to scarlet fever and sepsis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 avril.)

Henry (J. N.). Paratyphoid fever. (*Amer. Medicine*, 15 avril.)

Higley (H. A.). The rapid bacteriological diagnosis of diphtheria. (*Med. Record*, 1er avril.)

Hodges (A. D. P.) et **Ross** (P. H.). Notes on cases of spirillum fever in Uganda. (*Brit. Med. Journ.*, 1er avril.)

Howard (W. T.). The application of laboratory methods to the diagnosis of variola. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 avril.)

Kilroy (L.) et **Hooper** (F. W.). An inquiry into the existence of typhoid fever in Bermuda. (*Brit. Med. Journ.*, 22 avril.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Evans (T. H.). Two dipsomaniacs, illustrating two dipsomaniac phases. (*New York Med. Journ.*, 1er avril.)

Féré (Ch.). La castration contre l'inversion sexuelle. (*Rev. de chir.*, mars.)

Flatau (G.). Ueber die Rückbildung der Stauungspapille bei Hirntumor. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 avril.) — Sur la régression de la stase papillaire dans les tumeurs du cerveau.

Foster (N. B.). Myxœdema following exophthalmic goitre. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Fratini (G.) et **Rondani** (V.). Considerazioni cliniche su un caso di tumore della corona raggiata ad inizio apoplettiforme. (*Gazz. degli Osped.*, 16 avril.)

Gierlich. Ueber periodische Paranoia und die Entstehung der paranoischen Wahnideen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 1.) — Sur le délire systématisé périodique et la pathogénie des idées délirantes systématisées.

Glynn (T. R. et E. E.). A case simulating intracranial tumour, in which recovery was associated with persistent cerebro-spinal rhinorrhœa. (*Brit. Med. Journ.*, 22 avril.)

Griffith (J. P. C.). A case of chorea, fatal, apparently, from excessive muscular action. (*Amer. Medicine*, 29 avril.)

Grober (J.). Hysterischer Schlafzustand mit choreatischen Bewegungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVIII, 2-4.) — Etat de sommeil hystérique avec coexistence de mouvements choréiformes.

Grossmann (I.). Contribution à l'étude de l'hystérie et de l'épilepsie (en russe). (*Prakt. Vratch*, 19 fév., 5 et 12 mars.)

Gudden (H.). Das Bierdelirium; Mitteilung zweier ausschliesslich durch Biermissbrauch verursachter Fälle von hallucinatorischem Wahnsinn. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 1.) — Le délire des buveurs de bière.

Haskovec (L.). Ueber den Blutdruck bei einigen Nerven- und Geisteskrankheiten. (*Wien. med. Wochensch.*, 11, 18 et 25 mars, 1er, 8, 15 et 22 avril.) — La pression sanguine dans certaines affections nerveuses et mentales.

Henderson (V. E.). Joint affections in tabes dorsalis. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, avril.) — Sur les arthropathies tabétiques.

Henneberg (H.). Ueber « funiculäre Myelitis » (combinirte Strangdegeneration). (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 1.)

Kräpelin (E.). Einführung in die psychiatrische Klinik. 2e éd. In-8°, 373 p. Leipzig.

CHIRURGIE

Adolph (F.). Ueber primäre bösartige Neubildungen der Milz. (*Berlin. Klinik*, avril.) — Tumeurs malignes primitives de la rate.

Da Costa (J. Chalmers). A clinical lecture upon a case of typhoid cholecystitis. (*New York Med. Journ.*, 8 avril.)

Dal Vesco (A.). Contributo alla cura delle ernie del cordone ombelicale. (*Gazz. degli Osped.*, 9 avril.)

Doberauer (G.). Ueber die Behandlung von Lähmungen und Deformitäten der Glieder mittels Sehnentransplantation. (*Prag. med. Wochensch.*, 30 mars, 6, 13, 20 et 27 avril.) — Traitement des paralysies et des difformités des membres par les greffes tendineuses.

Donati (M.). Macrochilia da adenomi delle ghiandole mucose del labbro superiore. (*Gazz. med. italiana*, 23 fév.)

Dowden (J. W.). Recurring torsion of the spermatic cord. (*Brit. Med. Journ.*, 29 avril.)

Eiselsberg (von). Abgeschnürter Darm als Inhalt einer Hernia ischiadica. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 1-2.) — Segment détaché de l'intestin contenu dans une hernie ischiatique.

Eisendrath (D. N.). Subcutaneous injuries of the abdominal walls and viscera. (*New York Med. Journ.*, 11 et 18 mars.) — Lésions sous-cutanées des parois et des viscères abdominaux.

Elsberg (C. A.). On the treatment of chronic osteomyelitis and of chronic bone cavities by the iodoform wax filling. (*Med. News*, 15 avril.) — Traitement de l'ostéomyélite chronique et des cavités osseuses par le plombage à l'iodoforme.

Filippini (G.). Relazione sull'andamento della sua sezione [chirurgica] negli ospedali civili di Brescia durante l'anno 1904. In-8°, 31 p. Brescia.

Fink (F.). Ueber die mit der balneologischen und der operativen Behandlung des Gallensteinleidens gemachten Erfahrungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 mars.) — Sur les résultats de la balnéothérapie et du traitement chirurgical de la lithiase biliaire.

Folet (H.). Arthrite blennorrhagique suppurée. (*Echo méd. du Nord*, 30 avril.)

Frœlich. Fracture du col du fémur chez l'enfant et décollement épiphysaire. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 avril.)

García Lagos (H.). Consideraciones sobre un caso de ictericia crónica y pancreatitis crónica; operación. (*Rev. med. del Uruguay*, janv.)

Gould (A. H.). A new method of performing gastro-enterostomy. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 19 janv.)

Haberer (H.). Beitrag zur Appendixfrage, mit besonderer Berücksichtigung von Dauerresultaten. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 1-2.) — De l'appendicite, surtout au point de vue des résultats éloignés du traitement.

Horsley (J. S.). A method of uniting intestines of very small or of unequal caliber. (*Amer. Medicine*, 29 avril.)

Huggins (R. R.). Intestinal ileus with strangulation. (*Med. News*, 1er avril.) — Occlusion intestinale avec étranglement.

Hunter (J. W.). The result of splenic removal. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.) — Résultat d'un cas de splénectomie.

Iérmolinsky (D.). Contribution à l'étude des abcès du foie (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, janv., fév. et mars.)

Isaacs (A. E.). Decapsulation of the appendix. (*Med. Record*, 15 avril.)

Isnardi (L.). Ueber eine Vereinfachung der Technik der Transplantation nach Thiersch. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 8 avril.) — Sur une technique simplifiée de la greffe épidermique.

Kennedy (R.). Grafting of completely-separated skin-flaps in the treatment of contractures due to cicatrices. (*Brit. Med. Journ.*, 29 avril.) — Traitement des contractures cicatricielles par des greffes cutanées.

Kilvington (B.). An investigation on the regeneration of nerves, with a view to the surgical treatment of certain paralyses; first part. (*Brit. Med. Journ.*, 29 avril.)

Klapp (R.). Ueber die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mittelst Saugapparaten. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 avril.) — Traitement des affections inflammatoires à l'aide d'appareils à aspiration.

Kochmann (M.). Zur Frage der Morphin-Skopolaminnarkose. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 avril.)

König (F.) et **Hildebrand** (O.). Lehrbuch der Chirurgie. IV. Band: Allgemeine Chirurgie. 2e éd. In-8°, 986 p. avec fig. Berlin.

Kopfstein (V.). Cystitis pancreatica. (*Casopis lékaru ceskych*, 15 avril.)

Körte (W.). Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege und der Leber. In-8°, 440 p. avec fig. Berlin. — Chirurgie des voies biliaires et du foie.

Kramer-Petersen. Om den diffuse ösofagusdilatation. (*Ugeskrift for Læger*, 30 mars.)

Kümmell (H.). Erfahrungen über 1000 Operationen der Appendicitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 et 27 avril.)

Manges (M.). The diagnosis and treatment of perforation in typhoid fever, with a report of 19 cases, of which 16 were operated on, with five recoveries. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er avril.)

Winslow (R.). A case of so-called traumatic asphyxia. (*Med. News*, 4 fév.)

Wölfler (A.). Ueber die Naht des Nervus hypoglossus. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 2.) — De la suture du nerf hypoglosse.

Zangger (Th.). Zur Frühbehandlung der Appendicitis. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, VIII, 12.) — Traitement de l'appendicite au début.

Zviéreva-Smiélkova. 22 strumectomies (en russe). (*Prakt. Vratch*, 5, 12, 19 et 26 fév. et 5 mars.)

UROLOGIE

Albarran (J.). Exploration des fonctions rénales (étude médico-chirurgicale). In-8°, 604 p. avec fig.

Alessandri (R.). Contributo all'istologia, diagnosi e cura dei tumori della vescica urinaria. (*Policlinico*, partie chir., XII, 3 et 4.)

Atlee (L. W.). Dietl's crisis and some cases of movable kidney. (*New York Med. Journ.*, 15 avril.) — Crise de Dietl et néphroptose.

Bangs (L. B.). Etiology of enlarged prostate. (*Med. Record*, 8 avril.) — Etiologie de l'hypertrophie prostatique.

Barnett (C. E.). Pathologic changes resulting from prostatic enlargement. (*Amer. Medicine*, 8 avril.)

Block (J.) et **Hall** (F. J.). A case of dermoid of the female urinary bladder. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.) — Kyste dermoïde de la vessie chez une femme.

Cabot (R. C.). Clinical examination of the urine. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 18 et 25 mars.)

Gardini (O.). Di un caso raro di ferita estraperitoneale della vescica. (*Clinica moderna*, 29 mars.) — Cas rare de plaie extrapéritonéale de la vessie.

Géroulanos (M.). Πλαστικαὶ ἐγχειρήσεις τῆς πυέλου τοῦ νεφροῦ ἐπὶ ὑδρονεφρώσεως. (Ἀρχεῖα ἰατρικῆς, 1er fév.) — Autoplastie du bassinet contre l'hydronéphrose.

Hirt (W.). Ein Fall von akutester Cystitis. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 8 avril.)

OPHTALMOLOGIE

Frugiuele (C.). Sull'occhio pulsante congenito. (*Pediatria*, fév. et mars.)

Fuchs (E.). Lehrbuch der Augenheilkunde. 10e éd. In-8°, 939 p. avec fig. Vienne. — Traité d'ophtalmologie.

Greitz (V.). Essai de traitement mécanique ambulatoire du trachome (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mars.)

Haab (O.). Atlas-manuel de chirurgie oculaire. (Ed. française par A. Monthus.) In-16, 270 p. avec planches.

Kalabros (M.). Αἱ ἐνδοφλέβειοι ἐνέσεις κατὰ τῶν συφιλιδικῶν παθήσεων τοῦ ὀφθαλμοῦ. (Ἀρχεῖα ἰατρικῆς, 1er-15 mars.) — Les injections intraveineuses dans la syphilis oculaire.

Lafolie (A.). Curieux effet de caléfaction; un cas de brûlure de l'œil. (*Arch. de méd. navale*, mars.)

León (J. de). Oftalmoplegia sensitivo-motriz urémica. (*Rev. méd. del Uruguay*, fév.)

Lundsgaard (K.). Diplobacilkonjunktivitis og dens behandling. (*Hospitalstidende*, 22 mars.)

Nerli (G.). Sulla discromatopsia nel bambino. In-8°, 11 p. avec fig. Sesto-Fiorentino.

Olikhov (S.). Des limites du traitement du trachome par l'expression (en russe). (*Roussk. Vratch*, 12-19 mars.)

Patry (A.). Sur un type clinique caractérisé par une névrite optique et une déformation crânienne. (*Ann. d'oculist.*, avril.)

Pichler (K.). Ueber Augenmuskelrheumatismus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 avril.) — Sur le rhumatisme musculaire de l'œil.

Sourdille (G.). De l'emploi de l'adrénaline dans le traitement du glaucome. (*Gaz. méd. de Nantes*, 29 avril.)

Terrien (F.). Syphilis de l'œil et de ses annexes. In-8°, 320 p. avec fig.

Van Duyze (D.). Ferita retrobulbare del nervo ottico da pallino di piombo penetrato di faccia nell'orbita. (*Riv. ital. di ottalmol.*, mars-avril.) — Plaie rétrobulbaire du nerf optique par une balle de plomb ayant pénétré directement dans l'orbite.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Delétrez (A.). Trois cas de môle hydatiforme. (*Ann. de l'Inst. chir. de Bruxelles*, avril.)

Edgar (J. C.). Hepatic insufficiency in obstetric practice. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 avril.)

Epstein (H. B.). Some clinical deductions from the performance of 90 Alexander operations with Abbe's modification. (*New York Med. Journ.*, 1er avril.)

Fabre et **Amstad.** Des plaques d'agar sanguin et de leur emploi dans la pratique obstétricale. (*Lyon méd.*, 16 avril.)

Fleischmann (C.). Perinæotomia mediana. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 mars.)

Foulerton (A. G. R.) et **Bonney** (V.). An investigation into the causation of puerperal infections. (*Lancet*, 8 et 15 avril.)

Hammond (F. C.). Report of a case of a large parovarian cyst, and two cases of large ovarian cysts. (*Med. News*, 1er avril.)

Hegar (A.). Entwicklungsstörungen: Fötalismus und Infantilismus. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 avril.) — Troubles du développement: « fœtalisme » et infantilisme.

Herzfeld (K. A.). Zur Erklärung des Geburtsmechanismus. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er, 8 et 15 avril.) — Sur le mécanisme de l'accouchement.

Hill (I. L.). Hæmatoma of the vulva and the vagina. (*New York Med. Journ.*, 22 avril.)

Holden (G. R.). The results of ventral suspension of the uterus at the Johns Hopkins Hospital [Baltimore]. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Hösslin (R. von). Ueber periphere Schwangerschaftslähmungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 avril.) — Sur les paralysies périphériques survenant au cours de la grossesse.

Keilmann (A.). Ueber Symphyseotomie. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 8 avril.)

Kelly (H. A.). The treatment of pyelitis. (*Med. Record*, 8 avril.)

Koblanck. Hydrotherapie und funktionelle Störungen der weiblichen Genitalorgane. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 avril.) — Hydrothérapie et troubles génitaux fonctionnels chez la femme.

Kouwer (B. J.). Menarche. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 avril.)

Langes (H.). Puerperaler Uterus und Curette beziehungsweise Behandlung des Abortes. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.)

Lauenstein (C.). Eine Gefahr der invertierten Lage bei Operationen am Uterus. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 avril.) — Du danger inhérent à l'inversion de l'utérus dans les interventions sur cet organe.

Le Fort (R.). Prolapsus vulvaire du fond de l'utérus; péritonite tuberculeuse enkystée dans une hédrocèle. (*Echo méd. du Nord*, 30 avril.)

Liepmann (W.). Zur Aetiologie der Eklampsie; 1. Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 avril.)

Loveland (H. H.). Postpartum hemorrhage. (*Amer. Medicine*, 15 avril.)

Maximov (V.). Lipoma pendulum permagnum labii majoris dextri (en russe). (*Roussk. Vratch*, 5 mars.)

Michel (F.). Ein Karzinom des Eierstockes mit chorionepitheliomartigen Bildungen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 avril.) — Cancer de l'ovaire et formations d'aspect chorio-épithéliomateux.

PÉDIATRIE

Aráoz Alfaro (G.). Sur la rétention des chlorures et l'action du régime hypochloruré dans les néphrites infantiles. (*Arch. latino-americanos de pediatria*, mars.)

Bloch (C. E.). Undersögelser over börneatrofien. (*Hospitalstidende*, 19 et 26 avril.) — De l'athrepsie.

Cruchet (R.). Caprices et peurs infantiles. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 30 avril.)

Fede (F.). Nuova comunicazione sull'atrepsia del Parrot. (*Pediatria*, mars.)

Fubini (A.). Adenoma sarcomatoso embrionale del rene dell'età infantile. (*Progresso med.*, 10 janv.)

Gottstein. Die Erkennung der beginnenden Skoliose. (*Prag. med. Wochensch.*, 6 avril.) — Diagnostic de la scoliose au début.

Grande (E.). Un secondo caso di malattia del Riga o produzione sottolinguale. (*Medicina italiana*, 28 fév.)

Horand. De la protection des enfants du premier âge. (*Lyon méd.*, 2, 9 et 16 avril.)

Langstein. Beiträge zur Kenntnis des Diabetes mellitus im Kindesalter. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 mars.)

Modigliano (E.). Di un corpo estraneo nel tubo gastro-enterico in un bambino di nove mesi. (*Pediatria*, mars.)

Monsseaux (A.). Troubles de la miction chez l'enfant par gravelle sablonneuse et hyperacidité urinaire (spasme vésical et incontinence). (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mai.)

HYGIÈNE

Arnould (J. et E.). Nouveaux éléments d'hygiène. 5e éd. 1re partie. In-8°, 352 p. avec fig.

Compte rendu des travaux du conseil départemental d'hygiène et des commissions sanitaires des arrondissements de Tours, de Chinon et de Loches (1er mars 1903 au 31 décembre 1904). T. Ier. In-8°, 574 p. Tours.

Dvoretzky (A.). Des vaccinations anticholériques (en russe). (*Prakt. Vratch*, 12 et 19 mars.)

Egbert (S.). Typhoid fever in relation to the urban and rural population of the United States. (*Amer. Medicine*, 22 avril.)

Fischer (G.). La contagion humaine des maladies microbiennes des animaux domestiques (épidémiologie; prophylaxie); police sanitaire des animaux. In-18, 351 p.

Fournier (A.). Danger social de la syphilis. In-18, 84 p.

Hiller (A.). Die Gesundheitspflege des Heeres. In-8°, 406 p. avec fig. Berlin. — Traité d'hygiène militaire.

Hunter (W.). Plague in cats. (*Lancet*, 22 avril.) — Transmissibilité de la peste aux chats.

Patrikios (B.). Τὸ ιγ' διεθνὲς Συνέδριον Ὑγιεινῆς καὶ Δημογραφίας ἐν Βρυξέλλαις (1903). In-16, 96 p. Athènes. — Le treizième Congrès international d'hygiène et de démographie, tenu à Bruxelles en 1903.

Robin (A.). How may typhoid fever be eliminated? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 avril.)

Schubert (P.). Das Schularztwesen in Deutschland. In-8°, 168 p. Leipzig. — Le médecin inspecteur des écoles en Allemagne.

Seligmann (E.). Ueber den Einfluss einiger Aldehyde, besonders des Formalins, auf die Oxydationsfermente der Milch und des Gummi arabicums. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, L, 1.) — Influence de certaines aldéhydes, notamment du formol, sur les oxydases du lait et de la gomme arabique.

Sommerfeld (P.). Ueber Formalinmilch und das Verhalten von Formalin gegenüber einigen Bakterienarten. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, L, 1.) — Sur le lait formolé.

Trillat (A.) et **Turchet**. Etude sur un nouveau procédé de recherche de l'ammoniaque et des sels ammoniacaux, applicable à la caractérisation des eaux potables. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

Vincent (H.). Sur la signification du *Bacillus coli* dans les eaux potables. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Brouardel (P.). Injection de cocaïne dans une hydrocèle; mort; relation médico-légale. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.)

Büdinger (K.). Die Einwilligung zu ärztlichen Eingriffen. In-8°, 81 p. Vienne. — Le consentement à l'opération.

Crothers (T. D.). Should inebriates be punished for crime by death? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 mars.) — La peine de mort doit-elle être appliquée à un alcoolique criminel?

Girard. Le droit d'opérer. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril.)

Heilbronner (K.). Die strafrechtliche Begutachtung der Trinker. In-8°, 141 p. Halle. — L'alcoolique au point de vue pénal.

Kieffer (C. F.). Smokeless powders: the nature and effects of the deleterious gases given off in their explosion. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 avril.) — Nature et effets des gaz délétères produits par la détonation de la poudre sans fumée.

Martineck. Die Geistesstörungen infolge von Kopftrauma in gerichtlich-medizinischer Beziehung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 6, 10, 13, 17 et 20 avril.) — Les affections mentales consécutives aux traumatismes crâniens, envisagées au point de vue médico-légal.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Boyé (L.). La minéralisation du plasma sanguin dans le traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Collins (E.). A case of tetanus successfully treated with antitetanic serum and curare. (*Lancet*, 15 avril.)

Cruveilhier (L.). De la valeur thérapeutique de l'antitoxine dans le sérum antidiphtérique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

Denison (C.). The specific therapy of tuberculosis. (*Med. News*, 1er avril.)

Ebstein (W.). Ueber die Lebensweise der Zuckerkranken. 3e éd. In-8°, 184 p. Wiesbaden. — Le régime des diabétiques.

Farreras y Sampere (P.). Terapéutica médica del cancer. (*Thèse de Saragosse.*)

Floersheim (S.). The status of suprarenal therapy. (*Med. News*, 1er avril.) — L'état actuel de l'opothérapie surrénale.

Gauducheau (A.). Sur le lavage antiseptique de l'intestin; 7e mémoire. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 21 mai.)

Geronzi (G.). Autosieroterapia pleurica. (*Medicina italiana*, 10 fév.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Belot (J.). Le facteur distance en radiothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 avril.)

Bergonié (J.). Sur l'action nettement favorable des rayons X dans les adénopathies tuberculeuses non suppurées. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 avril.)

Brouardel (G.). Anévrysme d'origine traumatique à symptomatologie anormale, révélé uniquement par la radioscopie. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.)

Cleveland (A. J.) et **Day** (D. D.). Malignant disease of the fundus uteri treated by X rays through the abdominal wall; recovery. (*Brit. Med. Journ.*, 29 avril.)

Freund (H.). Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Geburtshilfe und Gynäkologie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 avril.) — Les rayons de Röntgen en obstétrique et en gynécologie.

Gennari (C.). Sopra un caso di pseudoleucemia curato coi raggi Röntgen. (*Gazz. degli Osped.*, 23 avril.)

Tousey (S.). The value of the radiograph in diagnosis. (*New York Med. Journ.*, 22 avril.)

VARIA

Les dimensions du bassin, le volume du fœtus et la marche de l'accouchement dans les races blanche et noire.

La juxtaposition des deux populations blanche et noire aux Etats-Unis a permis à M. le docteur Th. C. Riggs d'étudier, dans le service de M. le docteur J. W. Williams, professeur d'obstétrique à Johns Hopkins University de Baltimore, 1,500 accouchements consécutifs, dont 779 chez des femmes blanches et 721 chez des négresses; et dans un travail récemment publié par le *Zentral-Blatt für Gynäkologie*, notre confrère rend compte des principales particularités obstétricales qu'il a observées dans cette double série parallèle de faits.

Chez les blanches, le bassin était normal dans 90.7 % des cas, généralement rétréci dans 4.6 %, aplati dans 3.3 %, rachitique dans 1.2 %; chez les négresses, ces proportions étaient respectivement de 65.1 %, 23.1 %, 1.9 % et 9.7 %. On voit donc que dans la race noire le rachitisme et le rétrécissement général du bassin sont beaucoup plus fréquents que dans la race blanche, où les femmes ont habituellement un bassin plus large et plus bas. Comme conséquences de ce fait, la durée de l'accouchement et la proportion des présentations céphaliques sont plus considérables dans la première que dans la seconde. Par contre, les accouchements spontanés furent relativement plus nombreux chez les négresses que chez les femmes blanches.

D'autre part, les enfants des femmes à bassin normal étant plus volumineux que ceux des femmes dont le bassin est rétréci, les enfants blancs étaient en moyenne de 200 grammes plus lourds et de 15 millimètres plus longs que les petits négrillons; la prédominance du sexe masculin était également plus grande chez les premiers: plus de 109 garçons pour 100 filles, tandis que chez les noirs la proportion des garçons ne dépassait que de 1 % celle des enfants du sexe féminin.

NOUVELLES

ALLEMAGNE

Dans presque tous les pays la conduite de l'Etat à l'égard du Corps médical est à peu près la même: partout on tend à imposer aux médecins des obligations contraires à leurs intérêts et à l'honneur professionnel. Parmi les prétentions qui se font jour çà et là, il y a lieu de signaler celles de l'administration du Canal de l'empereur Guillaume: cette administration impériale fait actuellement tous ses efforts pour organiser un corps de médecins absolument dépendants d'elle et obligés, de par leur contrat, à lui dénoncer ceux des employés du canal qui retarderaient volontairement leur convalescence.

Comme nulle part le médecin ne peut ni ne doit jouer le rôle de délateur, la Société médicale de Kiel et la Chambre médicale du Schleswig-Holstein ont vivement protesté contre un pareil projet de contrat, en déclarant formellement qu'il était indigne du Corps médical.

A l'heure actuelle il se produit un certain mouvement dans le Corps médical de plusieurs villes de l'Empire dans le but d'aboutir à un service commun pour les dimanches et jours fériés. Suivant l'importance de la localité, les médecins confient, à tour de rôle, à un plus ou moins grand nombre d'entre eux, établis dans des quartiers différents, le service médical de tous les habitants; les noms des médecins sont publiés dans les journaux quarante-huit heures auparavants et affichés le dimanche au domicile de tous les médecins de la ville. Les honoraires sont attribués au médecin qui fait la visite.

AUSTRALIE

L'Australie est, avec les Etats-Unis d'Amérique, le pays où la législation sur les immigrants est le plus sévère, puisque d'après la nouvelle loi l'entrée de la colonie n'est permise qu'aux personnes bien portantes. L'application de ces mesures, confiée souvent à des agents subalternes, revêt parfois un caractère bien ridicule: c'est ainsi qu'un aveugle très aisé, qui était accompagné de sa fille et faisait un voyage d'affaires, n'a pu débarquer en Tasmanie pour la seule raison qu'il était privé de la vue. Un pareil procédé à l'égard d'un homme jouissant de réelles ressources et ne présentant aucun danger pour ses semblables est inexplicable; en tout cas, il montre que les lois soi-disant sanitaires sont, comme les autres lois, souverainement injustes, quand elles sont trop rigoureuses.

AUTRICHE-HONGRIE

Il y a trois ans environ, nous avons fait connaître la manière d'agir d'un journal politique de Vienne à l'égard des annonces de remèdes charlatanesques (Voir *Semaine Médicale*, 1902, Annexes, p. CLVIII). On nous informe de Prague que, sur la demande de la section allemande de la Chambre médicale de Bohême, les journaux politiques publiés dans cette ville en langue allemande ont accepté d'éliminer de leurs colonnes les insertions relatives à des remèdes secrets qui lui seront signalés par la Chambre médicale comme nuisibles à la santé.

GRANDE-BRETAGNE

Comme il a été dit tout récemment dans ce journal, la législation actuelle, dans aucun pays, ne permet d'assimiler la maladie professionnelle à l'accident du travail (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 265). Notre collaborateur, M. Le Meignen, en rendant compte du premier Congrès international médical des accidents du travail, a bien fait ressortir les difficultés médicales qui rendent cette assimilation peu désirable au point de vue pratique.

Le Congrès de Liège n'avait pas plus tôt clôturé ses travaux qu'un membre de la Chambre des communes, tout en reconnaissant ces difficultés, déclarait, au début même de la seconde lecture du projet de loi portant modification de l'« Act » de 1897 sur les accidents du travail, « qu'aucun bill modifiant la loi de 1897 ne peut être considéré comme satisfaisant, s'il ne contient des dispositions visant l'indemnité en cas de maladie professionnelle ».

Nous reviendrons sur ce point lorsque la Chambre des communes aura terminé la discussion de ce projet de loi.

ERRATUM. — Page 178, 1re col., dernière ligne de l'indication Ajello, au lieu de rénale, lire: *hépatique*.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical précoce des collections liquides endo-pulmonaires, non tuberculeuses.

C'est là, s'il en fût, une de ces questions-frontières, qui ne sauraient progresser que par l'action combinée du médecin et du chirurgien; c'est, de plus, et toujours, une question à l'étude. Je ne veux parler ni des tumeurs solides, ni des cavernes tuberculeuses, ni des bronchiectasies, ni même de l'actinomycose, et, parmi les abcès, je ne ferai que signaler ceux qui, par leur pathogénie même, leur multiplicité, leur signification, échappent à toute intervention efficace : je n'ai en vue, pour tout dire, que les *kystes hydatiques*, d'une part, les *collections suppurées intra-pulmonaires*, de l'autre, qu'elles soient — et la différence est grande — nées et développées dans le parenchyme lui-même, ou que, siégeant dans un interlobe, elles y restent incluses. Ici, l'on ne dénie plus, en général, que l'intervention sanglante puisse être bienfaisante et curatrice; les statistiques l'ont, d'ailleurs, démontré : d'après les relevés de MM. Garrè et Quincke (1), elle fournit 90 % de guérisons, lors de kystes hydatiques, et, sur 96 cas d'abcès pulmonaires opérés, 77 ont guéri, soit 80 %. Toutefois, si ces chiffres témoignent en faveur de l'acte opératoire, ils ne sauraient donner une vue d'ensemble de la question, telle qu'elle se présente en pratique courante; on ne peut douter qu'un nombre relativement élevé de faits opératoires échappent à la publication, j'entends de faits opératoires malheureux, rapidement mortels, et mortels parce que le recours à la chirurgie n'a eu lieu qu'à une heure trop tardive, en désespoir de cause, comme une sorte de pis aller; de plus, parmi les empyèmes putrides, opérés aussi à la dernière heure, il faudrait faire le décompte de ceux qui succèdent à la rupture intra-pleurale d'une collection suppurée endo-pulmonaire. Ainsi en viendrait-on facilement à se convaincre — par les chiffres — de ce que l'expérience particulière ne tarde pas à révéler, à savoir de la mortalité considérable encore des abcès et même des kystes hydatiques endo-pulmonaires, et aussi de la médiocre proportion des guérisons complètes et durables.

Pourquoi? Il serait puéril de méconnaître les difficultés auxquelles se heurtent, en pareille circonstance, médecin et chirurgien, ni de croire qu'on a fait avancer d'un pas la solution du problème clinique, en proclamant la nécessité de l'intervention précoce. De multiples obstacles se présentent à la réalisation d'un programme si simple à formuler; il convient de les étudier, et l'on peut les rattacher à trois chefs : 1° *les incertitudes et les difficultés du diagnostic médical*, je veux dire du diagnostic précis et localisateur; 2° cette idée, traditionnelle et toujours fort répandue, que les collections liquides du poumon ont une tendance heureuse et particulière à la guérison spontanée, à l'élimination par voie bronchique, — *l'idée de la vomique curatrice*, qui tarde plus ou moins, et qu'on attend; 3° *les imperfections de la technique chirurgicale*, qui, mieux réglée, sans doute, garde encore quelque renom d'entreprise hasardeuse, et porte la peine des tentatives désespérées qui lui sont imposées trop souvent.

I

« Dites-moi où est la collection, où il faut inciser : j'inciserai; mon rôle commence et finit là »; telle est la formule qui, au dire de quelques-uns, résumerait toute la participation du chirurgien au traitement des kystes et abcès du poumon. Nous ne l'acceptons pas, pour notre part, et nous croyons que, s'il est un terrain où la collaboration médico-chirurgicale doive s'affirmer, où, seule, elle puisse donner d'heureux et féconds résultats, c'est bien celui des affections du thorax. Livrée à elle-même, l'exploration médicale tarde souvent un peu à arrêter ses conclusions; il semble qu'il faille doubler les preuves, pour se décider enfin à admettre l'éventualité d'un dénouement opératoire.

On sait à quelles surprises et à quelles erreurs donne lieu le kyste hydatique : l'expulsion de vésicules, par vomique, est fréquemment la première à révéler la nature insoupçonnée de l'affection. Faut-il donc l'attendre, et voir là un élément indispensable du diagnostic? Et, sur cette vieille donnée, ne laisse-t-on pas grossir outre mesure certains kystes, qu'on aurait pu, en réalité, reconnaître et faire opérer beaucoup plus tôt, et dans des conditions beaucoup moins dangereuses? L'exemple suivant le montrera.

Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, qui exerçait la profession de porteur aux Halles, et n'accusait aucun antécédent morbide de quelque importance; la tuberculose ne figurait pas dans son hérédité, et lui-même n'avait jamais été soigné pour une affection de la poitrine, avant les accidents dont nous allons parler.

Vers la fin de l'année 1900, il crache à plusieurs reprises un peu de sang pur; puis il est pris brusquement, à la suite de fatigue, d'étouffements et d'une angoisse continue qui l'obligent à garder le lit trois jours, inerte, et souffrant, au moindre mouvement respiratoire, d'une sensation très pénible de constriction thoracique; après une petite quinte de toux, il expectore, en plusieurs fois, environ deux cuillerées à bouche de sang rouge. Sitôt la crise passée, il vient consulter à l'hôpital, où l'on fait appliquer des ventouses; puis, à huit jours de là, il reprend son travail, et deux années se passent sans que rien d'anormal vienne l'arrêter.

Au début de 1902, les étouffements reparaissent, et aussi les crachements de sang. A ce moment, d'ailleurs, notre homme avait de fréquents éblouissements, des vertiges, des nausées; tous les jours, surtout le matin et après les repas, il vomissait des « eaux claires, un peu aigres, et légèrement filantes »; c'étaient là des pituites, suivant toute vraisemblance, car il buvait alors 2 litres de vin par jour, il avait de fréquents cauchemars, et souffrait de l'estomac. Il fut soigné à l'hôpital Andral, pour du surmenage et du nervosisme, et prit de l'opium et du valérianate d'ammoniaque. Au bout de dix jours, il retournait aux Halles; mais, trois mois après, il devait suspendre de nouveau son travail, et, depuis, tous les deux ou trois mois, les mêmes crises se sont reproduites, avec des caractères semblables et une acuité croissante. Pourtant, dans les premiers mois de 1903, à la consultation d'un hôpital, on lui affirme « qu'il est nerveux et qu'il se frappe à tort »; en juillet de la même année, dans une « clinique », on le traite, comme pleurétique, par des sirops et des pilules; le 15 juillet, il entre à l'hôpital : on fait le diagnostic de dyspepsie. Il sort bientôt; puis, le 19 septembre, il vient à l'hôpital Tenon, de plus en plus souffrant et dyspnéique; il tombe en syncope pendant le trajet. Il est placé dans le service de notre collègue M. Florand, qui porte le diagnostic de kyste hydatique du poumon gauche.

Voici ce que l'on constate, à ce moment : le côté gauche du thorax est soulevé en une voussure très nette, qui occupe les troisième, quatrième et cinquième espaces intercostaux; cette voussure aurait toujours existé, au dire du malade, mais elle aurait augmenté dans les derniers temps. A l'amplexation, cette moitié du thorax est manifestement plus développée. Elle est occupée par une vaste zone de matité, qui, en avant, commence au-dessous de la clavicule, se prolonge jusqu'à 1 centimètre de la ligne médiane et descend jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du mamelon; qui se poursuit dans l'aisselle et, en arrière, s'étend jusqu'au-dessous de la pointe de l'omoplate. Sur tout ce terrain, les vibrations thoraciques sont abolies, et le murmure vésiculaire n'est pas perçu; en avant, sous la clavicule, et au niveau d'une étroite bande, la respiration est soufflante, il y a du retentissement de la toux et un peu de pectoriloquie aphone; en arrière, à deux travers de doigt au-dessous de la pointe scapulaire, la respiration se retrouve, un peu voilée; plus bas, au-dessous de la pointe, elle est humée à l'inspiration. La pointe du cœur bat à trois travers de doigt en dedans du mamelon : les bruits sont, du reste, normaux, bien qu'un peu lointains. J'ajoute que le malade n'a pas de fièvre, qu'il crache très peu, mais qu'il a de fréquentes quintes de toux sèche, et une dyspnée continue.

L'examen radiographique confirma les résultats de l'exploration médicale, et montra une large tache obscure, correspondant aux deux tiers inférieurs de l'hémithorax gauche, à bord net, et plus étendue transversalement à sa limite supérieure (*fig. 1*).

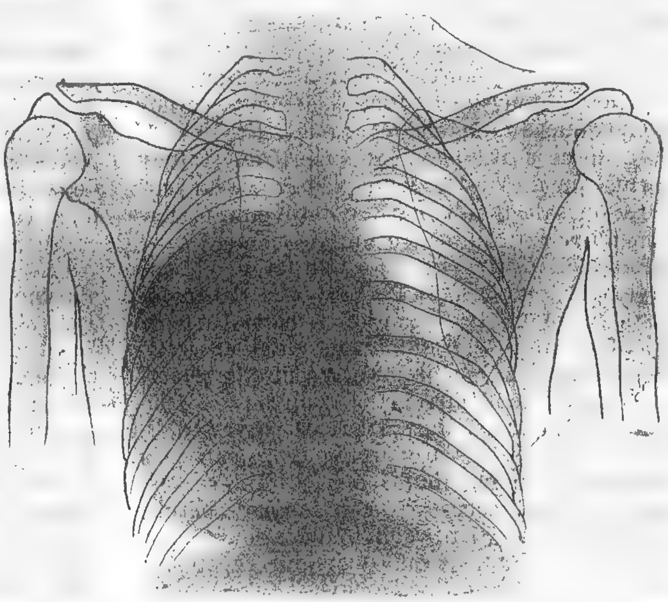


Fig. 1.
Kyste hydatique du poumon gauche (radiographie du thorax).

L'opération eut lieu le 14 octobre 1904. Je fis une incision oblique le long du bord inférieur du grand pectoral gauche, en avant; je décollai et relevai ce muscle; puis la quatrième côte fut dénudée et réséquée sur une longueur de 6 centimètres au niveau de la ligne axillaire antérieure. Sous la plèvre, on voyait saillir une poche grisâtre très tendue, qui, d'ailleurs, se déplaçait lors des mouvements respiratoires; la plèvre fut incisée, et, les adhérences manquant, la poche fut fixée à la paroi par deux catguts, en haut et en bas, puis ouverte entre les deux fils. Il s'écoula une quantité considérable de liquide très légèrement trouble; la poche était unique, grande à y loger une tête d'enfant et semblait développée dans les couches toutes superficielles du poumon; elle fut vidée, sans qu'on y trouvât de vésicules filles; la membrane mère fut décollée et extraite; puis un drain fut laissé dans la cavité, que l'aspect du liquide nous empêcha de fermer, et la plaie fut partiellement réunie.

Le malade guérit sans incidents notables et sortit le 30 novembre. Nous l'avons revu maintes fois, depuis, en excellent état, local

(1) C. Garrè et H. Quincke. Grundriss der Lungenchirurgie. Iéna, 1903.

et général. La radiographie ci-dessous (*fig. 2*) montre que le thorax a repris son aspect normal.

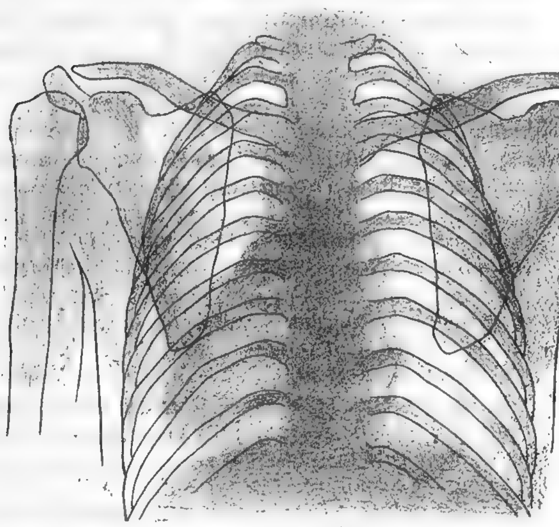


Fig. 2.
Radiographie du thorax après l'opération.

C'était là, en somme, un cas favorable, bien que le malade fût très amaigri et malingre, et que l'idée de tuberculose se présentât d'emblée, à le voir. Il est permis d'ajouter qu'un examen plus précis de la poitrine, et complété par la radiographie, eût révélé sans doute, à une date très antérieure, la présence du kyste en voie d'accroissement; le diagnostic a été fait et l'opération pratiquée, à temps encore, mais la rupture intra-pleurale n'eût sans doute pas tardé, avec toutes les graves conséquences qu'elle entraîne. Nous devons remarquer encore que la vomique, si fréquente, dit-on, que certains auteurs en font l'élément pathognomonique du diagnostic, n'avait, ici, en présence de ce développement superficiel et tout extrinsèque du kyste, aucune chance de se produire; on sait, d'ailleurs, que cette élimination bronchique est loin d'être un dénouement heureux; qu'elle est parfois mortelle, et qu'elle est suivie, en tout cas, de l'infection de la cavité kystique, et de la formation d'une « caverne hydatique » qui se traduit bientôt par des accidents d'intoxication progressive et d'hecticité.

La bizarrerie et l'irrégularité même des accidents fonctionnels, leurs reprises suivies d'accalmies parfois très prolongées, les apparences morbides, souvent multiples et différentes, qu'ils revêtent successivement, sont de nature à éveiller l'attention, à provoquer des recherches et des examens radioscopiques répétés. Il y a là des problèmes complexes, qu'on ne résoudra jamais du premier coup, hormis le cas où la tumeur, longtemps méconnue, a fini par acquérir les dimensions considérables, et si dangereuses, que nous signalions plus haut. Ces malades, ces « suspects » sont à revoir et à suivre; tel « petit point », telle zone de submatité, d'obscurité respiratoire, deviendront plus accusés, se confirmeront, s'étendront, à des examens successifs; et cette persistance localisée, cet accroissement dûment constaté deviendront de précieux éléments d'appréciation. S'il m'était permis d'empiéter ici, fort timidement, sur le terrain médical, je dirais que la « clinographie », que M. Pensuti a voulu ériger en méthode générale (1), trouve, en pareille occurrence, ses meilleures applications. N'est-il pas de toute nécessité de fixer graphiquement les résultats de la percussion et de l'auscultation, de donner un corps et des contours à ces nuances d'examen, en les inscrivant sur des « schémas » du thorax, qui, comparés entre eux, deviendront une sorte d'expression visuelle de l'évolution des lésions profondes? On en peut dire autant des radiographies répétées à certains intervalles. Nous savons à quels obstacles, parfois insurmontables, se heurte, en pareil cas, la sagacité du médecin; il n'est pas interdit, pourtant, d'espérer que le nombre pourra diminuer, des kystes que le chirurgien n'opère que lorsqu'ils sont suppurés, ouverts dans les bronches ou dans la plèvre, et tellement développés qu'ils ont détruit la plus grande partie du poumon.

(1) V. Pensuti. Saggio di clinografia; nuovo metodo per la rappresentazione grafica degli esami obbiettivi degli infermi. Rome 1903. — The universal method of clinical writing by means of clinography. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 mai 1905, p. 1602.)

Suppurés, les kystes hydatiques ne se distinguent plus, en général, des autres collections purulentes intra-pulmonaires, et, d'ailleurs, au point de vue où nous nous plaçons, le diagnostic précis de nature n'est nullement indispensable : l'important, c'est de pouvoir opérer à temps, grâce à une localisation suffisante, *l'abcès inclus dans le poumon.*

Je m'en tiens à ce terme tout général et compréhensif, et je range, dans cette même catégorie, les pleurésies enkystées, interlobaires, suppurées, et les abcès pulmonaires proprement dits. Leur évolution, leur pronostic diffèrent, c'est entendu; en pratique, nous voulons qu'on nous dise ceci : il y a du pus, et du pus collecté, en tel point; et cela suffit.

Cette formule simplificatrice ne saurait faire méconnaître la diversité si grande de nature et d'évolution des abcès endo-pulmonaires, ni faire admettre que toutes les suppurations du poumon se prêtent à l'action chirurgicale. Loin de là; les abcès multiples qui succèdent à la pyohémie, à l'infection puerpérale, par exemple, ou à des embolies septiques, sont au-dessus de nos ressources, et l'un d'eux fût-il de siège bien précisé et accessible, que l'ouverture sanglante n'en serait pas moins une intervention vaine. La contre-indication n'est pourtant pas absolue, lors d'embolie septique, et M. Tuffier (1) a pu réunir 6 observations de ce genre, avec 4 guérisons : c'est que l'embolie peut être unique, ou, tout au moins, ne donner lieu qu'à un seul foyer de suppuration pulmonaire, et nous citerons plus loin un cas de ce genre, opéré trop tard, malheureusement, et alors que la plèvre était envahie. Même lors de collection unique ou semblant telle, l'état du reste du poumon et du poumon opposé, d'une part, l'état général, de l'autre, peuvent rendre illusoire tout recours à la chirurgie. Ici encore, du reste, nous ne devons pas oublier que le type de l'infection originelle est le facteur principal de la gravité et du pronostic; que l'abcès n'est pas tout, et que l'ouvrir et le drainer sera peu de chose, si l'organisme est incapable de réagir utilement, et si les défenses naturelles, qui, seules, achèvent de guérir, sont paralysées et impuissantes. Cette notion pathogénique, au sens microbien et infectieux, domine toute la question des indications et des résultats.

En ce qui concerne le diagnostic, une première division doit être établie parmi ces suppurations endo-pulmonaires, suivant qu'elles se présentent à l'état aigu ou chronique. Les abcès aigus succèdent aux diverses variétés de pleuropneumonie : s'agit-il d'abcès parenchymateux ou, plus souvent, de collections interlobaires, le différend est malaisé à trancher; quoi qu'il en soit, le nombre de ces abcès parapneumoniques ou post-pneumoniques semble moins restreint qu'on ne croirait, à s'en rapporter à l'opinion médicale courante. Sur 1,200 cas de pneumonie, M. A. Fränkel (1) déclarait, en 1903, qu'il n'avait constaté de suppuration enkystée que dans la proportion de 2 %, proportion qu'il réduisait même à 1.5 %, après une nouvelle revision des observations. On a répondu, non sans vraisemblance, que les abcès ne se manifestent, assez souvent, qu'à une date retardée, alors que le malade a déjà quitté l'hôpital, et que, de la sorte, un certain nombre de faits échappent à l'observation du médecin. Le chiffre des opérations publiées témoigne, d'ailleurs, que l'éventualité ne saurait être tenue pour exceptionnelle : dans la statistique dressée par M. Eisendrath (2), les abcès consécutifs à la pneumonie (à toutes les variétés de pneumonie), et opérés, figurent au nombre de 93, parmi lesquels on relève 53 abcès aigus (25 simples, 28 gangreneux), et 40 abcès chroniques avec bronchiectasie (14 simples, 26 gangreneux) (3).

(1) Tuffier. De la chirurgie du poumon, principalement dans les cavernes tuberculeuses et la gangrène pulmonaire. (*Douzième Congrès international des sciences médicales*, section de chirurgie, Moscou, 1897, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 310.)

Pour les abcès aigus, leurs rapports de succession immédiate ou très prochaine avec l'affection pleuro-pulmonaire causale fournissent au diagnostic un premier élément : la défervescence ne s'est pas faite ou s'est mal faite; très vite, la fièvre remonte et le thermomètre marque ces grandes oscillations ou cette courbe irrégulière qui fait soupçonner la suppuration; l'état général reste précaire et s'aggrave, et, très souvent, c'est à une évolution tuberculeuse aiguë que l'on pense tout d'abord. Mais l'examen soigneux de la poitrine dénonce, du côté primitivement malade, une disparition incomplète des signes physiques : il reste une zone plus ou moins nette de submatité et de faiblesse respiratoire, et, tout autour, des râles et de la respiration soufflante; ce n'est ni de la pneumonie ni de la pleurésie franches, et l'étrangeté même des résultats de l'auscultation et de la percussion, rapprochée de la persistance de la fièvre et des accidents généraux, doit mettre en éveil. Qu'on lise la leçon de Trousseau sur les abcès pulmonaires et péripulmonaires, ou celle de M. le professeur Dieulafoy (4) sur la pleurésie interlobaire, et l'on se rendra compte de toutes les difficultés d'un pareil diagnostic; mais on reconnaîtra aussi quel appoint fournit à l'interprétation clinique la continuité de l'observation, dès le début de l'affection aiguë pleuro-pulmonaire.

Le problème est autrement obscur, lors d'abcès chroniques, lors de suppurations longtemps latentes et méconnues, et qui ne révèlent leur présence, et cela, de façon toujours ambiguë, que des mois, des années parfois, après l'infection originelle. Ainsi en est-il, dans certaines formes d'abcès pneumococciques, interlobaires ou pulmonaires, et aussi, très souvent, dans les suppurations enkystées, et d'ordinaire putrides, consécutives aux corps étrangers. On sait que le corps du délit peut avoir été expulsé depuis longtemps, alors que l'infection locale progresse sourdement; il arrive aussi que le corps étranger, restant enclavé dans le tissu pulmonaire, y détermine les plus graves lésions, qui, elles-mêmes, ne se manifestent brusquement et sous une forme inattendue que beaucoup plus tard. Un fait publié en 1904 par M. Büdinger (5) est

(1) A. Fränkel. (*Verein für innere Medicin in Berlin*, séance du 18 mai 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 181.)

(2) D. N. Eisendrath. The surgery of pulmonary abscess, gangrene and bronchiectasies following pneumonia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9, 16 et 23 nov. 1901.)

(3) En 1902, M. Floyd W. McRae (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 sept. 1902, p. 739) s'est efforcé de faire un second classement de ces faits, en ne conservant que ceux qui se rapportent originellement à la pneumonie lobaire aiguë : il arrive au nombre de 73, dans lequel figurent 40 abcès aigus et 33 abcès chroniques, et il y joint deux observations personnelles.

(4) Dieulafoy. La pleurésie interlobaire (étude médico-chirurgicale). (*Semaine Médicale*, 1899, p. 369-376.)

(5) K. Büdinger. Ueber Lungensequester. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 oct. 1904, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 190.)

à citer ici : le malade avait, à très longtemps de là, avalé un épi de blé; il n'en souffrait pas autrement, lorsque l'on constata les signes d'une pneumonie bâtarde du lobe moyen et inférieur du poumon, et, bientôt, un empyème; puis, brusquement, on reconnut, au même niveau, une vaste excavation. La troisième côte fut réséquée, et, après avoir évacué l'empyème, on trouva une grande cavité suppurée, intrapulmonaire, d'où fut extrait un « séquestre pulmonaire » gros comme le poing, et qui contenait l'épi de blé. La guérison eut lieu lentement.

En dehors de ces éventualités rares, ce que nous avons appris de l'évolution des abcès chroniques montre bien de quelle importance est la recherche — et la découverte — dans les antécédents, même fort lointains, du malade, d'une affection aiguë pleuro-pulmonaire. D'ailleurs, il est fréquent que, depuis cette crise aiguë, plus ou moins ancienne, plus ou moins atténuée, interprétée de façon diverse et dénommée pneumonie, pleurésie, congestion pulmonaire, fluxion de poitrine, grippe, ou plus simplement « point de côté », certains accidents, auxquels le patient n'a souvent prêté qu'une attention médiocre, aient persisté : expectoration abondante, quintes de toux, bouffées de chaleur le soir, et aussi diminution progressive de l'appétit, amaigrissement, pâleur et « mauvaise mine ». Ailleurs, une vomique tardive éclaire brusquement la situation. Le fait suivant servira d'exemple. Un plombier de trente et un ans entre, au mois d'août 1901, à l'hôpital Tenon, pour une pleurésie droite légère, qui ne le retient que huit jours à l'hôpital; après un court séjour à la campagne, il se sent « complètement guéri » et reprend son travail, qu'il continue, sans autre incident, pendant quatre mois. Il toussait un peu, toutefois. Le 1er janvier 1902, il est pris de malaise, et, dans une quinte de toux, il vomit, à plusieurs reprises, la valeur d'un verre de « sang rouge ». Le lendemain, il retournait à sa besogne. Ce ne fut que le 3 février qu'il se fit de nouveau admettre à l'hôpital, dans le service de notre collègue, M. Le Gendre : il est alors très oppressé, tousse beaucoup; il a 39° le soir, et son état général est mauvais; le médecin qui l'envoie a craint une fièvre typhoïde; on ne trouve, d'abord, qu'une respiration légèrement soufflante au sommet droit en avant et en dehors, et en arrière une respiration soufflante mêlée de quelques râles sous-crépitants; les crachats sont muqueux et nagent dans une grande quantité de liquide. A quelques jours de là, un point douloureux se manifeste sous le mamelon droit, la dyspnée devient intense; l'expectoration est très abondante et survient surtout le matin, au réveil; 3 à 4 crachoirs sont remplis dans les vingt-quatre heures. Du côté droit, en arrière, sous la pointe de l'omoplate, dans l'aisselle et en avant, on constate une respiration amphorique, et du tintement métallique; mais ces signes d'auscultation ne sont pas permanents. Cependant la température est fort irrégulière, oscillant entre 38° et 39°5. Le 7 mars, le relevé de la percussion et de l'auscultation est le suivant : en avant, du skodisme sous la clavicule, et plus bas, de la matité; sur la partie antéro-latérale, un bruit net de pot fêlé; dans la même zone, une respiration très faible et quelques râles sibilants et ronflants; en arrière, de la sonorité exagérée dans la fosse sus-épineuse, et de la matité, au-dessous, dans les deux tiers inférieurs; la respiration est à peu près normale dans la fosse sus-épineuse et la partie supérieure de la fosse sous-épineuse; plus bas, elle est soufflante, avec un timbre amphorique, qui devient de plus en plus rude, à mesure qu'on s'avance vers l'aisselle. Ces résultats concordent, du reste, avec ceux de la radioscopie pratiquée par M. Béclère, et qui montre une obscurité très accusée, commençant à un doigt au-dessous de la clavicule et descendant, en avant, sur toute la hauteur du poumon, pour se continuer, en se réduisant dans le sens vertical, sur le côté et en arrière.

Dans ces conditions, M. Le Gendre porta le diagnostic de pleurésie interlobaire suppurée droite, développée surtout à la partie antérieure, et je pratiquai l'intervention, avec lui, le 14 février. Tout d'abord, dans l'intention, bien superflue, je l'avoue, de confirmer encore le siège de la cavité, des ponctions furent faites, avec une longue aiguille, sur les lignes axillaires, antérieure et postérieure : elles restèrent entièrement « blanches ». Je traçai alors une incision oblique croisant la ligne axillaire antérieure, au niveau de la cinquième côte, qui fut dénudée et réséquée sur une longueur de 8 centimètres; en dessous, je découvris une plèvre très épaissie, grisâtre, doublée, semblait-il, d'un épais substratum : je la ponctionnai et du pus fétide et clair jaillit aussitôt. L'ouverture agrandie, on pénétra dans une poche fermée, large à loger le poing, en partie incluse dans le poumon qu'on apercevait en arrière, noirâtre et mobile, et se prolongeant assez loin en avant, jusque sous le sternum. La cavité fut détergée aux compresses, sans lavage; deux gros drains y furent laissés, et la plaie rapprochée seulement aux deux angles. La cicatrisation était achevée le 3 avril.

Cet insuccès de la ponction exploratrice, tel que nous l'avons éprouvé ici, est loin d'être rare, et l'on aurait tort de compter sur elle pour trancher un diagnostic hésitant. Le fait vaut qu'on y insiste, car il n'est pas d'observation de collection supposée intrapulmonaire où l'on n'ait eu recours à l'aiguille aspiratrice : elle donne parfois des résultats positifs, et qui servent alors, il faut le reconnaître, à rendre mieux assurée encore l'opération, mais ce sont précisément les cas où la poche, devenue superficielle, est aussi très suffisamment révélée par les autres modes d'exploration; ailleurs, si l'on a du pus, c'est un hasard — heureux, sans doute —, mais rien de plus, et, de l'éventualité contraire, on ne doit rien conclure.

C'est donc, en somme, aux signes physiques, aux signes d'auscultation et de percussion, à l'exploration médicale, qu'il faut demander les preuves de l'existence, d'abord, de la localisation, ensuite, du foyer purulent. La radiographie — et surtout la radioscopie — apportent une aide utile à l'examen clinique, mais elles n'acquièrent toute leur valeur que par la comparaison de leurs résultats avec ceux de cet examen, et par l'interprétation raisonnée des uns et des autres; on avait, dans les premiers temps, escompté trop haut les résultats pratiques de leurs applications pleuro-pulmonaires; toutefois, la réaction inévitable ne saurait aller jusqu'à méconnaître le parti qu'on en peut tirer; seules, elles ne suffisent jamais, mais, associées aux autres signes physiques, elles en deviennent une précieuse confirmation, et les conclusions émises en 1901 par M. Tuffier (1) n'ont pas cessé d'être les plus sages : si la röntgenographie est négative, et que l'exploration physique soit nettement positive, « il faut passer outre et se baser sur la percussion et l'auscultation », surtout à gauche, car il est probable que l'ombre du cœur masque alors les lésions; lorsqu'il y a désaccord entre l'examen clinique et l'examen aux rayons X, et que ce dernier soit de résultat très net, le problème devient plus complexe, et l'on fera bien de répéter à plusieurs reprises, et de faire répéter, l'auscultation et la percussion; si « l'entente » finalement ne se réalise pas, c'est à la clinique qu'il conviendra, en général, de se rattacher.

D'ailleurs, le diagnostic revêt un aspect fort différent, suivant que la collection suppurée est encore intacte et qu'elle est incluse dans la profondeur du parenchyme, ou que, par le fait d'une vomique antérieure, elle est mise en communication avec l'arbre bronchique; dans cette seconde hypothèse, les signes cavitaires apparaissent, beaucoup plus frappants et plus révélateurs que ceux de la première période. Ce qui est plus caractéristique encore, c'est de voir se succéder, au cours d'une observation minutieuse et prolongée, à la matité et le silence respiratoire plus ou moins complet du premier stade, les bruits de caverne du second. Souvent, on n'observe le malade qu'à cette deuxième étape, et la nature réelle de cette excavation prête à nouvelle discussion, d'autant plus que la septicémie chronique qui en dérive ressemble mieux à la tuberculose.

Je ne saurais insister. Il est certain que, de par la constitution même du thorax, on n'obtiendra jamais cette évidence que créent une constatation visuelle ou un palper direct, mais l'exploration n'en dispose pas moins de moyens suffisant à fournir un diagnostic utilisable. Que l'abcès pneumonique du poumon soit exceptionnel, je le veux bien, mais les suppurations endo-pulmonaires, au sens général, ne le sont pas; et, si l'on répétait un peu moins souvent qu'elles sont rares, qu'elles sont très difficiles, presque impossibles à reconnaître de bonne heure, avant la vomique, on hésiterait moins, on attendrait moins longtemps les signes de certitude absolue, et nous aurions à faire moins d'opérations *in extremis*, sur des pseudo-tuberculeux, des cachectiques, des agonisants.

II

Ces difficultés, très réelles, du diagnostic sont sans doute la cause principale des retards meurtriers; et il ne saurait venir à l'idée de personne d'en faire porter au médecin consciencieux la responsabilité; si l'on pouvait voir et sentir l'abcès du poumon, on le ferait inciser de bonne heure, comme tout autre abcès. Mais il y a une autre cause encore aux atermoiements, parfois excessifs, il faut le dire : c'est précisément cette notion, toujours classique, en réalité, et partout répandue, d'une certaine évolution propre aux collections endo-pulmonaires, et aboutissant à la cure spontanée par vomique. J'aurais bien mauvaise grâce à élever les moindres doutes sur cette vomique curatrice, alors que les plus grands médecins l'admettent et en citent des exemples; mais il est permis, je pense, d'en discuter la fréquence, et de se demander si, réellement, l'élimination bronchique est un mode courant de guérison, et de guérison durable.

Tout d'abord, il convient de remarquer, avec M. Karewski (1), que la perforation intra-bronchique n'est pas autre chose qu'un hasard heureux sur lequel les moyens médicaux n'ont aucune action. On ne peut rien faire, que l'attendre, et aucune thérapeutique n'en saurait provoquer l'apparition ni hâter le moment. Même lorsqu'elle s'est produite, est-elle suffisante — souvent, au moins — à enrayer le processus d'infection locale et générale, et l'évacuation est-elle suivie de la cicatrisation du foyer? Qu'il en soit ainsi pour certaines vomiques précoces, survenant au cours de suppurations bénignes, chez des sujets de résistance encore peu compromise, la chose n'est guère discutable; mais, d'autre part, une observation s'impose : chez la plupart des malades opérés, on trouve mentionnées une ou plusieurs vomiques antérieures; tous ceux qu'on opère à la période de caverne — et c'est l'éventualité la plus ordinaire — avaient vidé ainsi, à tel ou tel moment, leur abcès, et le drainage bronchique continuait à se faire, comme en témoignait l'expectoration abondante. L'ouverture spontanée n'avait pas exercé cette influence bienfaisante et cette action curatrice que l'on escompte un peu trop communément.

Vaut-elle donc qu'on l'attende, cette vomique,

(1) Th. Tuffier. De la radiographie en chirurgie pulmonaire. (*Rev. de chir.*, août 1901, p. 121.)

(1) Karewski. Die chirurgische Behandlung der Lungenabscesse, insbesondere deren Dauerresultate. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 sept. et 6 oct. 1903, p. 1674, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 181.)

qu'on l'attende longtemps? On fixe, en général, à trois ou quatre semaines cette durée de l'expectation; au bout de ce temps, si les accidents généraux se poursuivent ou s'aggravent, il conviendrait de songer au recours chirurgical. Je dis : songer; car, en pratique, il arrive souvent que le stade d'observation se prolonge. Or, sans vouloir recommander le moins du monde une précipitation mal raisonnée, et qui, d'ailleurs, se trouverait souvent paralysée par l'insuffisance des signes de localisation, il convient de rappeler qu'une mesure uniforme et d'avance précisée n'est guère applicable à la diversité des modalités cliniques, et des variétés d'infection. Qu'on ne se presse pas trop en présence d'une collection de contours encore un peu indécis, d'une fièvre modérée, d'un état général qui « se maintient », cela va de soi; en sera-t-il de même lorsque les signes de septicité sont d'emblée des plus accusés et vont en s'aggravant très vite? Malheureusement oui, il en est assez souvent de même, et le fait que voici en montrera, mieux que toute considération, le résultat.

Un jeune homme de vingt-cinq ans, très vigoureux, adonné à tous les sports, est pris brusquement, à la suite d'un refroidissement en automobile, d'un frisson, d'un point de côté à droite, de dyspnée, de toux, d'une fièvre intense. L'évolution de l'affection n'est point celle d'une pneumonie franche, mais plutôt d'une bronchopneumonie grippale; à quelques jours de là, le poumon gauche est aussi atteint, quoique à un degré moindre. Au bout de deux semaines, la situation s'améliore, la fièvre tombe, mais pour remonter bientôt, en même temps que la douleur reparaît au côté droit, sous l'aisselle, que l'expectoration devient fétide et abondante, et que l'état général s'altère de plus en plus. Vers la base droite et sur le côté, on trouve une zone de matité et des signes stéthoscopiques, qui font penser assez vite à l'éventualité d'une collection suppurée; pourtant on attend toujours, s'efforçant de combattre la fièvre et la déchéance progressive par des médicaments divers. La suppuration devient certaine; elle est affirmée par des consultants de haute valeur : on attend encore. Finalement, sur le conseil de l'un d'eux, on se décide à « tenter » l'opération, au bout d'un mois. Mais ce qui est alors en cause, et fort discutable, c'est la possibilité d'intervenir encore, sans provoquer un dénouement immédiat. Le malade, amaigri, terreux, secoué de frissons, en orthopnée continue, ne semble pas de force à supporter la moindre anesthésie; non seulement le poumon droit est occupé, à sa base et en avant, par une vaste zone mate, autour et au-dessus de laquelle on trouve, jusqu'au sommet, du souffle et des râles fins, mais l'autre poumon est lui-même le siège de râles et de souffle, par foyers disséminés. J'opérai à la cocaïne, et aussi rapidement que possible : la huitième côte fut excisée, sur une longueur de 7 à 8 centimètres, puis la septième sur une longueur un peu moindre; je tombai sur le poumon adhérent et recouvert d'une coque épaissie, jaunâtre; je l'incisai, et, au doigt, je pénétrai dans le parenchyme, pour ouvrir bientôt une cavité remplie d'un pus d'une fétidité extrême; je la drainai avec deux gros tubes. Cette pneumotomie, très facile, en somme, et pratiquée, pour ainsi dire, à la volée, fut suivie d'une sédation appréciable des accidents; quelque espoir fut repris; le pansement fut refait chaque jour avec le plus grand soin, souillé chaque fois d'une quantité considérable de pus; le malade survécut quinze jours.

Ce cas était particulièrement grave, nous dira-t-on, et l'infection d'une malignité spéciale : sans doute, mais ces conditions n'en rendent que plus nécessaire l'intervention rapide. Et c'est pourquoi l'expectation permise — et relativement inoffensive — ne saurait être soumise à aucune règle générale de durée. Et les indications formulées par M. Karewski nous semblent fort sages : nous n'avons le droit, écrit-il, d'espérer une cure spontanée et nous ne pouvons, en conséquence, nous en tenir à l'expectation que dans les cas suivants : 1° chez les jeunes sujets; 2° lors de petits foyers du sommet; 3° dans certains abcès, plus volumineux, de la base, mais alors seulement qu'il s'agit de faits récents. Et ces données n'ont rien d'absolu : dès que l'ouverture spontanée tarde un peu, ou qu'elle est suivie d'une évacuation incomplète, d'une atténuation insuffisante des accidents, l'action directe s'impose, à quelque période que l'on soit.

C'est que, à attendre cette vomique « providentielle », on court le risque, non seulement d'une aggravation considérable de l'infection générale, mais d'une rupture de la collection suppurée dans la plèvre, ce qui est loin, cette fois, d'être un mode de guérison spontanée. Or, il est bien malaisé de préciser exactement la profondeur à laquelle se trouve la poche purulente, et de prévoir qui des deux cédera, de la paroi bronchique ou de la paroi pleurale. Et l'inondation pleurale devient, pour le pronostic, un élément de singulière aggravation. Le fait suivant pourra encore servir d'exemple. Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, qui, sans antécédents particuliers, et de façon tout accidentelle, avait été pris d'accidents pleuro-pulmonaires aigus, bientôt localisés à la base droite. L'hésitation et l'attente avaient été fort longues; et, lorsqu'il entra dans le service de mon collègue M. Ménétrier, on trouvait, avec un état général des plus précaires, les signes d'une vaste collection pleurale droite. Il fut opéré sans tarder; c'était sa dernière chance; je traçai un lambeau convexe en bas, j'incisai 10 centimètres des huitième et neuvième côtes, j'ouvris la plèvre qui donna issue à une grande quantité de liquide purulent, fétide; au fond de la cavité, sus-diaphragmatique, très vaste, et qui remontait loin en arrière, on apercevait le poumon recouvert d'une fausse membrane jaune; en un point, il paraissait flétri et grisâtre. Avec le doigt et la sonde cannelée, on compléta l'ouverture d'une cavité contenant encore du pus fétide, assez large pour loger trois doigts, et qui s'étendait jusqu'à 6 centimètres environ dans l'épaisseur du parenchyme; elle fut drainée, ainsi que la cavité pleurale. Ici encore, l'amélioration fut toute temporaire, et le malade succombait trois jours après. N'est-il pas rationnel de penser — et permis d'écrire — que la présence de ce foyer, volumineux, en somme, et superficiel, eût été reconnue, sans trop de peine, par une exploration suffisante, avant la perforation intrapleurale, et que l'opération, pratiquée à ce moment, eût présenté de grandes chances de succès?

On sait, d'ailleurs, combien, même lors de collections endo-pulmonaires de contenu moins septique, le fait de l'inondation pleurale devient une complication grave. Cela se réalise aussi pour les kystes hydatiques.

En résumé, on gagne rarement à attendre, et l'on perd très souvent, et la perte est toujours plus importante que le gain.

III

Il convient de reconnaître, toutefois, que les incertitudes de la technique opératoire ont pu, durant un certain temps, être invoquées pour expliquer la répugnance à y recourir. On les a grossies, d'ailleurs, et l'argument n'est plus guère qu'un prétexte, assez souvent.

Dans un certain nombre de cas, la collection, pour être intra-pulmonaire, n'en est pas moins aussi simple à ouvrir qu'une pleurésie de la grande cavité : la poche est étendue, adhérente, de siège nettement déterminé, il s'agit de réséquer une côte, de faire une incision jusqu'au pus, et c'est tout. Sans doute, l'intervention demande à être conduite avec certaines précautions particulières; la question de l'anesthésie est toujours fort délicate; au moment de l'ouverture de la collection, le pus et le sang font irruption dans les bronches et souvent sont expulsés en abondance par le nez et la bouche; j'ai vu succomber un malade, d'ailleurs opéré « en désespoir de cause », lui aussi, dans ces conditions et par ce mode d'asphyxie; la position assise ou presque assise est donc toujours à recommander, en pareille occurrence (1).

Quoi qu'il en soit, les pneumotomies simples, qui se résument en une incision « au point marqué », ne sont pas rares. Les adhérences, en effet, ont jalonné et localisé la place, dans la majeure partie des cas : sur 215 opérations, pour toutes lésions pulmonaires, analysées par M. Tuffier, elles existaient 190 fois, soit dans 88 % des observations. Elles sont surtout fréquentes autour des foyers suppurés : M. Eisendrath les note 24 fois dans les 25 abcès aigus, post-pneumoniques, simples qu'il a réunis (96 %); 24 fois dans les 28 abcès aigus gangreneux (90 %); 11 fois (80 %) dans les 14 abcès chroniques simples (dans 2 de ces faits, elles avaient été créées artificiellement, par le procédé de M. Quincke); 18 fois dans les 26 abcès chroniques gangreneux (une fois elles étaient artificielles). Or, leur importance pratique est capitale : même si la détermination topographique préliminaire a péché par quelque endroit, pourvu que l'écart ne soit pas trop grand, et qu'on puisse, au doigt, découvrir la zone adhérente, tout est pour le mieux, et c'est de ce côté que tout de suite les recherches seront poursuivies.

Les difficultés se montrent surtout : *a*) lorsqu'il n'y a pas d'adhérences; *b*) lorsque, la localisation étant imprécise, *il faut chercher le foyer*, au moins dans un certain rayon. C'est là, nous l'avons dit, une éventualité assez rare lors d'abcès, mais non lors de kystes hydatiques : sur 108 cas de kystes hydatiques opérés, réunis dans la thèse de M. Pasquier (2), 13 fois seulement les deux feuillets pleuraux étaient coalescents.

Or, même dans ces conditions de simplicité moindre, nous possédons aujourd'hui deux procédés techniques qui, bien appliqués, nous permettent, en général, de venir à bout de l'obstacle. Je veux parler : 1° de la possibilité d'explorer le poumon, au doigt, sur une zone assez étendue, sans créer de pneumothorax, grâce à la manœuvre de l'extériorisation immédiate; 2° de la possibilité de pénétrer dans le tissu pulmonaire, d'y forer une galerie, un tunnel, et, avec les précautions suffisantes, d'aller ouvrir sans dommage un foyer profond. L'expérience des dix dernières années a mis ces deux faits en pleine lumière. Le pneumothorax a cessé d'être un épouvantail; on pourrait presque dire que, moins on le craint, mieux on l'évite; en d'autres termes, si l'on saisit et amarre franchement le poumon, dès l'ouverture de la plèvre, si l'on sait l'attirer suffisamment au dehors et le faire servir de tampon dans la plaie, on réduit à un minimum inoffensif l'entrée de l'air, et l'on peut, dès lors, commencer et poursuivre l'exploration. En incisant au thermocautère la coque pulmonaire puis en continuant à progresser, doucement, lentement, au doigt, dans la trame du parenchyme, on réussit à se faire une voie, sans hémorrhagie notable, jusqu'à une collection encore profondément incluse.

Nous verrons mieux, sans doute, par l'emploi de la chambre « d'hypopression » de M. Sauerbruch, ou du dispositif inverse de M. Brauer, qui

---

(1) M. A. Frank (*Freie Vereinigung der Chirurgen in Berlin*, séance du 14 mars 1904, *in Zentr.-Bl. f. Chir.*, 7 mai 1904, p. 568), relatant 12 cas d'abcès du poumon, opérés dans les trois dernières années à l'hôpital Urban de Berlin, signale aussi cette expectoration hémorrhagique et putride avec angoisse, qui se produit au moment de l'ouverture de la cavité, et note un cas de mort par asphyxie; sur ces 12 faits, il compte, d'ailleurs, 7 guérisons.

(2) R. Pasquier. Diagnostic et traitement chirurgical des kystes hydatiques du poumon. (*Thèse de Paris*, 1899.)

laisse le thorax de l'opéré à l'air libre et maintient la tête dans un milieu d'hyperpression, l'une et l'autre méthode ayant pour but commun de prévenir l'affaissement du poumon et le pneumothorax consécutif (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 115 et 317); dans ces conditions nouvelles, des thoracotomies larges seront permises, ainsi que l'exploration directe du poumon sur une grande étendue. Même à l'heure présente, et avant que ces techniques si ingénieuses aient été sanctionnées par de nombreuses expériences et généralisées, nous sommes en état, avec nos moyens un peu grossiers encore, de mener à bien, pourtant, l'incision précoce des collections intra-pulmonaires; et l'intervention chirurgicale ne doit plus passer pour une pratique téméraire, mal réglée, pour un pis aller, un ultime recours auquel l'on se résout enfin, lorsqu'il n'y a plus rien à perdre ni à gagner, mais être considérée comme le traitement rationnel, le seul traitement curateur, dans la grande majorité des cas, et dont médecin et chirurgien doivent s'efforcer, de concert, de hâter l'heure. A vulgariser ces idées, à rendre plus générale leur application, on sauverait beaucoup de malades.

D[r] F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

BULLETIN

Les Académies de médecine pratique et le Corps médical allemand.

Si l'instruction scientifique des étudiants en médecine a fait, au cours de ces trente dernières années, de grands progrès dans presque tous les pays, il faut bien reconnaître que c'est un peu au détriment de la clinique et de la thérapeutique, c'est-à-dire du but propre de la médecine, qui est avant tout de diagnostiquer les maladies et de les traiter. On commence pourtant à comprendre, depuis quelques années déjà, qu'en médecine la science n'est pas tout, et que la pratique a une importance qui n'est pas moins grande. C'est par l'alliance indissoluble de ces deux parties de notre art qu'on parviendra à avoir des médecins instruits et capables.

Aussi la formation professionnelle des futurs médecins est-elle à l'ordre du jour dans un certain nombre de pays. Une circulaire du ministre de l'instruction publique vient de la poser à nouveau en France, sans qu'on puisse pour cela espérer qu'elle sera résolue dans tout le sens désirable. Cette même question a été tranchée, il y a quelques années, en Allemagne, où l'on a imposé aux nouveaux docteurs une année de pratique dans un hôpital avant de pouvoir exercer, ce qui correspond plus ou moins au stage hospitalier qui se fait en France, à cette différence près que chez nous il est intercalé au milieu des études médicales, tandis que dans l'empire allemand il est placé après les études universitaires.

D'autre part, et presque en même temps, par l'initiative privée des médecins, secondée quelque peu par les autorités, il fut organisé en Prusse des cours de perfectionnement pour les praticiens, qui fonctionnent dans bon nombre de villes du royaume et permettent aux médecins exerçant de se tenir au courant des nouvelles découvertes et des nouveaux procédés de diagnostic et de traitement (Voir *Semaine Médicale*, 1901, Annexes, p. CII). Ces cours ayant obtenu un légitime succès, le gouvernement prussien, qui se trouvait au courant des résultats acquis — l'assemblée générale du Comité central des cours de perfectionnement siège au ministère des cultes et des affaires médicales —, a été amené à envisager s'il ne serait pas plus avantageux de créer des établissements pour la médecine pratique auxquels on donnerait le nom d'Académies et qui pourraient servir à la fois pour l'année pratique exigée par la loi et pour l'instruction des médecins praticiens désireux de se perfectionner dans certaines branches constituant pour ainsi dire des spécialités.

Il fut d'abord question de la ville de Francfort-sur-le-Mein pour la création d'une Académie de médecine pratique, mais, devant certaines tendances plus ou moins hostiles, le projet fut abandonné. On manœuvra alors d'une manière secrète et en quelque sorte mystérieuse pour aboutir dans une autre région de la monarchie, et finalement on se mit d'accord avec la ville de Cologne. C'est donc dans la province rhénane qu'a été fondée la première Académie de médecine pratique; son inauguration a eu lieu au mois d'octobre dernier.

Toutes les négociations en vue de cette création ne se sont pas faites au grand jour, pas plus d'ailleurs que pour l'établissement du même genre qu'on a décidé de fonder à Dusseldorf. On dirait que le gouvernement a quelque arrière-pensée qu'il se garde de faire connaître. D'aucuns lui attribuent l'idée de vouloir placer ainsi, comme professeurs, des docenten dont les Universités regorgent; d'autres lui imputent une mainmise sur l'autonomie municipale des hôpitaux par le droit qu'il s'arroge sur tout ce qui concerne les établissements hospitaliers des villes où siège une Académie; il en est qui pensent que l'on voudrait ainsi régler ultérieurement la question des spécialistes au moyen d'un diplôme particulier qui serait délivré par les Académies. Tous sont d'avis qu'en agissant de la sorte, on porte tort aux Universités, qui ne disposeront plus d'un matériel clinique aussi riche que par le passé, et surtout qu'on tend à créer dans le Corps médical deux catégories de médecins, les *Akademiker*, pour les appeler à l'allemande, et les autres. Mais de sûr et de certain personne ne sait rien.

Toutefois, le règlement et le mode d'organisation de l'Académie de médecine pratique de Cologne, d'une part; le projet, déjà en voie d'exécution, de l'Académie de Dusseldorf, d'autre part, ont causé une véritable inquiétude dans le Corps médical allemand. De tous côtés, les Sociétés médicales (Cologne, Halle, Francfort-sur-le-Mein, Dusseldorf, Hambourg, etc.) ont fait entendre des protestations contre les Académies de médecine pratique. Déjà, l'année dernière, l'Association générale des médecins allemands avait été saisie de la question dans sa réunion de Rostock; cette année, elle l'a mise à l'ordre du jour du *Deutsche Aerztetag*.

En présence de ce soulèvement pour ainsi dire général des médecins allemands — le *Deutsche Aerztevereinsbund* compte 22,697 membres sur 30,457 médecins exerçant en Allemagne — le gouvernement prussien a « changé son fusil d'épaule », et pour atténuer quelque peu le coup qu'il allait recevoir du *Deutsche Aerztetag* qui a siégé à Strasbourg les 23 et 24 juin, il a fait déclarer le 17 juin, par le directeur des affaires médicales au ministère des cultes, qu'il n'était pas dans l'intention du pouvoir central de créer d'autres Académies tant qu'on ne serait pas fixé sur les résultats que pourraient donner celles de Cologne et de Dusseldorf et qu'en tout cas il ne serait désormais créé aucune Académie sans le consentement des représentants du Corps médical; il fut ajouté encore, entre autres choses, que jamais il n'avait été question d'instituer des diplômes pour les diverses spécialités médicales ou chirurgicales.

Mais ces déclarations officielles, faites dans l'assemblée générale du Comité central des cours de perfectionnement des médecins, n'ont pas dissipé entièrement les inquiétudes — on sait dans tous les pays ce que valent les assurances données par les ministres — et n'ont pas empêché le *Deutsche Aerztetag* de discuter la grave question dont il était saisi; il y a consacré toute la journée de samedi, et de l'ensemble des débats, auxquels un correspondant de la *Semaine Médicale* a assisté depuis le commencement jusqu'à la fin, il ressort que la réunion a été défavorable à la création des Académies de médecine pratique. Nos lecteurs pourront juger du sentiment de l'assemblée, en lisant la résolution qui a été adoptée et que nous reproduisons ci-dessous :

« Le *Deutsche Aerztetag* regrette qu'avant la création de l'Académie de médecine pratique [de Cologne] on n'ait pas entendu les représentants autorisés du Corps médical. L'*Aerztetag* ne voit dans la création de l'Académie aucune amélioration appréciable du perfectionnement des médecins praticiens, lequel perfectionnement a été jusqu'ici bien organisé par le Corps médical lui-même et avec ses propres ressources; il ne considère pas que l'Académie constitue le meilleur moyen de former à la pratique les jeunes médecins, mais il estime, au contraire, que c'est une institution pleine de dangers au double point de vue de l'union du Corps médical et des intérêts des Universités;

» Le programme, connu jusqu'ici, de l'Académie de Cologne, et celui de l'Académie projetée à Dusseldorf, ainsi que les notes mystérieuses et autres communiqués souvent contradictoires relativement à d'autres projets, engagent l'*Aerztetag* à mettre en garde contre la création d'autres Académies;

» Dans l'intérêt du Corps médical et des Académies, l'*Aerztetag* est d'avis qu'il est absolument nécessaire de procéder, avec le concours de la Société médicale de Cologne, à la revision du règlement et de l'organisation de l'Académie de médecine pratique de cette ville. »

Si l'on en juge par les faits que nous venons d'exposer, les Académies de médecine pratique n'ont pas, pour le moment, les sympathies de nos confrères allemands. Il est à croire, toutefois, que si ces établissements représentaient de véritables Ecoles d'application, sans autre visée connue ou inconnue, le Corps médical ne s'élèverait pas tout entier contre une pareille institution. Le gouvernement prussien a commis la faute, il est vrai, de ne pas consulter préalablement les représentants autorisés des médecins, et l'*Aerztetag* est assez puissant pour avoir amené le ministre à reconnaître qu'il n'en serait plus ainsi à l'avenir. Mais le principal intérêt de l'événement ne réside pas dans cette victoire toute locale. La question a une importance plus haute et dépasse les limites d'un pays : les Ecoles d'application pratique — la chose existe déjà en Angleterre et en Amérique sous le nom de *Post-graduate Schools* — sont-elles en soi un moyen efficace de former professionnellement les jeunes médecins? C'est là un problème que nous aurons l'occasion d'examiner un jour.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La radiothérapie par voie périnéale contre l'hypertrophie prostatique.

On se rappelle sans doute que M. Moszkowicz a récemment fait connaître les bons résultats qu'il a obtenus au moyen des rayons X dans le traitement de l'hypertrophie prostatique (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 162). De leur côté, deux médecins italiens, MM. les docteurs G. Carabelli et C. Luraschi (de Milan), ont eu recours à la radiothérapie contre la même affection; mais, contrairement au médecin viennois, qui faisait agir les rayons X par l'intermédiaire d'un spéculum rectal, nos confrères italiens se sont contentés d'irradier extérieurement la région périnéale. Voici la technique qu'ils ont adoptée :

Le malade est placé dans le décubitus dorsal, le bassin et les membres inférieurs reposant sur un plan incliné, de sorte qu'il est facile de bien exposer le périnée. On limite le champ à soumettre à l'action des rayons de Röntgen à l'aide d'une feuille d'étain perforée en son milieu et ne laissant à découvert que la région

comprise entre la racine de la verge et le sphincter anal. Le scrotum et la verge sont protégés au moyen de lames de plomb convenablement placées; il est bon de garantir de la même manière les aines et les cuisses. Les choses étant ainsi disposées, l'ampoule est maintenue à 20 ou 25 centimètres de la région; chaque séance dure environ une dizaine de minutes.

Chez les 2 malades qui ont été soumis au mode de traitement dont il s'agit, les résultats ont été fort encourageants. Dans l'un de ces cas, le traitement fut poursuivi pendant trois mois, au cours desquels on pratiqua en tout quinze séances. Au bout de ce temps, les phénomènes subjectifs avaient entièrement disparu et la miction se faisait d'une façon beaucoup plus satisfaisante que précédemment. Chez l'autre prostatique, on nota une amélioration sensible dès la sixième séance; après la dixième, il n'y avait plus que 10 c.c. d'urine résiduale. Ajoutons que chez ces deux patients l'amélioration ainsi obtenue se maintient depuis un an.

L'opothérapie testiculaire contre les ulcères variqueux des cryptorchides.

Ayant eu l'occasion d'observer, à l'hôpital civil de Versailles, 3 cas d'ulcères anciens de jambe chez des sujets atteints d'ectopie testiculaire, et convaincu d'autre part qu'il existe un rapport de cause à effet entre l'anomalie en question et les troubles trophiques de la peau, M. le docteur C. Barot a eu l'idée d'essayer l'opothérapie orchidienne contre ces ulcères de jambe, et les résultats de ces tentatives, dont notre confrère rend compte dans sa thèse inaugurale, ont été fort satisfaisants : 2 malades, en effet, ont guéri complètement; le troisième a été seulement amélioré, mais cet insuccès relatif s'explique, d'après M. Barot, par un état d'atrophie bien marqué de la jambe, consécutif à une fracture du fémur.

Au point de vue des doses, notre confrère injecte tous les jours ou tous les deux jours 2 c.c. d'extrait testiculaire — chaque série de sept piqûres étant séparée de la suivante par un intervalle de quelques jours de repos —, et cela jusqu'à ce que l'épidermisation paraisse assurée. La durée du traitement est d'ailleurs essentiellement variable : elle ne fut pas inférieure à quatre mois chez le premier des malades traités avec succès par M. Barot. Elle semble être en relation directe avec l'ancienneté des lésions.

Traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique par les lavements salicylés.

Depuis longtemps déjà le salicylate de soude a été préconisé contre la méningite cérébro-spinale épidémique, mais il n'est pas rare que telle ou telle circonstance, et notamment l'apparition de phénomènes d'intolérance gastrique, mette obstacle à l'administration du médicament *per os*. Aussi, dans 4 cas de ce genre, M. le docteur A. Seibert, médecin de l'hôpital Saint-François, à New-York, a-t-il prescrit avec avantage le salicylate de soude *en lavements*, suivant en cela une pratique qui a également donné de bons résultats, entre les mains de M. I. Erlanger, dans le rhumatisme articulaire aigu (Voir *Semaine Médicale*, 1893, Annexes, p. LXXXII).

En ce qui concerne la posologie, les doses ordonnées par M. Seibert sont quelque peu variables selon les cas. Ainsi, chez une jeune femme de vingt ans, notre confrère fit administrer d'abord 0 gr. 90 centigr. de salicylate de soude dissous dans une cuillerée à soupe d'eau chaude, et cette dose fut répétée 10 fois de suite, d'heure en heure; après un intervalle de douze heures, on recommença une deuxième série de lavements salicylés; le troisième jour du traitement, on n'en donna que 6; le septième jour, 3 seulement.

Chez 3 autres malades, M. Seibert a prescrit également 0 gr. 90 centigr. de salicylate de soude par lavement, mais en ne faisant répéter cette dose que toutes les six heures.

Dans ces 4 faits, la guérison a été obtenue, au bout d'un temps d'ailleurs variable, même alors que la situation semblait désespérée au moment où l'on institua le traitement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 juin 1905.

Anévrysme de l'artère tibiale postérieure survenu au cours d'un rhumatisme articulaire subaigu.

M. Routier relate l'observation d'un homme de quarante ans, sujet depuis plus de deux ans à des crises subintrantes de rhumatisme articulaire subaigu, au cours desquelles survinrent à plusieurs reprises des accidents cardiaques témoignant de l'existence de lésions mitrales et aortiques.

Au mois d'avril dernier, ce malade, qui était convalescent d'une grippe, éprouva une vive douleur bientôt suivie de gonflement au niveau du mollet gauche. L'examen du membre révéla quelques jours après l'existence d'une tumeur anévrysmale du volume d'un œuf de poule, située sur le trajet de l'artère tibiale postérieure.

L'extirpation de cette tumeur ayant été décidée, on lia au-dessus d'elle la tibiale postérieure, puis, ce vaisseau n'ayant pu être retrouvé au-dessous de la poche anévrysmale, celle-ci fut ouverte et réséquée; on lia ensuite trois petits vaisseaux donnant du sang rouge à la partie inférieure de la plaie qui fut refermée. Huit jours plus tard, la cicatrisation était complète.

Il s'est agi là vraisemblablement d'un anévrysme d'origine embolique : le rhumatisme datant de deux ans et demi environ, la récente attaque de grippe, les lésions orificielles du cœur plaident, du moins, en faveur de cette pathogénie.

Blépharoplastie par la méthode italienne.

M. Lagrange (de Bordeaux) communique l'observation d'une femme dont la face était couverte de cicatrices consécutives à une brûlure grave avec destruction presque complète des paupières de l'œil gauche.

Cette perte de substance fut comblée au moyen de fragments de peau empruntés au membre supérieur gauche suivant la méthode italienne, le bras étant maintenu en contact avec la tempe au moyen d'un appareil plâtré.

Dix jours après cette opération, le pédicule du lambeau cutané fut sectionné et le bras libéré.

La restauration des paupières a été très satisfaisante.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 juin 1905.

De l'asystolie survenant au repos : rôle de la rétention chlorurée dans la pathogénie de l'insuffisance cardiaque.

M. Vaquez. — Les différentes méthodes qui ont été proposées pour déterminer l'état fonctionnel du cœur arrivent toutes à cette conclusion, qu'un sujet atteint de cardiopathie, en état encore apparent d'adaptation, résiste moins bien qu'un individu sain au surmenage musculaire, si léger soit-il; mais ces méthodes sont muettes sur les causes qui font réapparaître les crises d'asystolie chez des sujets maintenus dans un état de repos physique et moral complet. Je crois que c'est dans le mode d'alimentation de ces patients qu'il faut chercher la cause de ces phénomènes asystoliques, survenant en l'absence de toute fatigue. C'est du moins ce qui semble ressortir des faits suivants :

Avec M. Digne, j'ai observé 2 malades atteints de lésion mitrale qui, malgré un repos complet au lit pendant tout leur séjour à l'hôpital, ont présenté à plusieurs reprises des crises d'asystolie, soit à la suite d'écarts de régime, soit à la suite de l'ingestion de chlorure de sodium. Dans un troisième fait, nous avons vu un sujet porteur d'une lésion aortique et d'une lésion rénale, chez lequel la cure de déchloruration a suffi à déterminer la disparition d'accidents asystoliques, lesquels ont réapparu par l'ingestion de chlorure de sodium. Cette observation, rigoureusement suivie pendant plusieurs mois, a été très démonstrative, parce que le malade présentait une perméabilité excessivement diminuée pour les chlorures : il suffisait d'ajouter à son régime alimentaire (maintenu constamment isothermique et isohydrique) une faible dose de sel pour voir se reproduire non seulement l'infiltration des tissus et l'œdème, mais aussi des phénomènes d'insuffisance cardiaque et d'asystolie. Il n'en est pas toujours ainsi : MM. Widal, Froin et Digne ont observé des sujets presque incapables d'éliminer le chlorure de sodium pendant la période asystolique, et dont la perméabilité rénale redevenait à peu près normale à la fin de cette période ou après sa disparition (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 378). Chez de tels malades, l'épreuve chlorurée au repos ne pourrait reproduire les accidents de l'asystolie; il faut quelque chose de plus, et c'est dans ce cas qu'interviennent la fatigue et le surmenage : ce sont alors ces derniers facteurs qui provoquent une insuffisance cardiaque définitive ou transitoire, et mettent le cœur dans l'incapacité de suffire à la chasse chlorurée normale.

On voit, en résumé, que cette notion de l'asystolie par rétention chlorurée a une importance pathogénique de premier ordre. Elle rend compte de certains phénomènes qui seraient inexplicables sans elle, et qui consistent dans la reproduction des complications les plus graves des affections du cœur pendant le repos complet du malade. Elle montre, d'autre part, combien est défectueuse la méthode de recherches qui consiste à établir le bilan de la résistance cardiaque par le simple mode de réaction du cœur et de la circulation vis-à-vis des mouvements spontanés ou provoqués.

M. Widal. — La rétention des chlorures, qui joue chez les cardiaques un rôle si considérable dans la genèse des œdèmes et de l'asystolie, comme viennent de le démontrer à nouveau les observations de MM. Vaquez et Digne, est elle-même un phénomène secondaire, d'ordre mécanique, passif, développé sous l'influence de la défaillance cardio-vasculaire.

Comme le rappelait M. Vaquez, j'ai démontré avec MM. Froin et Digne que tous les cardiaques ne présentent pas la même sensibilité au chlorure de sodium ingéré.

Ainsi, chez certains cardiaques à peine sortis d'asystolie ou encore en puissance d'œdème, nous avons pu voir, malgré une chloruration alimentaire intensive, les œdèmes et le poids diminuer progressivement. Une telle indifférence à la chloruration est un des meilleurs témoins du retour au bon fonctionnement cardiaque.

Nous avons, d'autre part, rapporté des faits montrant chez des cardiaques l'action hydratante du chlorure de sodium ingéré, alors que les œdèmes étaient presque effacés ou même avaient complètement disparu.

Lorsque de tels malades ont été soustraits à toute action mécanique par le séjour au lit, comme dans les observations de MM. Vaquez et Digne, on a tout lieu de penser que, si l'action pathogène du sel a pu s'exercer aussi rapidement, c'est parce que le système cardio-vasculaire n'avait sans doute pas encore retrouvé toute son énergie normale. L'ingestion des chlorures peut ainsi révéler la débilité persistante du système cardio-vasculaire à un moment où nos moyens d'investigation ordinaires sont impuissants à la démasquer, et devient un bon moyen de pronostic chez des sujets en instance d'asystolie.

Ces faits montrent bien, comme nous l'avons soutenu ici même, qu'un cardiaque, même en état d'équilibre chloruré, ne doit pas faire usage d'une alimentation trop salée, car on ne sait jamais à quel moment précis l'usage du sel pourra de nouveau lui être nuisible.

Leucémie myélogène avec tumeurs multiples de l'intestin grêle.

M. Letulle communique, en son nom et au nom de M. Halbron, l'observation d'une jeune femme de vingt-cinq ans, atteinte de leucémie myélogène, et dont l'autopsie montra que la surface de l'intestin grêle était recouverte, dans toute son étendue, de tumeurs sessiles, de dimensions variables, développées aux dépens de la couche sous-séreuse et constituées par une hyperplasie du tissu conjonctivo-vasculaire, dont les mailles étaient remplies d'éléments cellulaires nucléés.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES DU BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

Publié pendant le deuxième trimestre de l'année 1905.

La lettre placée immédiatement après le numéro de la page du journal indique la colonne où se trouve l'indication et le rang, en suivant l'ordre de l'alphabet français, qu'occupe ladite indication dans cette colonne. Notre alphabet comportant 26 lettres, y compris le w, pour les cas assez rares où la colonne comprend plus de 26 indications, on recommence l'alphabet en doublant chaque lettre.
Les majuscules (A, C, O, U, Z) indiquent la première colonne, les minuscules (a, c, o, u, z) la seconde colonne, les italiques (*a, c, o, u, z*) la troisième colonne.

D

E

J

K

L

M

N

O

T

U

V

Z

TRAVAUX ORIGINAUX

La rétention de l'urée dans le mal de Bright, comparée à la rétention des chlorures.

L'urée et le chlorure de sodium sont, parmi les substances que le rein doit éliminer, celles dont la rétention est aujourd'hui le mieux connue au cours du mal de Bright.

On sait depuis longtemps que l'urée est retenue en excès dans le sang de certains brightiques. L'urée, ou pour mieux dire les corps azotés, étaient en effet les seules substances que les analyses chimiques, fréquemment répétées après les découvertes de Bright, permissent de déceler en grand excès dans le sang de certains urémiques. C'est sous l'influence de cette notion qu'a été créé le terme trop exclusif d'urémie, employé pour désigner l'ensemble des accidents survenant à la suite de l'insuffisance rénale.

Depuis que l'un de nous a mis hors de doute avec M. Lemierre (1) le rôle du chlorure de sodium ingéré, dans la pathogénie de l'œdème brightique, et que nous en avons déduit les indications de la cure de déchloruration (2), l'intérêt qui s'attache dans la pratique à l'étude de la rétention du sel est unanimement reconnu. Cette rétention peut être mesurée avec exactitude par le bilan des chlorures régulièrement dressé et par la courbe quotidienne du poids des malades soumis à un régime fixe.

L'urée et le chlorure de sodium peuvent être simultanément retenus par le rein lésé; les effets dus à leur accumulation se confondent alors dans le tableau classique de l'urémie, mais, chez certains brightiques, on peut n'observer que la rétention de l'une ou l'autre substance.

Ainsi, tel malade peut avoir les reins frappés pour un temps d'insuffisance partielle portant uniquement sur l'élimination des chlorures. On voit alors se dérouler chez lui les accidents dus à ce que nous avons appelé la *chlorurémie*, mot qui désigne l'état de rétention chlorurée, sans préjuger en rien d'une rétention dans le sang.

Chez d'autres sujets, l'insuffisance ne porte que sur l'élimination des déchets provenant de la désintégration des albuminoïdes. La rétention azotée, ou azotémie, dont l'urée fait, en grande partie, les frais, en est la conséquence.

Dans de tels cas d'insuffisance dissociée, on peut étudier à loisir les syndromes occasionnés par l'une ou l'autre rétention.

Chacune d'elles diffère par le procédé d'accumulation aussi bien que par les effets produits.

L'urée et le chlorure de sodium ne sont pas les seules substances arrêtées par le rein malade, mais elles sont parmi les plus importantes.

Commençons par résumer ce que nous savons de la rétention chlorurée, avant d'aborder l'étude de la rétention de l'urée au cours du mal de Bright.

I

Chez un brightique, l'analyse chimique ne révèle, en général, qu'une teneur à peu près normale de chlorure de sodium dans le sérum sanguin, alors même que l'étude du bilan des chlorures montre que ce sel est retenu au maximum dans l'organisme. Le sel ne fait, en effet, que passer dans le sang et ne s'y accumule pas.

Les chiffres que nous avons obtenus dans nos analyses concordent avec ceux qui ont été trouvés par M. H. Strauss (1) et par M. Lœper (2). Dans le même ordre d'idée, M. Cohnstein (3), puis MM. Achard et Lœper (4) ont vu que les chlorures injectés disparaissent plus vite du sang que de la lymphe ou des sérosités.

Si l'analyse des chlorures du sang ne révèle pas une augmentation de ces sels en rapport avec leur rétention, on peut cependant noter, chez certains brightiques, une légère majoration de leur chiffre normal. Au lieu de 5 à 6 grammes de chlorures par litre, il nous est arrivé d'en trouver de 6 à 7 grammes chez ces malades infiltrés d'œdème, en état de rétention chlorurée.

Un hasard de prise de sang peut même faire assister à une surcharge passagère des chlorures dans la circulation. Dans un cas, l'un de nous, avec M. Rostaine, a constaté dans le sérum d'un brightique 8 gr. 65 centigr. de chlorures avec un point cryoscopique de — 0°78. La quantité d'urée par litre n'était que de 0 gr. 76 centigr. Cette surcharge fut très passagère, car l'analyse du sang, renouvelée le lendemain, ne donnait déjà plus que 7 gr. 85 centigr. de chlorures et 0 gr. 44 centigr. d'urée.

Les chlorures chassés dans les tissus y exercent une action physique qui aboutit à leur hydratation, ainsi que le fait peut être facilement mis en évidence dans certaines néphrites à prédominance épithéliale.

L'œdème est l'indice d'une hydratation déjà avancée de l'organisme. La rétention des chlorures et l'hydratation qui s'ensuit existent depuis quelque temps quand s'observe pour la première fois, sur le membre infiltré d'un néphritique, le godet d'œdème.

Entre l'hydratation normale d'un brightique non œdémateux et le degré d'hydratation pathologique qui se traduit par l'œdème, il y a place pour une hydratation progressivement croissante et non apparente : c'est elle que nous avons appelée le *préœdème*.

Les œdèmes apparents qui distendent le tissu cellulaire sous-cutané représentent la localisation la moins dangereuse de l'hydratation; ils ne constituent guère qu'une difformité gênante, qui immobilise les malades.

La courbe des poids, qui, prise systématiquement, fournit, comme l'a montré M. Chauffard (5), de si utiles enseignements chez les malades hydropiques, peut, ainsi que nous l'avons établi, permettre de dépister même des hydratations profondes et d'en noter les progrès.

Très redoutables sont ces œdèmes qu'on ne voit pas et qui sont décelables seulement par la balance. Infiltrant profondément les organes, ils peuvent prêter à l'éclosion de symptômes viscéraux variés.

La dyspnée est souvent fonction de chlorurémie. Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, chez un malade atteint de néphrite interstitielle et en proie à une forte dyspnée, avec quelques râles seulement aux deux bases pulmonaires, nous avons pu reconnaître par la balance qu'un excès de 6 litres d'eau infiltrait les tissus, alors qu'aucune trace d'œdème ne pouvait déceler un tel supplément d'hydratation. La dyspnée, chez cet homme, était bien due à une infiltration profonde des poumons. La preuve en fut donnée par le régime déchloruré qui, en quelques jours, occasionna une chute de poids de quelques kilogrammes, en même temps que la disparition de la gêne respiratoire.

Les troubles gastriques et intestinaux entrent souvent dans le syndrome de la chlorurémie. On sait que les vomissements des brightiques renferment fréquemment une notable quantité d'urée; mais nous avons montré que, d'autres fois, et précisément chez des néphritiques en état de rétention chlorurée, le liquide vomi contenait du chlore en grand excès par rapport au chlore ingéré (1). Tel malade n'absorbait que de l'eau lactosée et vomissait de l'eau salée; tel autre éliminait plus de chlore par sa diarrhée que par ses urines. Le vomissement et la diarrhée chlorurémiques apparaissent, dans certains cas, comme une déchloruration de fortune, petit moyen de défense employé par l'organisme pour se débarrasser en partie du chlorure que le rein ne peut éliminer.

Enfin, dans un certain nombre de faits, toute une série de symptômes nerveux, au cours du mal de Bright, tels que respiration de Cheyne-Stokes, attaques épileptiformes, peuvent reconnaître pour cause l'imprégnation chlorurée des centres corticaux bulbaires : l'action puissante de la diète chlorurée ne se comprendrait pas, s'ils n'étaient fonction de chlorurémie.

MM. Ambard et Beaujard (2), tout en admettant que la rétention du chlorure de sodium est l'élément indispensable à la formation de l'œdème brightique, se sont demandé s'il ne saurait y avoir de rétention chlorurée sans hydratation des tissus; en d'autres termes, s'il n'y aurait pas de « rétention chlorurée sèche ». Ils ont relaté dans ce journal même des faits fort bien étudiés de néphrite interstitielle où le poids du malade, soumis à un régime fixe, restait à peu près invariable malgré une forte déchloruration attestée par le bilan des chlorures. Ils ont rappelé, en faveur de leur opinion, que l'un de nous, avec M. Lemierre, avait rapporté des faits comparables.

Les chlorures retenus dans les tissus au cours du mal de Bright n'occasionnent donc pas seulement le grand syndrome caractérisé par une hydratation rapide provoquant la formation d'œdèmes étendus, avec oligurie, hypochlorurie et souvent poussée d'albuminurie. Les symptômes de la chlorurémie sont parfois très effacés, et, sous son influence, on peut voir survenir toute une série d'accidents viscéraux qui ont été englobés jusqu'ici dans le cadre de l'urémie. Mais la chlorurémie n'est qu'une partie de l'urémie.

II

La présence d'un excès d'urée dans le sérum est le meilleur témoin de la rétention de cette substance, parce que, contrairement aux chlorures, l'urée s'accumule dans le sang, sans que tout son excès soit chassé dans les tissus.

Voyons tout d'abord ce que nous savons de l'accumulation de l'urée dans le sang des brightiques.

Il est connu, depuis les célèbres expériences de Prévost et Dumas, qu'il y a augmentation d'urée dans le sang des animaux néphrectomisés, et l'on sait également, par les recherches de Bright, que l'urée peut s'accroître dans le sang de certains néphritiques. M. Gréhant (3) a définitivement établi que la formation de l'urée a lieu dans les tissus en dehors des reins et que

---

(1) Widal et Lemierre. Pathogénie de certains œdèmes brightiques; action du chlorure de sodium ingéré. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 12 juin 1903, p. 678, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 199.)

(2) F. Widal et A. Javal. La cure de déchloruration; son action sur l'œdème, sur l'hydratation et sur l'albuminurie à certaines périodes de la néphrite épithéliale. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 26 juin 1903, p. 733, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 219.) — La chlorurémie et la cure de déchloruration dans le mal de Bright. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov, 1903, p. 1107.)

(1) H. Strauss. Die chronischen Nierenentzündungen in ihrer Einwirkung auf die Blutflüssigkeit und deren Behandlung; nach eigenen Untersuchungen am Blutserum und an Transsudaten. Berlin, 1902.

(2) M. Lœper. Mécanisme régulateur de la composition du sang. (*Thèse de Paris*, 1903.)

(3) Cohnstein. Weitere Beiträge zur Lehre von der Transsudation und zur Theorie der Lymphbildung. (*Arch. f. Physiol.*, 1895, LIX, p. 350.)

(4) Ch. Achard et M. Lœper. Variations comparatives de la composition du sang et des sérosités. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 15 juin 1901, p. 645 et *Semaine Médicale*, 1901, p. 204.)

(5) Chauffard. De la méthode des pesées quotidiennes pour l'évaluation quantitative des épanchements du péritoine et de la plèvre. (*Semaine Médicale*, 1901, p. 233-236.)

(1) Widal et Javal. La chlorurémie gastrique. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 19 mars 1904, p. 516, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 95.)

(2) L. Ambard et E. Beaujard. La rétention chlorurée sèche. (*Semaine Médicale*, 1905, p. 133-136.)
L. Ambard. Rétention chlorurée dans les néphrites interstitielles. (*Thèse de Paris*, 1905.)

(3) N. Gréhant. Recherches physiologiques sur l'excrétion de l'urée par les reins. (*Thèse de doctorat ès sciences*, Paris, 1870.)

l'accumulation de cette substance dans le sang, pendant les heures qui suivent l'ablation des reins, suit la même marche qu'après la ligature des uretères.

Rappelons que dans le sang de l'homme le taux de l'urée oscille entre 0 gr. 20 et 0 gr. 50 centigr. Les plus forts chiffres correspondent aux périodes digestives.

Il existe au reste sur la présence de l'urée dans le sang des brightiques une abondante littérature dont on peut trouver l'indication dans le travail de M. Strauss (1).

Cet auteur a dosé l'azote contenu dans le sérum sanguin de 69 brightiques et dans la sérosité de 21 d'entre eux. Il a fait encore des dosages comparatifs d'azote dans le sang de cirrhotiques, de cardiaques, de fébricitants et de sujets atteints d'affections diverses. Il conclut que c'est dans les cas d'urémie que l'on observe la rétention la plus marquée, et que cette rétention est plus élevée dans la néphrite interstitielle que dans la néphrite parenchymateuse, même quand il existe des phénomènes urémiques. Les chiffres les plus forts ont été obtenus ensuite avec le sang d'un sujet mort de coma cancéreux, d'un pneumonique, d'un cirrhotique, d'un diabétique comateux, d'un mitral.

M. von Jaksch (2), dans 2 faits de néphrite chronique, sans urémie, a constaté une teneur normale du sérum sanguin en urée. Il s'agissait sans doute dans ces observations d'accidents chlorurémiques. Il a noté, par contre, une rétention très marquée dans 3 cas d'urémie grave dont 2 se terminèrent rapidement par la mort. Le sérum sanguin de ces malades contenait respectivement 4 gr. 175 milligr., 4 gr. 418 milligr. et 5 gr. 85 centigr. d'urée par litre, c'est-à-dire 10 à 12 fois plus que la teneur normale. Chez le dernier de ces patients, la lésion rénale avait été occasionnée par un empoisonnement par l'oxycyanure de mercure. L'auteur a noté encore une augmentation de l'urée du sang dans des cas de pneumonie lobaire, de fièvre typhoïde et surtout d'artério-sclérose, toutes affections où le rein peut être lésé.

Dans un travail paru ici-même, MM. Achard et Paisseau (3) disent que l'analyse du sérum, pratiquée chez 10 brightiques, ne leur a permis d'observer qu'une seule fois un chiffre faible d'urée, soit 0 gr. 33 centigr. par litre. Chez les 9 autres malades, les analyses ont toujours donné des chiffres supérieurs à 1 gramme; 6 fois même, ils dépassaient 2 grammes et, chez 3 malades, ils oscillaient entre 3 et 5 grammes.

D'une façon générale, MM. Achard et Paisseau ont, beaucoup plus fréquemment que les autres auteurs et que nous-même, obtenu, dans le sang des brightiques, des chiffres élevés d'urée.

Nous avons dosé l'urée du sérum chez 20 brightiques, en prenant soin de précipiter au préalable l'albumine par l'alcool. Si l'on fait agir directement l'hypobromite de soude sur le sérum, on obtient des chiffres majorés dont les variations diffèrent d'un cas à l'autre et peuvent aller du simple au double, lorsque l'urée est en faible proportion dans le sang. Voici quelques-uns des résultats que nous avons obtenus :

Les plus hauts chiffres ont été trouvés chez 3 malades morts d'urémie peu de temps après la prise du sang. Chez l'un d'eux, on comptait 4 gr. 20 centigr. d'urée par litre; cinq mois auparavant un examen du sang n'en avait donné que 1 gr. 18 centigr. Dans le second cas, on nota 4 gr. 03 centigr., dans le troisième 4 gr. 68 centigr. d'urée par litre.

(1) H. Strauss. (*Loc. cit.*)

(2) R. von Jaksch. Weitere Beobachtungen über die Mengen des im Blute des kranken Menschen sich vorfindenden Harnstoffes. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, 1903, XXIV, 11, p. 401.)

(3) Ch. Achard et G. Paisseau. La rétention de l'urée dans l'organisme malade. (*Semaine Médicale*, 1904, p. 209-214.)

Ces patients étaient sans œdèmes, au moment où ces chiffres ont été constatés.

Chez un cardio-rénal atteint d'affection mitro-sigmoïdienne avec reins atrophiés, nous avons trouvé 2 gr. 60 centigr. d'urée dans le sang trois jours avant la mort.

Chez certains malades, l'augmentation de l'urée semble un phénomène précurseur de la fin. Un homme atteint d'hémorrhagie cérébrale avec artériosclérose n'avait que 0 gr. 66 centigrammes d'urée dans le sang vingt-trois jours avant la mort; il n'en avait plus que 0 gr. 33 centigr., dix jours plus tard. La veille du jour où il succomba, on constata 2 gr. 21 centigrammes d'urée par litre de sérum.

Certains brightiques supportant bien leurs lésions rénales peuvent présenter pendant longtemps, dans le sang, des chiffres d'urée oscillant autour de 1 gramme. Nous avons suivi pendant plus d'une année une femme dont la lésion rénale était bien compensée et dont le chiffre d'urée dans le sang variait dans ces limites.

Chez les brightiques à grands œdèmes, l'urée peut n'exister dans le sang qu'en quantités relativement minimes. Chez un d'eux, suivi pendant plusieurs mois, la quantité d'urée du sérum est restée sans cesse oscillante entre 0 gr. 31 centigr. et 0 gr. 64 centigr.; chez un autre, elle est restée autour de 0 gr. 40 centigr.; chez une autre encore, elle variait entre 0 gr. 23 et 0 gr. 33 centigr. : chiffres normaux. Deux malades atteintes d'affection cardio-rénale, également avec grands œdèmes, présentaient à leur entrée dans le service, l'une 0 gr. 33 centigr., l'autre 0 gr. 37 centigr. d'urée dans le sérum.

Ces recherches nous montrent donc toutes les variations que peut subir l'excès d'urée dans le sang des brightiques. Ces variations, nous l'avons vu, sont indépendantes du développement des œdèmes. L'excès de l'urée dans le sang des brightiques ne peut cependant dépasser certaines limites. L'organisme, en général, ne saurait guère tolérer longtemps plus de 5 grammes d'urée par litre de sang. Un des chiffres les plus élevés qui aient été rencontrés est celui de 5 gr. 85 centigr., trouvé par M. von Jaksch. Les quantités les plus fortes que nous ayons notées pour notre part oscillent entre 4 et 5 grammes. Les taux de 3 et 4 grammes ne s'observent guère, du reste, que dans les périodes terminales de la maladie; leur constatation autorise donc un pronostic grave.

III

Il était intéressant de comparer l'abaissement du point de congélation du sérum et la teneur de ce liquide en urée.

Expérimentalement, MM. Richter et Roth ont les premiers établi que l'excès de concentration moléculaire du sérum, chez les animaux atteints de néphrite toxique, est dû avant tout à la rétention des produits azotés de désassimilation.

M. Strauss reconnaît que, lorsque, pour le sérum, le degré cryoscopique s'abaisse au-dessous de $-0^{\circ}59$, la rétention azotée ne fait presque jamais défaut, mais il ne voit pas de corrélation exacte entre la quantité d'azote retenue et l'abaissement du point de congélation, car il trouve quelquefois ce dernier normal avec une très forte rétention azotée (1).

Nous avons, de notre côté, étudié chez un grand nombre de brightiques le point de congélation du sérum, comparativement à la teneur de ce liquide en urée et en chlorures.

Lorsque le chiffre d'urée ne dépassait pas 1 gramme par litre de sérum, nous avons toujours trouvé des valeurs de Δ comprises entre $-0^{\circ}54$ et $-0^{\circ}60$, sauf une fois, où, avec 0 gr. 79 centigr. d'urée par litre, nous avons trouvé pour point de congélation $-0^{\circ}62$.

Chez une brightique qui, à quatre reprises dans le courant d'un même mois, avait dans son sérum des quantités d'urée oscillant entre 1 gr. 18 et 1 gr. 93 centigr., la cryoscopie nous a donné pour Δ des valeurs comprises entre $-0^{\circ}59$ et $-0^{\circ}64$.

(1) H. Strauss. (*Loc. cit.*, p. 70.)

Dans 4 cas d'urémie, le sérum contenait de 2 à 3 grammes d'urée par litre. Le degré cryoscopique était alors compris entre $-0^{\circ}64$ et $-0^{\circ}69$.

Enfin, dans 4 autres faits d'urémie avec des teneurs d'urée supérieures à 3 grammes, nous avons trouvé pour Δ des valeurs variant entre $-0^{\circ}60$ et $-0^{\circ}75$. La valeur de $-0^{\circ}75$, qui est une des plus considérables que nous ayons obtenues, correspondait au maximum d'urée que nous ayons observé (4 gr. 03 et 4 gr. 68 centigrammes).

Quoique l'abaissement du point cryoscopique du sérum ne se soit pas montré rigoureusement proportionnel à la teneur de ce liquide en urée, nous avons trouvé, comme c'était à prévoir, un lien très étroit entre la concentration uréique du sérum et l'abaissement du point de congélation; nous n'avons jamais eu à enregistrer, comme M. Strauss, de grandes rétentions azotées avec un degré cryoscopique normal.

Parmi les autres molécules qui, dans le sérum, influent sur le point de congélation, le chlorure de sodium, à cause de sa très grande abondance, joue un rôle primordial. Ce n'est que par exception qu'on le trouve dans le sérum en quantité notablement supérieure à la normale. Dans les cas que nous venons de citer, le maximum observé a été de 6 gr. 32 centigrammes.

Dans le fait rapporté plus haut, où l'un de nous, avec M. Rostaine, a constaté dans le sang d'un artérioscléreux 8 gr. 65 centigr. de chlorure par litre et où on ne comptait que 0 gr. 76 centigr. d'urée, l'abaissement du point cryoscopique à $-0^{\circ}78$ était en rapport avec la concentration chlorurée.

On a émis des opinions diverses sur le rapport qui pouvait exister entre les valeurs de Δ et les symptômes cliniques observés au cours des néphrites.

M. Lindemann observe que, dans le cours du mal de Bright, lorsqu'il ne survient pas d'urémie, le point de congélation du sérum conserve une valeur normale; l'apparition des phénomènes urémiques coïncide constamment, pour lui, avec l'abaissement du degré cryoscopique.

M. von Korányi considère les valeurs de Δ comme abaissées dans tout le cours du mal de Bright, mais un grand abaissement impliquerait un pronostic grave.

D'après M. Strauss, le point de congélation du sérum ne descend pas au-dessous de la limite extrême $-0^{\circ}60$ dans les néphrites sans urémie. Dans les cas d'urémie confirmée, il n'est jamais normal, mais toujours abaissé et souvent dans une proportion énorme.

M. von Jaksch a vu 2 cas d'urémie où le Δ du sérum était normal et il n'y avait pas non plus augmentation de l'urée. Chez 2 autres urémiques, il a trouvé pour Δ des valeurs de $-0^{\circ}68$ et $-0^{\circ}72$ avec 0 gr. 441 milligr. et 0 gr. 417 milligrammes d'urée par litre.

Les grands abaissements du degré cryoscopique, s'ils sont passagers, peuvent n'être que l'indice d'une rétention chlorurée; permanents, ils doivent faire penser, en général, à une forte rétention azotée due à l'urée ou à d'autres substances à plus grosses molécules. Ils impliquent dans ce cas la gravité du pronostic que comportent les fortes proportions d'azote dans le sang.

IV

A certaines périodes du mal de Bright, on observe une dissociation dans les troubles de perméabilité des reins qui ne laissent passer qu'une faible partie des chlorures absorbés, alors qu'ils éliminent toute l'urée provenant de la désassi-

milation des albuminoïdes ingérés. Nous avons rapporté (1) des observations prouvant la réalité d'une telle dissociation et M. Chauffard (2) a publié ici même une belle observation confirmative.

Au cours de recherches sur l'hémoglobinurie paroxystique, l'un de nous a pu constater, avec M. Rostaine, d'une façon pour ainsi dire expérimentale, cette dissociation de la perméabilité pour les chlorures et l'urée. Tandis que pendant l'attaque d'hémoglobinurie, au moment où les reins sont encombrés d'hémoglobine, l'élimination des chlorures est diminuée, comme l'ont établi les recherches de MM. J. Courmont, Morel et André (3), l'élimination de l'urée, au contraire, n'est en rien amoindrie, ainsi que nous avons pu l'établir dans plusieurs observations.

On sait, d'autre part, que, chez les brightiques, après ingestion d'un surcroît d'albuminoïdes, comme l'a montré M. Kornblum (4), ou après ingestion d'un surcroît d'urée, ainsi que l'ont ensuite établi MM. Achard et Paisseau (5), on observe souvent au début un déficit dans l'élimination de l'azote; après quelques jours, l'équilibre azoté s'établit spontanément.

Rappelons que, pour mesurer l'activité des reins malades, M. Gréhant (6) a proposé de comparer le poids d'urée contenue dans des volumes égaux d'urine et de sang.

L'analyse chimique du sang, répétée fréquemment et d'une façon systématique chez des brightiques soumis à une alimentation albuminoïde toujours exactement connue, nous a permis de pénétrer le mécanisme régulateur qui préside chez certains malades au rétablissement de l'équilibre azoté (7). Il ne s'agit pas là d'un phénomène dû à la simple accumulation brutale de l'urée. Nous avons constaté que ce mécanisme régulateur se fait avec une précision telle, que, pour une même dose d'albuminoïdes ingérées, le degré de rétention uréique dans le sang se fixe à un chiffre assez constant. Ce chiffre varie suivant la perméabilité des reins pour l'urée.

Ainsi, une de nos brightiques, soumise à un régime lacté contenant 105 grammes d'albuminoïdes, avait successivement, à quelques jours d'intervalle, 1 gr. 21 et 1 gr. 18 centigr. d'urée dans son sérum. En lui faisant absorber en plus de son régime alimentaire une solution renfermant 20 grammes d'urée, son sérum se chargeait, après dix jours, de 1 gr. 93 centigr. d'urée par litre. En cessant l'ingestion de l'urée, le taux de cette substance dans le sérum retombait, après sept jours, avec une fixité remarquable, à 1 gr. 19 centigr.

Cette même malade, soumise à un régime principalement végétarien et ne contenant que 28 grammes d'albuminoïdes, n'avait après neuf jours que 0 gr. 36 centigr. d'urée dans son sérum.

(1) F. Widal et A. Javal. La chlorurémie et la cure de déchloruration dans le mal de Bright. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov. 1903, p. 1107.) — La dissociation de la perméabilité rénale pour le chlorure de sodium et l'urée dans le mal de Bright. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 19 déc. 1903, p. 1639, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 419.)

(2) A. Chauffard. La néphrite par le sublimé. (*Semaine Médicale*, 1905, p. 13-15.)

(3) J. Courmont, Morel et André. Recherches sur des cas d'hémoglobinurie paroxystique essentielle. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 30 déc. 1904, p. 1255, et *Semaine Médicale*, 1905, p. 9.)

(4) H. Kornblum. Ueber die Ausscheidung des Stickstoffs bei Nierenkrankheiten des Menschen im Verhältnis zur Aufnahme desselben. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1892, CXXVII, 3, p. 409.)

(5) Ch. Achard et G. Paisseau. (*Loc. cit.*)

(6) N. Gréhant. Mesure de l'activité physiologique des reins par le dosage de l'urée dans le sang et dans l'urine. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv. 1904.)

(7) F. Widal et A. Javal. Le mécanisme régulateur de la rétention de l'urée dans le mal de Bright; l'indice de la rétention uréique chez les brightiques. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 22 oct. 1904, p. 301 et 304, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 347.)

Avec un régime mixte, renfermant 64 grammes d'albuminoïdes, ce taux montait à 0 gr. 57 centigrammes. En ajoutant à ce régime la quantité de viande nécessaire pour fournir 104 grammes environ d'albuminoïdes, le sang se chargeait peu à peu de 1 gr. 01 à 1 gr. 05 centigr. d'urée et conservait ce taux presque invariable pendant tout le temps que durait le régime. Nous voyons donc qu'une même quantité d'albuminoïdes, qu'elle provînt du lait ou de la viande, déterminait chez notre malade un degré de rétention uréique à peu près analogue.

Une telle observation nous montre que si l'on impose à un brightique un surcroît d'alimentation azotée, la teneur du sang en urée augmente progressivement, pendant une première période que l'on pourrait appeler celle de l'accumulation uréique proprement dite.

Pendant de longues phases de l'affection, cette accumulation peut n'être que passagère, car, si du premier coup elle persistait d'une façon continue, l'urée atteindrait bientôt dans le sang un taux dangereux, incompatible avec la vie, et que l'on ne trouve que dans les périodes terminales de la maladie. Au moment où l'équilibre azoté s'établit, la teneur du sang en urée s'élève à un chiffre qui se maintient tant que la ration d'albumine reste fixée au même poids. C'est, si l'on peut dire, la période d'état de la rétention uréique.

Pour triompher de la résistance que les reins opposent au passage de l'urée, le sang se surcharge d'une certaine quantité de cette substance. Par une adaptation automatique, il se met à un état de pression uréique dont le taux varie suivant le degré de la lésion rénale et la quantité d'albumine ingérée.

La teneur du sang en urée peut rester fixe chez un brightique qui n'est pas à la période terminale de l'urémie tant que la ration d'albumine ne change pas, mais, pour une même quantité d'albumine ingérée, cette teneur du sang en urée varie d'un sujet à l'autre; elle varie également chez le même sujet suivant l'âge de la maladie. C'est une notion importante sur laquelle nous désirons insister, c'est elle qui permet de dégager chez un brightique ce que l'on pourrait appeler *l'indice de la rétention uréique*.

Les deux termes de cet indice sont fournis par le chiffre de l'urée sanguine d'une part, et de l'autre par la quantité d'albumine contenue dans le régime fixe suivi par le malade.

C'est la comparaison de ces deux termes qui permet d'apprécier le degré de la rétention uréique.

Lorsque l'urée dans le sang atteint les chiffres considérables de 3 à 4 grammes par litre, il n'est pas nécessaire de connaître la dose d'albumine ingérée pour conclure à une forte rétention. Mais de tels chiffres, nous l'avons vu, ne s'observent guère que dans les périodes terminales de la maladie, à une époque où le mécanisme régulateur ne peut plus compenser des lésions rénales trop avancées. Pendant presque toute la durée de l'évolution des néphrites chroniques, la quantité d'urée dans le sang se maintient à des chiffres beaucoup plus bas. C'est alors que, pour mesurer le degré de la rétention uréique, il est important de comparer ces chiffres à la quantité d'albumine ingérée.

Ainsi, un brightique qui, absorbant la dose normale de 100 grammes d'albuminoïdes environ, aurait 1 gramme d'urée par litre de sang, au lieu de 0 gr. 15 à 0 gr. 50 centigr., chiffres normaux extrêmes indiqués par les auteurs, présenterait un état de rétention uréique relativement faible, dont l'indice autoriserait la continuation d'un régime assez riche en albuminoïdes. C'est le cas de la malade dont nous avons rapporté plus haut l'histoire, qui a bien supporté un régime contenant environ 104 grammes d'albuminoïdes provenant pour la plus grande partie de la viande.

Ce même chiffre de 1 gramme d'urée constaté dans le sang d'un brightique n'absorbant que 30 à 40 grammes d'albuminoïdes par jour témoignerait, au contraire, d'un état de rétention accentué et pourrait commander des indications de diététique toutes différentes. D'ailleurs, l'inappétence est très fréquente chez les sujets dont le sang est surchargé d'urée.

L'histoire de notre malade prouve encore qu'un brightique peut présenter dans le sang une dose d'urée d'apparence normale, tout en étant en état de rétention uréique. Pendant une période de son régime, la femme dont nous venons de rapporter l'observation n'avait que 0 gr. 36 centigr. d'urée dans le sang. Ce chiffre, qui n'aurait rien d'excessif pour une ration quotidienne de 100 grammes d'albuminoïdes environ, devient, au contraire, un indice de rétention pour une ration quotidienne de 28 grammes d'albuminoïdes, qui était celle que prenait notre malade pendant cette période d'observation.

Ainsi, grâce à ce mécanisme régulateur, le rein améliore son fonctionnement et retrouve exactement la perméabilité qui lui est nécessaire pour assurer le libre passage de l'urée qu'il est chargé d'éliminer.

L'organisme, pendant ce temps, reste en état de rétention uréique, et nous avons montré que le degré de cette rétention, qu'il est souvent utile de connaître dans la pratique, ne peut être évalué que par la comparaison de la teneur du sang en urée avec la quantité d'albumine ingérée.

V

L'accumulation de l'urée, qui, chez les brightiques, se fait avant tout dans le sang, n'aboutit pas, comme celle des chlorures infiltrant les tissus, à la formation des œdèmes. Ce point mérite quelques développements, d'autant plus que MM. Achard et Paisseau ont soutenu que l'urée en excès dans les tissus en provoquait l'hydratation en y entraînant avec elle de l'eau salée puisée aux dépens du sang.

Ces auteurs se sont d'abord appuyés sur ce fait qu'ayant introduit 6 grammes d'urée dans le péritoine d'une cirrhotique, dont l'ascite avait peu à peu disparu, ils ont vu l'épanchement augmenter notablement quelques heures après cette injection. Une ponction exploratrice pratiquée à ce moment leur montra que l'urée, comme l'aurait fait tout autre corps, avait provoqué dans la séreuse un flux d'eau salée.

C'est là une expérience intéressante au point de vue de la physiologie pathologique des échanges osmotiques, mais dont les résultats ne peuvent être comparés aux phénomènes dus à la rétention de l'urée dans le mal de Bright.

Dans l'expérience en question, l'urée, dans la sérosité péritonéale, se trouve en grand excès par rapport à la quantité contenue dans le sang circulant, puisqu'on introduit dans la séreuse deux fois plus d'urée qu'il n'en existe dans la totalité du sang. Pour rétablir l'équilibre uréique, il est donc naturel qu'un courant d'absorption d'urée s'établisse de la sérosité vers le sang, et qu'un courant inverse d'eau salée se forme du sang vers la sérosité et contribue, dans une certaine mesure, à diluer la solution d'urée artificiellement introduite dans le péritoine.

Au cours du mal de Bright, c'est dans le sang que l'urée s'accumule. L'excès de cette substance est en général moindre dans les sérosités, comme le montrent la statistique de MM. Achard et Paisseau et celle que nous avons pu faire. Dans les cas de mal de Bright où l'accumulation uréique est portée au maximum, la rétention reste encore moins marquée dans les tissus que dans le sang, ainsi que le prouvent les recherches faites par M. Gréhant chez un de nos brightiques mort sans œdème avec des phénomènes urémiques : dans les muscles ce savant n'avait constaté que 1 gr. 55 centigr. d'urée pour 1,000, tandis que la veille de la mort nos analyses révélaient qu'il y avait plus de 4 grammes d'urée pour 1,000 dans le sérum.

On conçoit donc que, chez de tels sujets, si un échange moléculaire s'établit entre le sang et les tissus pour essayer de rétablir l'équilibre de la tension osmotique, l'eau ira non pas du sang vers les tissus, mais des tissus vers le sang, pour en diluer la concentration trop élevée.

Si, d'autre part, le sel allait du sang vers les tissus, il entraînerait avec lui la moindre quantité d'eau possible, puisque le but de son transfert serait, pour rétablir l'équilibre, d'augmenter le nombre des molécules dissoutes dans l'eau de constitution des tissus.

MM. Achard et Paisseau signalent en outre que, chez une urémique atteinte de néphrite interstitielle, un œdème de la face était survenu rapidement après absorption de 20 grammes d'urée pendant trois jours. Il s'agissait d'une urémique à la dernière extrémité, puisque la mort survint peu de temps après l'épreuve. Or, on sait que les brightiques arrivés à la phase de cachexie offrent un mauvais terrain pour l'étude des échanges. Les reins, à cette période terminale, présentent en général une imperméabilité presque absolue pour les chlorures, et la petite quantité de sel naturel contenue dans un régime déchloruré peut encore, par sa rétention, augmenter légèrement l'hydratation des tissus. Le sérum de la malade de MM. Achard et Paisseau contenait, d'ailleurs, la proportion considérable de 7 gr. 10 centigr. de chlorure par litre.

A l'appui de leur opinion, ces auteurs ont encore rapporté que, chez une femme atteinte de néphrite interstitielle et soumise à un régime fixe, l'ingestion d'une dose quotidienne de 20 grammes d'urée pendant neuf jours fit augmenter le poids de 1,100 grammes, et qu'aussitôt après la suppression de l'urée, ce poids redescendit de 400 grammes en trois jours. De si faibles écarts de poids, observés chez un sujet dont on fait varier l'absorption de l'azote, peuvent être imputables à la mutation des albuminoïdes : l'urée introduite en nature dans l'économie a peut-être pu modifier les échanges en albuminoïdes et troubler momentanément l'assimilation et la désassimilation de ces substances.

Pour convaincre de l'action hydratante du chlorure de sodium ingéré par certains brightiques, il a fallu apporter des observations types, montrant qu'on pouvait à volonté, suivant la chloruration et la déchloruration des régimes, occasionner une hydratation ou une déshydratation rapide de l'organisme, se chiffrant par des différences de poids de plusieurs kilogrammes en quelques jours.

Les observations en faveur de l'action hydradante directe ou indirecte de l'urée n'ont pas cette force démonstrative; et les recherches que nous avons faites sur une série de brightiques nous ont confirmé dans l'opinion que, chez de tels malades, l'urée retenue était sans action hydropigène.

Voici tout d'abord des observations prouvant qu'on peut observer au cours du mal de Bright une accumulation maxima d'urée dans le sang, sans que le malade présente d'œdème.

Ainsi un brightique saturnin, mort avec des symptômes d'urémie, avait dans son sang une quantité d'urée variant de 3 grammes à 3 gr. 80 centigr. Il éliminait parfaitement ses chlorures alimentaires et mourut sans avoir jamais présenté trace de bouffissure.

Une jeune fille de dix-neuf ans, entrée dans notre service avec des œdèmes, avait en ce moment 2 gr. 97 centigr. d'urée dans le sérum sanguin. Les œdèmes disparurent progressivement au bout de quelques jours et, quand elle fut complètement déshydratée, on constata dans son sang des proportions d'urée s'élevant à 3 gr. 77 centigr., puis à 4 gr. 68 centigr. la veille de la mort.

Bien plus, on peut faire absorber de l'urée à des brightiques soumis à des régimes fixes, sans constater l'apparition de l'œdème.

Ainsi, la femme dont nous avons plus haut rapporté l'histoire et dont l'observation nous a servi pour l'étude du mécanisme régulateur de la tension uréique, soumise à un régime fixe en albuminoïdes, n'avait pas d'œdème et présentait dans son sérum une quantité d'urée oscillant entre 1 gr. 18 centigr. et 1 gr. 20 centigr. L'absorption quotidienne de 20 grammes d'urée par jour éleva le taux de l'urée, dans son sérum, à 1 gr. 93 centigr. Malgré cette augmentation de la rétention uréique, la malade n'éprouva aucun symptôme nouveau, la courbe de son poids ne décela pas d'hydratation, et le bilan des chlorures permit de reconnaître qu'il n'y avait pas de rétention de sel.

Une cardio-brightique à gros œdème, atteinte d'imperméabilité rénale très prononcée pour les chlorures, soumise, dans notre service, à un régime fixe déchloruré, présentait depuis sept jours un poids immobilisé entre 56 et 57 kilos. L'addition quotidienne à ce régime de 20 grammes d'urée pendant six jours accrut la diurèse et amena une légère augmentation des chlorures urinaires. Trois jours après le début de l'épreuve, l'équilibre azoté s'était établi, mais l'urée contenue dans le sang avait augmenté de 0 gr. 37 centigr. à 0 gr. 79 centigr. Malgré cette augmentation de l'accumulation uréique, le poids, pendant cette période, était tombé de 1,600 grammes.

L'imperméabilité des reins pour les chlorures chez cette femme était telle que, pendant une période de cinq jours, sous l'influence de l'addition quotidienne de 10 grammes de chlorure de sodium à son régime, le chiffre des chlorures urinaires n'augmenta que de 0 gr. 50 centigr. par jour, en moyenne, et que le poids s'éleva par hydratation de 4 kilos 700.

Voilà donc une malade chez laquelle la rétention des chlorures produisait une augmentation rapide et massive des œdèmes, tandis que l'urée absorbée et retenue, comme en témoignait l'analyse du sang, était sans action sur l'hydratation des tissus.

Il était intéressant de chercher chez un tel sujet, en état de rétention chlorurée, si, en superposant une épreuve d'urée à une épreuve de chloruration alimentaire, on n'augmenterait pas encore, par action secondaire, la rétention chlorurée, et si réellement on ne provoquerait pas ainsi indirectement une augmentation de l'hydratation.

A partir du moment où notre malade avait atteint le poids de 62 kilos 050, nous avons donc continué la même épreuve de chloruration alimentaire en y ajoutant pendant cinq jours la dose quotidienne de 20 grammes d'urée. Sous l'influence de cette double absorption, le poids ne s'éleva après ce temps que de 3 kilos 550. L'augmentation était donc proportionnellement moindre que lorsque cette femme était soumise à la seule épreuve de chloruration alimentaire. Sous l'influence de l'épreuve uréique ajoutée à l'épreuve chlorurée, la dose d'urée contenue dans le sang avait plus que doublé : elle s'était élevée de 0 gr. 42 à 0 gr. 91 centigr.

Dans ces observations, la rétention uréique n'augmente pas la rétention chlorurée, ni l'hydratation qui en est la conséquence.

VI

Il nous faut maintenant comparer les symptômes de la chlorurémie et ceux de l'azotémie.

Lorsque les brightiques présentent une rétention simultanée des deux substances, il est difficile de reconnaître l'origine des symptômes observés; quand les malades sont atteints uniquement soit de rétention des chlorures, soit de rétention d'urée, il est plus facile de faire le départ des symptômes qui ressortissent à l'une ou à l'autre de ces rétentions. Pour apprendre à distinguer les phénomènes dus à chacune d'elles, rien ne vaut la méthode qui consiste à les étudier successivement chez un même malade qui, après avoir été en proie à la rétention chlorurée, ne présente plus que de la rétention azotée.

Ainsi, un de nos brightiques, suivi pendant quatorze mois, et qui avait eu une rétention chlorurée telle que l'on pouvait à volonté faire apparaître ou disparaître ses œdèmes suivant le degré de la chloruration alimentaire, succomba, avec des phénomènes urémiques, à une période où, soumis depuis quelques semaines au régime lacté, il était complètement déshydraté. A ce moment, chez cet homme qui n'était plus en état de rétention chlorurée, la rétention azotée était, au contraire, portée au maximum, comme en témoignait la teneur de son liquide céphalo-rachidien en urée, soit 4 gr. 35 centigr. On sait, en effet, ainsi que nous l'avons démontré avec M. Froin (1), que, chez un brightique, le sérum sanguin et le liquide céphalo-rachidien contiennent une proportion d'urée à peu près identique.

Au moment où l'azotémie était si marquée et où il n'y avait plus de rétention chlorurée, survinrent des accidents caractérisés avant tout par un état de torpeur qui força d'abord notre malade à s'aliter. Cette torpeur s'accentua progressivement, puis survint un état de somnolence, d'abord passager, ensuite de plus en plus prolongé.

L'inappétence absolue, chez cet homme qui, jusque-là, avait toujours eu le souci très marqué de manger, fut alors le symptôme très net qui attira l'attention jusqu'à la mort. Quelques jours avant la fin apparurent de petites secousses nerveuses, uniquement localisées au niveau des doigts et des bras. La veille de la mort seulement éclatèrent trois grandes attaques épileptiformes, et le malade succomba après un court coma. Jamais on n'avait noté ni dyspnée, ni respiration de Cheyne-Stokes.

Dans les derniers jours qui avaient précédé la mort était survenu un état de cachexie et d'amaigrissement rapides, qui avait amené une perte de poids de 5 kilos. A l'autopsie, on trouva les tissus et les viscères aussi déshydratés que possible; les muscles renfermaient une quantité exagérée d'urée.

Voici un autre exemple, tiré de l'observation d'un homme entré dans notre service avec des œdèmes généralisés et des symptômes urémiques caractérisés par un état de torpeur, de la respiration de Cheyne-Stokes et des vomissements riches en chlorures. L'analyse du sérum du sang d'une saignée donna à ce moment 1 gr. 18 centigr. d'urée par litre, c'est-à-dire une quantité relativement peu considérable. L'imperméabilité rénale aux chlorures était extrêmement marquée, et, sous la seule influence d'un régime strictement déchloruré, la respiration de Cheyne-Stokes, les vomissements, les symptômes urémiques disparurent, en même temps que les œdèmes s'effondraient.

Près de six mois après son entrée dans notre service, et alors qu'il était au régime lacté depuis vingt-huit jours, ce malade fut pris de céphalée, de vomissement, de somnolence, puis de hoquet à l'état permanent, d'inégalité pupillaire et de contracture passagère des extrémités. L'inappétence était devenue absolue pendant plusieurs semaines. Durant les quatre derniers jours, le patient resta dans un état de somnolence permanent, qui n'alla jamais jusqu'au coma : il répondait aux questions qu'on lui posait et répétait qu'il sentait sa fin prochaine. Il mourut en état d'angoisse, sans avoir perdu un instant connaissance.

Une autre malade, atteinte à la fois de rétention chlorurée et azotée à son entrée dans notre service, perdit, après deux semaines, son excès de chlorure et d'hydratation et ne resta plus qu'azotémique. C'est chez elle que le taux de l'urée s'éleva progressivement pour atteindre

(1) F. Widal et G. Froin. L'urée dans le liquide céphalo-rachidien des brightiques. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 22 oct. 1904, p. 282, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 347.)

4 gr. 68 centigr. la veille du décès. Elle mourut sans trace d'œdème, avec de l'amblyopie qu'elle accusait déjà à son entrée dans le service, et ayant présenté, pendant les trois semaines qui précédèrent la mort, comme phénomènes nouveaux, une inappétence presque invincible, des nausées, des vomissements, de la céphalée, puis un état de torpeur progressif sans perte de connaissance, des poussées de fatigue et de courbature intenses, un état d'angoisse douloureuse avec sensation de mort prochaine. Le jour de la mort, cette femme souffrit de hoquet et présenta un tremblement presque continuel des mains, et elle s'éteignit sans coma, mais dans un état de prostration tel que dans les dernières vingt-quatre heures elle ne répondait plus que par signes aux questions qu'on lui posait.

C'est en plein coma, au contraire, que nous avons vu succomber sans œdème, dans notre service, un autre brightique en état d'azotémie sans rétention chlorurée.

C'est encore en état de coma que mourut un malade atteint d'anurie avec hypertrophie prostatique, et dont le sérum contenait 4 gr. 03 centigrammes d'urée par litre.

On voit donc que la rétention azotée et la rétention chlorurée peuvent exister isolées ou combinées au cours de l'insuffisance rénale. Nous sommes en mesure maintenant de dissocier quelques-uns des symptômes qui appartiennent à chacune d'entre elles.

Chez l'urémique infiltré, les œdèmes superficiels ou profonds sont le résultat de la rétention des chlorures; la rétention azotée, quel que soit son degré, n'aboutit qu'à l'urémie sèche.

Les deux rétentions peuvent bien présenter quelques symptômes communs, tels, par exemple, que la respiration de Cheyne-Stokes et les crises épileptiformes. Ces accidents ne sont d'ailleurs pas spéciaux au mal de Bright et la chlorurémie ou l'azotémie les réalisent sans doute par des processus différents.

Les signes qui caractérisent avant tout l'azotémie sont l'inappétence et la torpeur. Cette inappétence progressive va jusqu'au dégoût alimentaire et finit par être presque invincible lorsque l'accumulation d'urée dans le sang arrive à sa limite extrême. La torpeur des azotémiques est une véritable narcose qui varie de la somnolence jusqu'au coma complet.

Ces symptômes de l'azotémie, pour être vus dans toute leur pureté, doivent être observés chez des brightiques déchlorurés et, par conséquent, désinfiltrés.

VII

La pathogénie des accidents observés au cours de la rétention azotée est d'une interprétation plus délicate que celle des accidents dus à la rétention chlorurée.

Le chlorure de sodium — corps extrêmement mobile et diffusible — traverse constamment en tous sens les membranes de l'organisme, dans le but d'assurer par le jeu incessant de ses molécules l'équilibre de la tension osmotique des humeurs. Son excédent arrêté par le rein malade ne fait que refluer passagèrement dans le sang, où il ne saurait séjourner sans manquer à sa fonction régulatrice; il passe dans les tissus, y attire l'eau et, par un mécanisme purement physique, exerce ainsi son action nocive en provoquant la formation des œdèmes.

Il est, au contraire, dans la destinée de l'urée de s'écouler sans cesse des tissus vers le rein. Dernier terme de la désintégration des albuminoïdes, corps inassimilable, l'urée, en raison même de la simplification de sa molécule, est un corps adapté à l'élimination rénale. Elle entraîne au passage une certaine quantité d'eau de dissolution, et peut-être aussi d'autres substances toxiques, d'où son action diurétique bien mise en évidence par M. Bouchard (1).

(1) Bouchard. Leçons sur les auto-intoxications. Paris, 1887.

Lorsque le libre écoulement de l'urée est entravé au niveau du rein malade, cette substance ne subit pas brusquement, comme les chlorures, une marche rétrograde vers les tissus : elle s'accumule dans le sang et tout l'effort de ses molécules se porte vers l'épithélium des *tubuli* dont elle améliore la perméabilité par le mécanisme que nous avons invoqué plus haut.

On peut se demander si une partie des phénomènes observés au cours de l'accumulation azotée n'est pas due précisément à ce fait que l'urée ou les autres substances de désassimilation, ne parvenant plus à trouver un libre écoulement vers le rein, encrassent les organites dont ils troublent le fonctionnement.

L'urée, en effet, n'est pas la seule substance qui fasse les frais de la rétention azotée. Elle est de beaucoup la plus abondante, elle est la plus facile à reconnaître et suffit à renseigner en général sur le degré de cette rétention. Pourtant, des recherches nombreuses ont été faites par différents auteurs sur l'évaluation, dans le sang des brightiques, des divers composés azotés autres que l'urée. Ainsi, M. von Jaksch (1), M. Klemperer (2), M. Strauss (3) y ont constaté une augmentation de l'acide urique; M. Winterberg (4), M. Strauss y ont trouvé également un accroissement de l'ammoniaque. M. von Jaksch, M. Weintraud (5), auraient noté une augmentation des bases xanthiques, telles que la xanthine et l'hypoxanthine. M. Strauss aurait vu une augmentation de l'alloxine, mais, comme il le fait observer lui-même, les procédés de recherche de ces corps ne sont pas d'une sûreté absolue.

Une élévation progressive de la tension osmotique finit, nous l'avons vu, par s'installer progressivement dans le sang, au fur et à mesure qu'augmente l'encombrement azoté. L'abaissement du point de congélation est souvent parallèle à l'accumulation de l'urée, mais il ne faut pas perdre de vue, comme le fait observer M. Strauss, qu'il peut être aussi le témoin de la rétention d'autres substances toxiques.

On sait, depuis les recherches de M. Winter (6), avec quelle régularité à l'état normal la concentration moléculaire du sang se maintient autour d'un chiffre à peu près constant et y revient après les petits écarts momentanés. On ne peut se défendre de penser que la perturbation physique occasionnée par une tension osmotique excessive ne saurait se maintenir impunément sans jouer son rôle dans la genèse de certains accidents urémiques.

VIII

La cure de déchloruration combat avec l'efficacité que nous avons montrée les effets hydratants de la rétention chlorurée.

Le bilan des chlorures, ou même simplement la courbe du poids consulté quotidiennement chez des sujets soumis à un régime isothermique et isohydrique, fournit, nous l'avons vu,

(1) R. von Jaksch. Ueber die klinische Bedeutung des Vorkommens von Harnsäure und Xanthinbasen im Blute, den Exsudaten und Transsudaten. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, 1890, XI, p. 415.)

(2) G. Klemperer. Zur Pathogenese der Gicht. (*Verein für innere Medicin zu Berlin*, séance du 1er juillet 1895, XV, p. 174, et *Semaine Médicale*, 1895, p. 299.)

(3) H. Strauss. (*Loc. cit.*)

(4) H. Winterberg. Ueber den Ammoniakgehalt des Blutes gesunder und kranker Menschen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1898, XXXV, 5-6, p. 389.)

(5) Weintraud. Discussion de la communication de M. Klemperer. (*Verein für innere Medicin zu Berlin*, séance du 1er juillet 1895, XV, p. 182, et *Semaine Médicale*, 1895, p. 299.)

(6) J. Winter. Constance du point de congélation de quelques liquides de l'organisme; application à l'analyse du lait. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 11 nov. 1895, et *Semaine Médicale*, 1895 p. 498.) — De l'équilibre moléculaire des humeurs; étude de la concentration des urines; ses limites. (*Arch. de physiol.*, juillet 1896, p. 529.)

les indications les plus précises pour régler le degré de chloruration du régime.

Dans les périodes du mal de Bright où les corps azotés s'accumulent dans le sang, on doit éviter l'ingestion d'albuminoïdes en excès.

Lorsque les malades sont sous le coup des grands accidents urémiques, c'est la diète hydrique, comme l'a proposée M. Rénon pour certains cas d'urémie, ou bien la diète lactosée, qui doit être momentanément imposée d'une façon absolue. L'application de ce régime de restriction est d'autant plus facile que le patient présente alors cette inappétence si spéciale que nous avons décrite. Les 100 à 150 grammes de lactose, que nous faisons absorber par vingt-quatre heures au sujet, pourvoient partiellement à son alimentation, en lui fournissant un certain nombre de calories, et ne prêtent au développement d'aucune substance toxique.

Chez un malade, dont l'un de nous a rapporté l'histoire avec M. Lemierre (1), les attaques d'éclampsie et les œdèmes disparurent après que ce régime de l'eau lactosée eut été institué pendant quatre jours.

Le régime théorique, pour un brightique en instance de rétention azotée, devrait être composé uniquement de matières hydrocarbonées et de graisses, substances qui ne donnent guère d'autres produits de désassimilation que l'acide carbonique et l'eau. Les albumines, au contraire, fournissent dans l'organisme non seulement l'urée, l'acide urique, et tous les corps uroxanthiques, mais encore un nombre considérable d'autres composés azotés ou non, qui représentent, ainsi que le dit M. Lambling, la plupart des éléments toxiques des urines normales ou pathologiques. Une alimentation composée uniquement de substances ternaires ne peut être prescrite que pendant un temps très restreint, pour parer à des accidents graves et immédiats, comme dans le cas cité plus haut. Un tel régime peut bien assurer les besoins en calories, mais on sait que l'homme ne saurait se passer dans son alimentation des matières albuminoïdes qui lui sont nécessaires pour la conservation et la régénération de ses tissus.

Dans la pratique, on ne peut pas quotidiennement fixer la dose d'albuminoïdes permises avec autant de précision qu'on peut le faire pour les chlorures. La comparaison de l'urée du sang avec la quantité d'albumine contenue dans un régime fixe suivi par le malade permet d'apprécier le degré de la rétention uréique et de régler, par là-même, la quantité d'albuminoïdes à ingérer. On sera renseigné à cet égard chaque fois que seront pratiquées des saignées locales ou générales, dont les indications thérapeutiques sont si fréquentes au cours du mal de Bright. Le médecin doit donc prendre l'habitude de faire doser l'urée dans le sang provenant des saignées prescrites dans un but thérapeutique chez les brightiques. Comme on ne peut pas couramment et à volonté pratiquer des saignées, il faut prendre pour règle de ne permettre aux brightiques qu'une dose moyenne, mais suffisante, d'albumine.

C'est la quantité des albuminoïdes qu'il importe de fixer beaucoup plus que leur provenance. Aussi le lait ne doit-il pas être considéré comme l'aliment inoffensif que l'on a l'habitude de prescrire sans mesure aux brightiques. Les 3 litres et demi de lait, regardés comme nécessaires pour assurer en calories la ration d'entretien de l'homme, contiennent 120 grammes d'albumine environ, c'est-à-dire plus que n'en a besoin l'homme normal.

Donner ainsi du lait sans compter à tous les brightiques, c'est les exposer à prendre un régime trop hydraté pour certains d'entre eux, et, en tout cas, toujours hyperalbumineux, par conséquent nuisible à ceux qui sont en état de rétention azotée.

Sur 3 de nos malades morts avec de la surcharge uréique dans le sang, 2 étaient au ré-

(1) Widal et Lemierre. (*Loc. cit.*)

gime lacté depuis plusieurs semaines et un autre absorbait uniquement 3 litres de lait par jour depuis deux ans, lorsque apparurent les premiers symptômes d'urémie terminale.

Quelle que soit la provenance de l'azote alimentaire, qu'il vienne de la viande, des végétaux ou du lait, il aboutit toujours à la formation de l'urée.

Le lait ne vaut surtout pour le brightique que par sa faible chloruration, et nous avons montré que l'on pouvait remplacer indifféremment chez un brightique les albuminoïdes de 3 litres de lait par ceux de 400 grammes de viande et de 500 grammes de pain (1).

Le régime lacto-végétarien, composé de lait et de végétaux herbacés et surtout amylacés, fournit une alimentation déjà bien plus agréable, et surtout beaucoup mieux appropriée. Le lait peut être prescrit de façon à apporter l'appoint de matières albuminoïdes nécessaires, que les substances amylacées ne sauraient assurer quotidiennement à elles seules sans incommoder l'estomac d'hommes de nos contrées, et surtout de brightiques soumis à la restriction du sel.

Enfin, le régime carné ne doit pas être systématiquement opposé au régime lacté, comme le font encore nombre de médecins. La viande n'est pas, pour le brightique, un aliment nocif, pourvu que la ration en soit à peu près proportionnée à la quantité d'azote dont les reins peuvent assurer le passage, sans forcer l'accumulation d'urée dans le sang, pourvu aussi qu'elle soit fraîche et qu'elle ne soit pas additionnée d'ingrédients nuisibles.

Depuis longtemps déjà, nous prescrivons en général aux brightiques, suivant les circonstances, et selon les besoins et l'appétit de chaque malade, de 100 à 200 grammes de viande par jour (2), ce qui donne un chiffre relativement restreint d'azote, puisque 180 grammes de viande ne contiennent pas plus d'albuminoïdes qu'un litre de lait.

Les observations que nous avons pu faire sur des patients dont nous avons étudié les échanges azotés, parallèlement à la rétention d'urée dans le sang, n'ont fait que confirmer notre opinion sur l'innocuité de cette ration carnée mêlée aux substances amylacées ou au lait.

De même que, en dehors des périodes où une cure stricte de déchloruration s'impose, un brightique ne doit jamais faire usage d'une alimentation trop salée, car il ne sait pas à quel moment précis l'usage exagéré de chlorure de sodium pourra de nouveau lui être nuisible, de même, en dehors des périodes critiques où la diète complète des albuminoïdes s'impose momentanément, il ne doit pas faire usage d'une alimentation trop riche en substances azotées.

En résumé, il ressort de cette étude que les chlorures et l'urée peuvent être simultanément ou isolément retenus au cours de l'insuffisance rénale. Leur accumulation dans l'organisme se fait, comme nous avons essayé de le démontrer, par des mécanismes essentiellement différents. Au cours des états dits urémiques, les accidents dus à la rétention chlorurée sont distincts de ceux que l'on observe lorsque le sang est encombré d'azote; ces deux rétentions comportent des indications diététiques différentes.

Dr F. WIDAL,
Médecin de l'hôpital Cochin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Dr A. JAVAL,
Lauréat de l'Académie de médecine de Paris.

(1) F. WIDAL et A. JAVAL. La cure de déchloruration; son action sur l'œdème, sur l'hydratation et sur l'albuminurie à certaines périodes de la néphrite épithéliale. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 26 juin 1903, p. 733, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 219.)

(2) F. WIDAL. La cure de déchloruration dans le mal de Bright. (*Soc. de l'Internat des hôpit. de Paris*, séance du 28 avril 1904.)

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le plombage à la paraffine contre la mastoïdite aiguë.

Dans la mastoïdite suppurée aiguë, la plaie opératoire qui résulte de la trépanation de l'apophyse mastoïde est généralement assez longue à se cicatriser : il faut huit ou dix semaines au minimum pour que la guérison soit complète. Aussi différents procédés ont-ils été successivement préconisés en vue d'abréger la durée de cette période de réparation, et c'est ainsi que M. le docteur A. Politzer, professeur extraordinaire d'otologie à la Faculté de médecine de Vienne, a recours depuis deux ans environ à une méthode qui consiste à combler la cavité mastoïdienne, aussitôt que la plaie bourgeonne normalement, au moyen de paraffine liquéfiée par la chaleur et stérilisée, puis à réunir les lèvres de la plaie — à l'aide de points de suture ou d'agrafes de Michel — par-dessus la masse de paraffine, dès que celle-ci s'est solidifiée. Grâce à cette pratique, notre confrère réussirait à obtenir une guérison parfaite en l'espace de quelques jours.

De son côté, un médecin allemand, M. le docteur E. Schatz (de Tilsit), a récemment eu recours à ce procédé chez 3 malades atteints de mastoïdite aiguë, et cela avec un plein succès. Il a même étendu les indications de la méthode, car, contrairement à M. Politzer, il estime que la communication de l'abcès avec les cavités voisines (crâne ou antre mastoïdien) ne constitue pas un obstacle au « plombage » à la paraffine. Pour empêcher celle-ci de se répandre au loin, il suffirait, en effet, d'assécher soigneusement la plaie après y avoir fait séjourner de l'alcool absolu pendant cinq minutes, puis de la saupoudrer d'iodoforme : cette poudre constitue avec la paraffine une sorte de magma qui empêche la masse de fuser.

Ajoutons que les points de suture cutanée étant seuls quelque peu douloureux, il est inutile de recourir à l'anesthésie générale pour cette petite opération.

Radiothérapie des adénopathies tuberculeuses.

On se rappelle que M. Bergonié a tout récemment signalé les résultats favorables qu'il a obtenus dans le traitement des adénopathies tuberculeuses au moyen des rayons de Röntgen (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 161). De son côté, M. le docteur L. Hendrix (de Bruxelles) a employé avec succès la radiothérapie dans 3 cas de la même affection.

Pour le premier de ces faits, le traitement, qui a duré trois mois environ, a abouti à une guérison complète : deux ans se sont écoulés depuis lors, et il ne subsiste de la volumineuse tumeur, qui occupait le creux sus-claviculaire gauche, comprimant le plexus brachial et déterminant ainsi une parésie avec atrophie du bras, qu'une nodosité scléreuse ayant les dimensions d'une petite amande.

Le deuxième malade, porteur d'un volumineux amas ganglionnaire qui s'étendait le long du sterno-cléido-mastoïdien, pouvait être considéré comme guéri après quatre semaines d'applications radiothérapiques.

Chez le troisième sujet, le traitement a également donné un résultat très appréciable, car on a obtenu en huit jours une réduction d'un tiers de la tumeur.

Ajoutons que, d'après l'observation de notre confrère, la radiothérapie ne serait efficace que dans les formes lentes, torpides et indolores des adénopathies tuberculeuses; dans les variétés caséeuses, au contraire, l'action des rayons de Röntgen devrait plutôt être considérée comme nuisible.

Traitement de la kératite sclérosante tuberculeuse par les injections sous-conjonctivales d'air.

D'après l'expérience de M. le docteur M. Chesneau (de Nantes), les injections sous-conjonctivales d'air donneraient d'excellents résultats contre cette forme particulière de kératite que l'on désigne sous le nom de kératite sclérosante tuberculeuse ou kératite parenchymateuse à type nodulaire. Pour l'application de cette méthode — que M. W. Koster aurait employée naguère dans un cas demeuré unique —, M. Chesneau a adopté la technique suivante :

On remplit une seringue de Pravaz d'air que l'on filtre en l'aspirant à travers un épais tampon d'ouate dans lequel on a piqué l'aiguille en platine iridié de la seringue. Celle-ci ainsi chargée, on insuffle de 1 à 4 c.c. d'air sous la conjonctive, après y avoir engagé la pointe de l'aiguille d'environ un demi-centimètre. Cette petite opération est parfaitement indolore. Le chémosis gazeux qui se produit se résorbe d'ordinaire en deux jours; parfois, cependant, il subsiste quelques bulles d'air à la périphérie de la conjonctive bulbaire pendant huit à dix jours.

Notre confrère a jusqu'ici fait usage de ce procédé dans 4 cas et les résultats qu'il en a obtenus ont été des plus satisfaisants.

Le sérum antidiphtérique contre l'érysipèle.

Il y a près de trois ans, nous avons fait connaître les bons résultats que les injections hypodermiques de sérum antidiphtérique ont fournis à deux médecins russes, M. G. K. Chapiro et M. A. A. Tzviétaïev, dans le traitement de l'érysipèle (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 328). Cette pratique ne paraît toutefois guère s'être généralisée. Aussi nous semble-t-il intéressant de signaler que le même moyen thérapeutique vient de donner une guérison rapide, dans 3 cas d'érysipèle, entre les mains de M. le docteur S. Tomaselli, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Catane : il a suffi à notre confrère d'injecter une dose de sérum représentant 1,000 unités antitoxiques pour voir tomber les phénomènes d'excitation cérébrale (délire, etc.) dans l'espace de deux à trois heures. Le lendemain, la fièvre avait disparu et l'état local commençait à s'améliorer, pour revenir définitivement à des conditions normales en peu de jours.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juillet 1905.

La marche du choléra en 1904 et sa menace d'invasion européenne.

M. Chantemesse lit un travail dans lequel il établit que l'épidémie de choléra qui a sévi pendant l'année 1904 a pris naissance à la fin de l'année 1899 aux Indes, d'où elle s'est étendue lentement et progressivement à la fois vers l'est, dans la direction de la Chine et de l'Extrême-Orient, et vers l'ouest, dans celle de l'Arabie et de l'Europe.

Importé en Egypte en juillet 1902, le choléra envahit entièrement ce pays et y fit plus de 30,000 victimes; de là il atteignit Gaza et la Palestine et hiverna à Damas. Au printemps de 1903, il gagna la Syrie et l'Euphrate, pénétra à Bagdad, puis à Bassorah.

Remontant alors le cours du Tigre, l'épidémie arriva à Mossoul, enlevant sur sa route le quart de la population des villes qu'elle visitait, et parfois, comme à Sallahich, ne laissant debout, sur une population de 5,000 habitants, qu'une centaine de familles.

A l'est de Bagdad, l'épidémie fut propagée par les pèlerins du culte chiite quittant la Mésopotamie pour visiter les lieux saints de Mechhed, dans le nord de la Perse, sur la route de Téhéran.

Devant les caravanes conduites par les pachas influents, les barrières sanitaires fléchissent et tombent. Le résultat de cette imprévoyante faiblesse ne tarda pas à se faire sentir : dans ses diverses provinces, dont les plus ravagées furent celles de Téhéran et de Chiraz, la Perse perdit, du fait du choléra de 1904, près de 70,000 habitants.

Téhéran devint à son tour un foyer d'expansion cholérique. L'épidémie gagna, au nord-est, Mechhed et la Transcaspie jusqu'à Merv. Au

nord-ouest elle atteignit Rescht et les deux principales villes de la mer Caspienne : Bakou et Astrakan.

De Bakou, l'épidémie prit une certaine extension dans la région du Caucase, notamment à Erivan, à Tiflis, et même à Batoum, sur la mer Noire : importé d'Astrakan dans cette dernière ville dès la première quinzaine de septembre, le choléra rencontra une voie navigable, le Volga, où la batellerie fluviale est nombreuse; il remonta donc ce fleuve et contamina plusieurs villes sur son passage, entre autres Saratov et Samara.

Au début de 1905, le choléra hivernait dans la Transcaspie (Merv), dans la Transcaucasie (Tiflis, Bakou, Batoum), dans l'Anatolie (Van), sur les bords du Volga (Astrakan, Saratov, Samara).

En présence de ces faits, l'orateur estime que l'Europe est menacée d'une invasion cholérique par plusieurs routes, à savoir celle du Volga (Moscou, Saint-Pétersbourg, les ports de la Baltique) et celles de la mer Noire, soit par Odessa et l'Europe centrale, soit par les bouches du Danube et les principautés des Balkans, soit par Constantinople, l'Europe méridionale et centrale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 21 et 28 juin 1905.

Pneumotomie pour dilatation des bronches.

M. Tuffier. — Je dois vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été adressée par M. Antipas (de Constantinople). Il s'agit d'un cas de dilatation bronchique, développée, chez une petite fille de quatre ans, à la suite d'une infection pulmonaire. Notre confrère a fait une pneumotomie pour ouvrir et drainer la cavité, qui avait à peu près le volume d'une noix. Les suites immédiates ont été très bonnes, mais, quelques mois plus tard, l'enfant a succombé à une bronchopneumonie.

J'ai eu moi-même l'occasion dans ces derniers temps de pratiquer 3 fois la pneumotomie pour bronchiectasie, et je dois dire que les résultats ont été médiocres. Le plus souvent, d'ailleurs, la cavité purulente a des dimensions relativement minimes. Actuellement j'inclinerais, en pareil cas, à faire une thoracoplastie plutôt qu'une pneumotomie. C'est ainsi que j'ai agi chez un jeune homme de dix-huit ans, qui a été très amélioré.

En ce qui concerne la technique de la pneumotomie, j'ai eu recours, dans un de mes faits, à l'appareil de Brauer, qui permet de soumettre les poumons à une pression intérieure supérieure à la pression atmosphérique. Je crois que cet appareil est préférable à la chambre pneumatique de Sauerbruch, dans laquelle il est difficile à l'opérateur de communiquer avec le chloroformisateur, placé à l'extérieur (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 115 et 317).

M. Lejars. — Je ne crois pas qu'on puisse, à l'heure actuelle, dire que l'un de ces deux appareils soit supérieur à l'autre. Pour ma part, j'ai vu employer la chambre pneumatique de Sauerbruch et il m'a semblé que son fonctionnement était excellent.

M. Delbet. — J'ai pratiqué la pneumotomie dans 2 cas de bronchiectasie. Dans le premier fait, où j'avais ouvert une cavité très petite, l'intervention a été suivie d'une amélioration notable, mais la malade a succombé à un abcès du cerveau. Pour le second cas, je trouvai également une cavité de dimensions extrêmement minimes; le résultat a été parfait, et le patient, qui est opéré depuis deux ans, est toujours dans un excellent état de santé.

Résection de l'anse iléo-cæcale.

M. Delbet. — Le rapport présenté par M. Chaput sur 2 observations de M. Souligoux (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 295) m'engage à vous citer un cas de résection iléo-cæcale que j'ai pratiquée l'année dernière, pour tuberculose hypertrophique du cæcum, chez une femme de quarante ans; au lieu de faire une anastomose latérale, j'ai eu recours à la suture termino-terminale, en employant un mode de suture analogue au procédé d'invagination décrit par M. Doyen; le résultat a été excellent.

M. Guinard. — Le procédé auquel M. Delbet a eu recours est en réalité celui que j'ai préconisé il y a dix ans pour le traitement de la gangrène de l'intestin hernié (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 457).

M. Legueu. — J'ai eu l'occasion d'opérer en 1901 une malade atteinte de tuberculose cæcale hypertrophique, s'étendant au côlon ascendant et à une partie du côlon transverse; j'ai dû réséquer 27 centimètres d'intestin.

M. Walther. — Dans un cas de fistule du côlon pelvien, où je ne pouvais compter sur une mobilité suffisante pour pratiquer une résection, j'ai fait une simple section de l'intestin au niveau de la fistule, et j'ai pu exécuter une suture à la Lembert en invaginant le bout supérieur dans le bout inférieur.

M. Demoulin. — L'un des 2 malades opérés par M. Souligoux était atteint de tuberculose hypertrophique du cæcum. Or, à côté de cette forme de tuberculose cæcale, qui, dans la plupart des cas, semble être primitive, il en existe une autre qui a été décrite récemment sous le nom de tuberculose entéro-péritonéale; celle-ci, qui paraît avoir une marche descendante, débuterait dans l'intestin grêle, et se propagerait ensuite au cæcum et au péritoine.

J'ai eu pour ma part l'occasion d'observer 2 exemples de cette variété de tuberculose iléo-cæcale; dans les 2 cas, la lésion, évoluant cliniquement comme une appendicite, avait donné naissance à un abcès dont l'ouverture avait été suivie de fistule pyo-stercorale; c'est pour cette fistule que j'ai été appelé à intervenir et j'ai pu me rendre compte que l'appendice était indemne.

L'appendicite tuberculeuse paraît, d'ailleurs, extrêmement rare : je n'ai pu en réunir que 4 faits que l'on ait opérés. Je crois, par conséquent, que l'appendice ne joue aucun rôle dans la production de la tuberculose entéro-péritonéale.

Dégénérescence cancéreuse du moignon utérin consécutif à l'hystérectomie subtotale.

M. Quénu. — A propos de la nouvelle communication de M. Richelot sur la dégénérescence cancéreuse du moignon utérin, consécutivement à l'hystérectomie subtotale (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 272), je tiens à dire que, chez une femme de cinquante ans, ayant subi il y a quatre ans une hystérectomie totale, j'ai pu constater tout récemment l'existence d'un cancer développé dans la cicatrice. L'opération totale ne met donc pas les malades à l'abri de la dégénérescence cancéreuse.

M. Richelot. — J'ai encore recueilli, depuis ma dernière communication, 2 observations de dégénérescence du moignon cervical, consécutivement à l'hystérectomie subtotale, ce qui porte à 24 le nombre des faits de ce genre que je possède à l'heure actuelle.

M. Faure. — Ce matin même j'ai pratiqué une hystérectomie totale pour un fibrome développé sur un utérus dont le col me paraissait suspect; je dois dire que l'opération a été certainement plus longue et plus pénible, à cause des difficultés de l'hémostase, que si j'avais fait une hystérectomie subtotale.

M. Poirier. — Comme M. Faure, je crois que l'hystérectomie subtotale est moins grave que l'opération totale et, d'autre part, il est certain que pour celle-ci l'hémostase est beaucoup plus longue et plus difficile.

Des lipomes ostéo-périostiques.

M. Sébileau. — Je désire vous communiquer une observation de fibrolipome périostique du fémur, chez une jeune fille de dix-huit ans, observation qui peut être rapprochée de certains des faits qui ont été relatés par plusieurs de nos collègues (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 259 et 272). La tumeur avait été opérée une première fois, trois mois auparavant, mais une récidive s'était produite rapidement et avait acquis un développement assez considérable. L'énucléation de ce nouveau néoplasme se fit cependant sans trop de difficultés, et je pus constater que celui-ci s'insérait sur la ligne âpre, par un pédicule fibreux, immédiatement au-dessous du petit trochanter. L'examen histologique n'a pas été fait, mais, de par l'aspect macroscopique, il s'agissait très certainement d'un lipome, dont le tissu adipeux occupait les mailles d'un réseau fibreux constitué par des travées très denses.

M. Walther. — Je crois que ce cas rentre dans la catégorie tout à fait spéciale de ces fibrolipomes d'origine congénitale, se développant au niveau du petit trochanter, dont j'ai récemment relaté un exemple (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 284).

De l'emploi de la scopolamine-morphine pour l'anesthésie générale.

M. Walther. — Depuis le 11 mai dernier, je me suis servi dans 56 cas de la méthode à la scopolamine-morphine, non pas dans le but d'obtenir l'anesthésie par ce seul moyen, mais uniquement pour mettre les malades dans un état favorable à la chloroformisation : à cet effet, je leur fais injecter à la fois 0 gr. 001 milligramme de bromhydrate de scopolamine et 0 gr. 01 centigr. de chlorhydrate de morphine, une heure avant la chloroformisation.

Cette méthode d'anesthésie mixte par l'emploi successif de la scopolamine-morphine et du chloroforme m'a donné des résultats tout à fait satisfaisants au point de vue de la régularité du sommeil, de la respiration et du pouls; les patients passent de la « scopolaminisation » à la chloroformisation sans aucune espèce d'agitation.

De la conservation de l'utérus et des ovaires dans les opérations pour annexites.

M. Faure. — Nous sommes tous convaincus de l'utilité qu'il y a pour une femme à conserver ses ovaires, lorsqu'ils ne sont pas malades, de même que l'accord est complet parmi nous sur la nécessité d'enlever ces organes quand ils présentent des lésions (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 284 et 295). Mais ce qui, précisément, est bien souvent très difficile, c'est d'apprécier l'état d'un ovaire douteux et de distinguer certaines altérations pathologiques d'avec des formations kystiques purement physiologiques. Aussi, pour ma part, j'attache surtout une grande importance aux phénomènes douloureux qu'accusent les malades, et, lorsque ceux-ci sont suffisamment accentués, je n'hésite pas à enlever un ovaire simplement douteux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 juin 1905.

Endocardite blennorrhagique, avec constatation du gonocoque dans le sang pendant la vie et sur la végétation valvulaire après la mort.

M. Widal. — J'ai observé avec M. Faure-Beaulieu un jeune homme de dix-sept ans, ancien rhumatisant offrant une insuffisance aortique, qui fut pris, à la suite d'une blennorrhagie, d'arthropathies au niveau des deux genoux, articulations qui avaient déjà été atteintes lors des attaques de rhumatisme articulaire antérieures.

Au trente-quatrième jour de cette blennorrhagie, au moment où l'écoulement venait de se tarir, apparurent tous les signes d'une endocardite aiguë (palpitations, essoufflement, souffle mitral, etc.), accompagnés de fièvre à type intermittent. Une embolie de l'artère poplitée gauche emporta le malade vingt-quatre jours après le début de cette endocardite.

Le sang ensemencé à la dose de 20 c.c. dans 500 c.c. de bouillon-ascite nous avait donné, seize jours avant la mort, une culture pure de gonocoques; ce microbe n'avait plus été retrouvé dans les prises faites le lendemain, puis neuf et treize jours plus tard.

A l'autopsie, on constata, outre une ancienne lésion d'insuffisance aortique, une végétation récente sur la grande valve de la mitrale. L'examen microscopique y décela la présence de gonocoques se décolorant par le Gram.

Cette double constatation prouve une fois de plus la réalité de la septicémie gonococcique.

M. Hirtz. — Je puis vous citer le cas d'un jeune homme de vingt-deux ans, doué d'une santé florissante, qui fut pris, quelques jours après avoir contracté la blennorrhagie, d'une arthrite gonococcique du coude gauche et ensuite d'une endocardite aiguë à laquelle il succomba au bout de douze jours.

Quoique l'examen bactériologique n'ait pas

été pratiqué, la filiation des accidents semble bien prouver que cette endocardite était d'origine blennorrhagique.

M. Barié. — J'ai vu autrefois un jeune homme de dix-huit ans, atteint d'insuffisance aortique, qui contracta une blennorrhagie suraiguë : cette affection se compliqua bientôt d'albuminurie et d'une endocardite ulcéreuse qui entraîna la mort. A l'autopsie, on trouva des infarctus du foie et de la rate et une énorme végétation surajoutée à des lésions anciennes des valvules sigmoïdes de l'aorte.

M. Achard. — Chez un jeune homme atteint d'uréthrite gonococcique, accompagnée de rhumatisme polyarticulaire et de purpura, les ensemencements du sang nous révélèrent la présence d'un diplocoque en grain de café, ne prenant pas le Gram et offrant tous les caractères du gonocoque, mais qui ne put être repiqué.

Déchloruration absolue ou régime faiblement chloruré chez les cardiaques.

M. Barié fait remarquer, à propos de la récente communication de M. Vaquez sur le rôle de la rétention chlorurée dans la pathogénie de l'asystolie (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 306), que l'action déshydratante du régime déchloruré est beaucoup moins constante chez les cardiaques que chez les brightiques, sans doute parce que dans les œdèmes consécutifs aux cardiopathies il faut faire intervenir un élément pathogène purement mécanique, contre lequel la déchloruration ne peut rien.

S'appuyant sur ce fait d'observation, l'orateur croit qu'au lieu d'imposer aux cardiaques une déchloruration alimentaire absolue, il vaut mieux leur permettre un régime faiblement chloruré, ne fût-ce qu'à cause de la difficulté réelle qu'on éprouve à maintenir certains malades au régime sans sel durant un temps suffisant; d'ailleurs, les 3 litres de lait qui correspondent à la ration d'entretien contiennent de 4 gr. 50 à 5 gr. 50 centigr. de chlorure de sodium, et l'on sait que les cardiaques soumis au régime lacté absolu non seulement n'en éprouvent pas le moindre inconvénient, mais encore en retirent un réel bénéfice au point de vue des œdèmes.

Il semble donc, tout en acceptant le rôle incontestable de la rétention des chlorures sur la genèse des hydropisies cardiaques, qu'on pourrait se montrer moins sévère pour le choix du régime alimentaire qui convient aux cardiopathes, et dans certains cas — lorsqu'il y a dégoût de la part du malade, par exemple —, substituer à la déchloruration absolue le régime faiblement chloruré.

Il est du reste facile, grâce au dosage des chlorures dans l'urine et aux pesées successives du sujet, de savoir quand l'élimination chlorurique reste invariable et le poids du corps stationnaire; dès lors il sera permis, avec beaucoup de prudence, d'ajouter quelque peu de sel à la ration journalière.

Maladie du sommeil chez un blanc.

M. Sicard présente un homme de vingt-cinq ans, atteint de maladie du sommeil.

Cette affection a été contractée il y a deux ans en Gambie; elle a débuté par de la céphalée et des phénomènes de lassitude et d'asthénie généralisée. Des contractures partielles avec crises épileptiformes suivies de longues périodes de torpeur caractérisèrent la seconde phase de la maladie. La troisième période s'est affirmée il y a huit mois par un sommeil profond, durant de dix-huit à vingt heures par jour. Enfin, des accès irréguliers de fièvre, du gâtisme, un commencement d'eschare sacrée, etc., etc, semblent indiquer la mort prochaine du patient.

L'examen du liquide céphalo-rachidien a permis d'y constater une lymphocytose extrêmement abondante. Par contre, l'examen du sang est resté négatif au point de vue de la recherche des trypanosomes : ce résultat n'a pas lieu de surprendre, puisque, d'après M. Laveran, c'est seulement dans 50 % des cas, chez le blanc, que l'examen du sang a donné des résultats positifs.

Pneumonie récidivante.

M. Le Gendre relate l'observation d'un malade qui a été atteint successivement d'une pneumonie du côté droit d'abord, du côté gauche ensuite. Ces deux phlegmasies — dont la première seule a été accompagnée de fièvre, la seconde étant restée complètement apyrétique du commencement à la fin de son évolution — se sont jugées l'une et l'autre par une crise urinaire abondante, à huit jours d'intervalle.

M. Achard dit avoir observé un jeune homme de dix-sept ans, qui eut trois atteintes successives de pneumonie dans l'espace de trente-sept jours. La première dura cinq jours et se termina par une défervescence avec hypothermie prononcée (35°4); après sept jours d'apyrexie survint la première récidive qui se prolonge cinq jours, enfin la seconde récidive fut terminée en trois jours. Le pneumocoque vivant et virulent fut retiré par ponction exploratrice du foyer pulmonaire à chacune des récidives, qui eurent lieu au même point que la première atteinte.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 24 juin et 1er juillet 1905.

Sur la teneur du sérum sanguin en bilirubine dans les cirrhoses biliaires et dans l'ictère simple du nouveau-né.

MM. Gilbert et **Lereboullet.** — Nous avons pratiqué la cholémimétrie dans 11 cas de cirrhose biliaire avec ictère. Il résulte de nos constatations que le taux de la bilirubine du sérum varie dans cette affection de $^1/_{1290}$ à $^1/_{8000}$, le chiffre moyen étant de $^1/_{3000}$; par suite, il y a en moyenne 0 gr. 33 centigr. de bilirubine par litre de sérum, ou 1 gramme environ de cette substance dans la masse du sang.

La cholémie augmente donc avec l'intensité plus grande des lésions qui en déterminent l'apparition : communément modérée dans la cholémie simple familiale, elle est déjà plus intense lorsque à celle-ci s'associe la lithiase biliaire; elle augmente encore lors d'ictère chronique simple (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 284 et 296), et atteint enfin, comme nous venons de le dire, le taux de $^1/_{3000}$ dans les cirrhoses biliaires avec ictère.

Nous avons également dosé la bilirubine dans le sérum de nouveau-nés atteints d'ictère simple, observés du deuxième au quatorzième jour après leur naissance. Les chiffres trouvés ont toujours été très élevés, variant de $^1/_{500}$ à $^1/_{2100}$, la moyenne étant, d'après les cas examinés, de 1 ‰. Le taux de la cholémie y est donc souvent égal ou supérieur aux chiffres les plus forts notés chez les ictériques adultes, mais la quantité totale de bilirubine répandue dans l'organisme reste peu considérable, puisque, étant donnée la masse du sang du nouveau-né calculée d'après le poids, elle est le plus souvent inférieure à 0 gr. 10 centigr. La cholémie évolue d'ailleurs avec l'ictère; toutefois elle peut persister plus longtemps que ce dernier, et être encore relativement marquée, alors que toute teinte jaune de la peau a disparu. Ces recherches, en précisant l'intensité de la cholémie dans l'ictère simple du nouveau-né, prouvent bien nettement sa nature biliphéique.

De la cytolyse dans les sérosités pathologiques.

M. Froin. — Au point de vue cytologique, on peut diviser les sérosités humaines en trois groupes :

1° Les liquides dans lesquels le pouvoir « cellulicide » de l'agent pathogène est considérable : la sérosité conserve alors un aspect louche et le culot est surtout constitué par des microbes; ainsi se caractérisent les pleurésies putrides et quelques rares cas de méningite;

2° Les humeurs dans lesquelles l'attaque cellulaire est moins profonde, avec une influence chimiotactique souvent considérable; l'immense majorité des pleurésies, des méningites et des péritonites purulentes rentrent dans ce groupe;

3° Enfin, les épanchements créés par un agent pathogène peu ou lentement cytotoxique et d'habitude peu chimiotactique; ici, la centrifugation éclaircit parfaitement le liquide. C'est ainsi que se présentent ordinairement la pleurésie tuberculeuse séro-fibrineuse, la plupart des cas de méningite tuberculeuse, les hémorrhagies suivies d'hématolyse, etc. La désintégration cellulaire peut être tellement ralentie que la résorption des particules protoplasmiques se fait aussi rapidement que la cytolyse et masque le phénomène.

De la valeur du sérodiagnostic tuberculeux.

MM. Jousset et **Paraskevopoulos.** — Des recherches portant sur 80 sujets nous ont montré que le sérodiagnostic de la tuberculose, tel que l'ont proposé MM. Arloing et Courmont (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 167, et 1900, p. 138), peut rendre des services cliniques, si l'on substitue aux cultures homogènes vivantes, difficiles à obtenir, à entretenir et à manier, les émulsions artificielles de bacilles morts, additionnées d'antiseptiques. On a ainsi un véritable réactif de laboratoire, toujours prêt à servir et dont la valeur indicatrice est réelle, à condition de l'employer au vingtième.

Dans ces conditions, les défaillances de la méthode deviennent plus rares; elles sont réduites à environ 12 %, ce qui constitue un réel progrès.

Il nous a paru que les cas où la séroréaction était le plus nette correspondaient aux tuberculoses pulmonaires jeunes — aux pleuro-tuberculoses notamment —, et surtout aux tuberculoses bacillémiques où le sérodiagnostic peut atteindre une valeur considérable.

Acidité du suc gastrique et des produits de la digestion, étudiée par les forces électromotrices.

MM. L. Ambard et **C. Foà.** — Par la méthode des forces électromotrices, on voit que le chlore actif du suc gastrique est sécrété sous forme d'acide chlorhydrique libre, que l'albumine d'œuf fixe très peu de cet acide, que les peptones en fixent, au contraire, beaucoup. Ces faits expliquent pourquoi l'acidité libre, très forte au début de la digestion, diminue au cours de la peptonisation gastrique.

La méthode des forces électromotrices montre de plus que, toutes choses étant égales, la peptone fixe beaucoup plus de soude que d'acide chlorhydrique; il s'ensuit que, lorsqu'on titre l'acidité totale par la soude et la phénolphtaléine, une partie de la soude dépensée va se fixer non sur le chlore en combinaison organique, mais directement sur la peptone; il en résulte que la titrimétrie par la soude donne des erreurs considérables.

Sur un glucoside cyanhydrique des feuilles de sureau.

M. Bourquelot. — J'ai constaté la présence, dans les feuilles de sureau, d'un glucoside cyanhydrique, c'est-à-dire d'un glucoside analogue à l'amygdaline, susceptible de donner, sous l'influence de l'émulsine, de l'acide cyanhydrique, du glucose et un aldéhyde aromatique.

Si ce glucoside n'a pas été découvert jusqu'ici, c'est que les feuilles de sureau ne renferment pas d'émulsine. Lorsqu'on écrase ces feuilles en présence de l'eau, on ne perçoit pas d'odeur cyanhydrique; mais si l'on ajoute de l'émulsine, cette odeur se fait sentir au bout de quelques instants.

On sait qu'autrefois les feuilles fraîches de sureau étaient préconisées comme calmantes. Peut-être doit-on rapporter ces propriétés calmantes à ce glucoside susceptible de donner de l'acide cyanhydrique dans certaines conditions.

Rage consécutive à une morsure de souris.

M. Remlinger (de Constantinople) relate l'observation d'une jeune fille qui, mordue au doigt par une souris, succomba six mois plus tard de rage furieuse. Cette jeune fille n'ayant jamais été mordue ni léchée par un chien ou par un chat enragé ou suspect, il paraît logique d'attribuer à la morsure de souris cet accident.

La longue durée de l'incubation (six mois) et de la maladie (neuf jours) paraît relever de la petite quantité de virus déposée dans la plaie, et non de l'atténuation du virus par son passage chez la souris.

La souris et le rat sont très réceptifs à l'égard de la rage. Leurs morsures peuvent rendre

compte de certains cas de rage en apparence spontanée de l'homme et des animaux.

M. Sencert (de Nancy) adresse une note concernant un homme de cinquante et un ans qui, au cours d'une laparotomie pour tumeur du canal cholédoque, eut une syncope chloroformique et ne revint à la vie que grâce au massage rythmique du cœur, pratiqué par le chirurgien à travers le diaphragme.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 21 juin 1905.

Sur les injections sous-cutanées ferrugineuses et arsenicales.

M. H. Senator fait une communication dans laquelle, étudiant les injections sous-cutanées de préparations ferrugineuses ou arsenicales, que l'on a tenté de remettre en faveur depuis quelques années, il conteste que ce mode d'administration ait, pour les médicaments en question, de réels avantages sur l'absorption par voie gastrique.

Il est tels cas cependant — mais ils sont peu fréquents — où ce mode de traitement peut rendre de bons services. Il en est ainsi par exemple toutes les fois que l'estomac est le siège d'ulcérations, que celles-ci soient malignes ou de bonne nature, et aussi dans l'anémie pernicieuse, dans la leucémie ou les pseudoleucémies où l'intolérance gastrique ne permettrait pas d'administrer de médicament *per os*, ou encore chez les sujets affectés de diathèse hémorrhagique.

L'orateur a eu l'occasion de recourir à ces injections chez une trentaine de malades ressortissant à ces diverses catégories. En pareille occurrence, il combine volontiers les médications ferrugineuse et arsenicale en injectant une solution d'arsénio-citrate de fer ammoniacal, ou bien de cacodylate de fer; on voit survenir, sous l'influence de ce traitement, un relèvement rapide et appréciable du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine.

M. E. Franck dit avoir employé, dans 8 cas de chlorose ou d'anémie où les préparations ferrugineuses n'étaient pas supportées à l'intérieur, les injections *intraveineuses* de cacodylate de fer; elles offrent sur les injections hypodermiques l'avantage d'être indolores et de ne pas donner le goût d'ail dans la bouche, si désagréable à certains malades.

M. Ewald déclare avoir parfois eu recours à la voie rectale, pour l'administration des ferrugineux, prescrits sous forme de suppositoires. Il a complètement renoncé à l'usage du cacodylate de fer, en raison de la saveur alliacée que donne ce médicament.

M. Senator fait observer que, pour sa part, il ne pratiquerait pas volontiers d'injections intraveineuses de préparations ferrugineuses, comme le fait M. Franck, car il craindrait de voir se produire des phénomènes de coagulation intravasculaire.

Les effets des alcalins et des acides sur la sécrétion gastrique.

M. Bickel rend compte d'expériences qu'il a faites sur le suc gastrique d'un chien porteur d'une fistule de Pavlov, et d'où il résulte que les alcalins, notamment le bicarbonate de soude, mis au contact avec la muqueuse de l'estomac, ont pour effet de diminuer non seulement l'acidité du suc gastrique, mais aussi — contrairement à l'opinion classique — l'activité sécrétoire de l'estomac; ils agissent soit par une action paralysante directe sur les éléments cellulaires, soit par l'augmentation de l'alcalinité du sang qu'ils déterminent. Au contraire, l'acide chlorhydrique produit une augmentation des sécrétions stomacales.

M. Ewald est d'avis que l'action des alcalins est d'ordre réflexe, sans qu'il soit nécessaire, pour l'expliquer, de faire intervenir l'alcalinité du sang.

Dr VILLARET.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 24 juin 1905.

Le traitement de la pyléthrombose.

M. Rommelaere. — La pyléthrombose, dans ses formes primitives, peut guérir sans laisser de traces; elle est, au contraire le plus souvent au-dessus des ressources de l'art quand elle se produit au cours d'un processus chronique d'obstruction dans le réseau veineux abdominal.

Le danger prochain de l'oblitération du tronc de la veine porte résulte de la production des varices œsophagiennes, qui exposent à la mort par hématémèse. Aussi l'indication principale du traitement est-elle de prévenir l'apparition de ces varices; on la remplit par l'emploi régulier et prolongé des purgatifs hydragogues. L'hypersécrétion intestinale entretenue de la sorte dégorge d'une manière continue les racines intestinales du système porte. On diminue ainsi la surcharge imposée aux veines mésentériques et spléniques et, en ouvrant au sang veineux gastrique une issue vers ces dernières veines par les gastro-épiploïques, on atténue la poussée vers les veines œsophagiennes.

Ce traitement doit être poursuivi jusqu'à la disparition du thrombus portal. Il est curatif dans les cas de pyléthrombose primitive rentrant dans la catégorie de la *phlegmatia alba dolens*. Il n'est que palliatif, mais soulage beaucoup le malade, dans les processus chroniques.

L'omentopexie par la méthode de Talma pourrait trouver son application, à titre accessoire, quand il y a oblitération de la veine porte; par contre, la méthode d'Eck modifiée par Tansini, qui consiste à aboucher la veine porte dans la veine cave, ne convient pas dans la pyléthrombose.

Dr KEIFFER.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 24 juin 1905.

La radiothérapie du goitre.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Stegmann** a présenté un certain nombre de goitreux qu'il a traités avec succès par la radiothérapie, méthode dont M. Görl a récemment signalé l'efficacité dans cette affection (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 246). Chez plusieurs de ces malades, la tumeur thyroïdienne, qui persistait depuis des années, diminua notablement après quelques séances, en même temps que les troubles fonctionnels disparaissaient; chez une femme, à laquelle on avait extirpé un an auparavant un adénocarcinome du corps thyroïde, et qui avait eu une récidive, celle-ci guérit bientôt sous l'influence de la radiothérapie.

Dans 2 cas de maladie de Basedow, le traitement fit rétrocéder non seulement la tumeur thyroïdienne, mais aussi les symptômes nerveux: palpitations, exophtalmie, etc.

L'orateur a traité en tout 13 cas de goitre par la radiothérapie, et cela avec les meilleurs résultats.

M. E. Schiff dit que la même méthode lui a donné d'excellents effets chez 2 sujets atteints de goitre.

Forme fruste de la maladie de Mikulicz.

M. Ranzi a présenté une femme atteinte d'une tuméfaction des deux glandes parotides, et qui accuse, en outre, de la sécheresse de la bouche depuis deux ans et demi; les glandes tuméfiées ont une surface irrégulière; elles ne sont pas douloureuses. Après biopsie, l'examen histologique a révélé une distension des *acini* par du tissu lymphatique. La médication iodurée n'a donné aucun résultat.

Bien que dans ce fait il n'y ait pas de gonflement des autres glandes salivaires ni des glandes lacrymales, l'orateur estime qu'il s'agit d'un cas de maladie de Mikulicz (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 37-39).

Action de la choline sur le tissu lymphatique.

M. A. Exner rend compte d'expériences qu'il a faites avec M. Sywek sur les effets de la choline injectée dans la cavité péritonéale ou entre les feuillets du mésentère. Au bout d'un mois, chez les animaux traités de la sorte, la rate et les ganglions mésentériques étaient considérablement diminués de volume, par suite de la disparition du tissu lymphatique. Cette action n'est pas due à une inflammation, car il n'y avait aucune altération au niveau de l'injection. La choline produirait donc, sous ce rapport, des effets analogues à ceux des rayons de Röntgen.

Dr SCHNIRER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE PARIS

Ambard (L.). Rétention chlorurée dans les néphrites interstitielles.

Auffret (E.). Transplantations tendineuses dans le traitement de la paralysie infantile du membre inférieur.

Barot (C.). L'opothérapie orchidienne; indications nouvelles.

Bing (A.). Les taches de Koplik; leur importance pour le diagnostic et la prophylaxie de la rougeole.

Blanche (M.). L'alimentation rationnelle du tuberculeux.

Bocage (G.). Contribution à l'étude des tumeurs primitives du poumon d'origine conjonctive.

Bouvier (E.). Contribution à l'étude du drainage du canal hépatique.

Christin (E.-F.). Albuminurie et menstruation.

Dehergne (E.). Statistique du service du docteur Auvard (pendant les années 1902 et 1903).

Demargne. De la tension artérielle dans la maladie de Basedow.

Desaunais-Guermarquer (G.). De la valeur séméiologique des obsessions et des impulsions chez les anormaux sexuels.

Dupont (A.). Contribution à l'étude du traitement des déviations du tibia rachitique.

Faivre (J.-F.-E.). Les déchirures des culs-de-sac du vagin dans l'accouchement (les déchirures spontanées).

Fouquet (Ch.). De la syphilis articulaire.

Gallimard (G.). De l'avenir immédiat et éloigné des enfants nés par l'accouchement prématuré provoqué.

Gauckler (E.). De la rate dans les cirrhoses et des cirrhoses de la rate (données histologiques et expérimentales).

Joux (H.). Recherches anatomiques sur la propagation et la généralisation dans le cancer de l'utérus.

Lassance (I.-V.). Les opothérapies dans le diabète sucré.

Lucet (L.). Contribution à l'étude des échanges nutritifs dans la tuberculose.

Mayer (G.). Histoire du laryngoscope jusqu'en 1860.

Mézie (A.). Des garderies d'enfants annexées aux usines.

Noel (A.). Les hématémèses chez les névropathes.

Olivier (P.). Le régime déchloruré dans l'ulcère de jambe.

Péduran (B.). Des différents modes d'allaitement des nourrissons et de leurs résultats dans le Tarn-et-Garonne et, en particulier, aux environs de Castelsarrasin.

Pérard (A.). Contribution à l'étude des gros calculs du rein.

Pichard (J.). Contribution à l'étude pneumographique de la pathologie pulmonaire.

Poinsot (P.). De la cocaïne en art dentaire.

Renardet (P.). La maternité de l'hôpital de Saint-Denis.

Rigault (A.). Des ruptures traumatiques des piliers ou tendons de la valvule mitrale.

Stévenard (L.). Le secret médical et la syphilis.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Onuf (B.). Some interesting autopsy findings in epileptics. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 avril.)

Rebizzi (R.). La malattia di Westphal-Strümpell : tipo Westphal, cioè la cosi detta pseudosclerosi, e tipo Strümpell, la cosi detta sclerosi diffusa. (*Riv. di patol. nervosa e mentale*, mars.)

Sehrt (E.). Ueber Knochenbildung in Strumen. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 1er avril.) — Sur la formation de tissu osseux dans le goitre.

Siemerling (E.). Beitrag zur pathologischen Anatomie der früh entstandenen, isolirt verlaufenden Augenmuskellähmung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 1.) — Anatomie pathologique de l'ophtalmoplégie précoce et isolée.

Stevens (W. M.). A case of cancerous disease of the stomach, with secondary infection of the liver, of the thoracic duct, and of the cervical lymphatic glands. (*Brit. Med. Journ.*, 29 avril.)

Weisenburg (T. H.). The pathology of cerebellar tumors. (*New York Med. Journ.*, 11 et 18 fév.)

Wells (H. G.) et **Bassoe** (P.). Acute yellow atrophy of the liver. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 mars.) — Atrophie jaune aiguë du foie.

Wiesel (J.). Ueber Leberveränderungen bei multipler abdomineller Fettgewebsnekrose und Pancreatitis hæmorrhagica. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 4.) — Sur les altérations du foie dans le cas de nécrose adipeuse et de pancréatite hémorrhagique.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Chidichimo (F.). Azione fisiologica della veratrina e sua influenza sul prodotto del concepimento. (*Arch. ital. di ginecol.*, janv.)

Hess. Experimentelles zur Pankreas- und Fettgewebsnekrose. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 avril.) — Sur la nécrose pancréatique et adipeuse.

Lanz. Cachexia und Tetania thyreopriva. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 1er avril.)

Lerda (G.) et **Diez** (S.). Sulla resistenza degli animali tiroidectomizzati alle intossicazioni sperimentali. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, LXVIII, 3.)

Lucksch (F.). Funktionsstörungen der Nebenniere bei Allgemeinerkrankungen, Intoxikationen und Infektionen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 avril.) — Les troubles fonctionnels de la capsule surrénale dans les affections générales, les infections et les intoxications.

Moskalev (M.). Inoculation de gonocoques à de petits animaux de laboratoire, avec essais de sérothérapie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 5 mars.)

Ross (E. H.) et **Levick** (G. M.). The experimental transmission of Mediterranean fever. (*Brit. Med. Journ.*, 1er avril.)

Vaccari (L.). Dell'azione dell'adrenalina sul parenchima renale. (*Policlinico*, partie chir., XII, 4.)

Zavadsky (I.). Sur le sort de l'acide salicylique dans l'organisme (en russe). (*Roussk. Vratch*, 12-19 mars.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Grassberger (R.) et **Schattenfroh** (A.). Toxin und Antitoxin. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 avril.)

Israel (O.). Ueber aktive Lymphocytose und die Mechanik der Emigration. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er mai.)

Labbé (H.) et **Morchoisne** (E.). Le métabolisme de l'eau et des chlorures; le mécanisme régulateur de la concentration chlorurée des humeurs de l'organisme humain. (*Rev. de méd.*, avril.)

Moukhine (N.). Sur la signification de l'hérédité dans les cas d'exostoses ostéogéniques multiples (en russe). (*Roussk. Vratch*, 12-19 mars.)

Porges (M.). Ueber Sulfatausscheidung beim Gebrauche alkalisch-salinischer Quellen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 avril.) — Sur l'élimination des sulfates chez les buveurs d'eaux chlorurées sodiques alcalines.

Strasburger (J.). Ueber Blutdruck, Gefässtonus und Herzarbeit bei Wasserbädern verschiedener Temperatur und bei kohlensäurehaltigen Soolbädern. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 5-6.) — La pression sanguine, la tonicité vasculaire et l'action cardiaque sous l'influence des bains de température variable et des bains chlorurés carboniques.

Wassermann (A.) et **Citron** (J.). Die lokale Immunität der Gewebe und ihre praktische Wichtigkeit. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 avril.) — L'immunité locale des tissus et son importance pratique.

MÉDECINE

Finkelnburg (R.). Beitrag zur Frage des sogenannten « Herzblocks » beim Menschen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 5-6.) — Sur l'asynchronisme des battements des ventricules et des oreillettes du cœur.

Fränkel (E.). Ueber traumatische Herzklappenzerreissung. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 avril.) — Rupture traumatique des valvules du cœur.

Funke (J.). Erosive gastritis. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, janv.)

Ganginsky (V.). 2 cas de polyurie (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mars.)

Gerhardt (D.). Beiträge zur Lehre von den Extrasystolen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 5-6.)

Hare (F.). The hepatic factor in biliousness. (*Brit. Med. Journ.*, 15 avril.) — L'élément hépatique dans la dyspepsie.

Hildebrand (H.) et **Hess** (O.). Zur Differentialdiagnose zwischen Hernia diaphragmatica und Eventratio diaphragmatica. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 avril.)

Kaufmann (R.). Ueber Magenchemismus und -Atonie. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 et 29 avril.) — Sur le chimisme et l'atonie de l'estomac.

Kurpjuweit (O.). Ueber letale Anämien im Greisenalter. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 5-6.) — Sur les anémies mortelles chez les vieillards.

Kürt (L.). Die Grenzbestimmung des Herzens und seiner Abschnitte mittels indirekter Palpation des Impulses. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 avril.) — La délimitation du cœur et de ses segments au moyen de la palpation indirecte du choc précordial.

Lommel (F.). Ueber anfallsweise auftretende Verdoppelung der Herzfrequenz. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 5-6.) — Sur le redoublement paroxystique du rythme cardiaque.

Lyra (M. Graciano de). As albuminurias dos arthriticos. (*Thèse de Rio-de-Janeiro.*)

Maldoutisse (A.). 2 cas d'ictère provoqué artificiellement (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mars.)

Margaritès (J.). Καρδιοπνευμονικὰ ἢ ἀνόργανα φυσήματα. (Ἀρχεῖα ἰατρικῆς, 1er-15 mars.) — Souffles extracardiaques ou fonctionnels.

Martin (C. J.). Remarks on the determination of arterial blood pressure in clinical practice. (*Brit. Med. Journ.*, 22 avril.) — La mensuration clinique de la pression artérielle.

Mayer (M.) et **Schreyer** (O.). Zur Klinik und Aetiologie der Angina ulcerosa membranacea (Plaut-Vincent). (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 avril.)

Moore (B.), **Alexander** (W.), **Kelly** (R. E.) et **Roaf** (H. E.). On the absence or marked diminution of free hydrochloric acid in the gastric contents, in malignant disease of organs other than the stomach. (*Lancet*, 29 avril.) — Sur l'absence ou la diminution notable de l'acide chlorhydrique libre dans le contenu stomacal, au cours des cancers autres que ceux de l'estomac.

Moritz (F.). Ueber Herzdilatation. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 avril.) — Sur la dilatation cardiaque.

Nowack (K.). Beitrag zur Pseudoleukämie-Frage. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 avril.)

Oerum (H. P. T.). Intermitterende albuminuri (fysiologisk, ortostatisk og cyklisk albuminuri). (*Bibliotek for Læger*, janv. et avril.)

Pond (A. M.). The significance of epigastric pain. (*Med. News*, 15 avril.) — La signification de la douleur épigastrique.

Predtétchensky (V.). Sur la structure et la signification diagnostique des spirales de Curschmann dans l'asthme bronchique (en russe). (*Prakt. Vratch*, 19 et 26 mars.)

Raviart (G.) et **Caudron** (P.). Deux cas de mérycisme. (*Echo méd. du Nord*, 30 avril.)

Rosenfeld (G.). Notizen zur Fettbestimmungsmethode. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 8 avril.) — Sur le dosage de la graisse.

Rossi (A.). Ulteriore contributo al valore della citodiagnosi. (*Gazz. degli Osped.*, 16 avril.)

Sahli. Ueber die Prüfung des Magenchemismus unter natürlichen Verhältnissen und ohne Anwendung der Schlundsonde; die Desmoidreaktion, eine neue Untersuchungsmethode. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 avril et 1er mai.) — Etude du chimisme stomacal dans des conditions naturelles et sans l'emploi de la sonde œsophagienne.

Sailer (J.) et **Rhein** (R. D.). Eventration of the diaphragm. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Schmoll (E.). The pathogenesis and treatment of gout. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 avril.)

MALADIES INFECTIEUSES

Kaurin (E.). Om anvendelse af tuberkulin som diagnosticum for lungetuberkulose. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, avril.) — Sur l'emploi de la tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

Love (A.). An investigation into the leucocytosis of typhus fever. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, avril.)

Marchoux. La fièvre jaune à Rio-de-Janeiro. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Mauro (C.). Comment on meurt de la fièvre jaune. (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 mars.)

Miller (J. A.). Nephritis complicating mumps. (*Med. News*, 1er avril.) — Néphrite compliquant les oreillons.

Mircoli (S.). Sul significato clinico della formula bacillare tubercolare in genere, della streptococciforme in specie. (*Gazz. degli Osped.*, 23 avril.)

Morquio (L.). El prurito en la scarlatina. (*Rev. méd. del Uruguay*, fév.)

Mouisset (F.) et **Bonnamour** (S.). Modification rare des urines dans le cours d'une dothiénentérie : urines de coloration normale à l'émission présentant un aspect rouge hémorrhagique après l'exposition à l'air; alcaptonurie probable. (*Lyon méd.*, 30 avril.)

Ost. Bericht über die Typhus-Epidemie in Bern im Sommer 1904. In-8°, 33 p. avec fig. Berne.

Ostmann. Die Prophylaxe des Ohres bei den akuten Infektionskrankheiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 avril.) — Les soins prophylactiques à donner à l'oreille au cours des maladies infectieuses.

Price (F. W.). The prognosis and treatment of early pulmonary tuberculosis. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.)

Richartz (H.). Ueber Aphthæ tropicæ oder indische Spruw. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 avril.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Jelgersma (G.). De ziekte van Friedreich. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 avril.) — L'hérédo-ataxie cérébelleuse.

Köppen (M.). Ueber halbseitige Gehirnatrophie bei einem Idioten mit cerebraler Kinderlähmung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 1.) — Hémiatrophie cérébrale chez un idiot atteint de paralysie cérébrale infantile.

Kötscher (L. M.). Ueber das Bewusstsein, seine Anomalien und ihre forensische Bedeutung. In-8°, 109 p. Wiesbaden. — Sur la conscience, ses anomalies et leur signification médico-légale.

Léri (A.). Relations cliniques de la cécité avec la paralysie générale et le tabes. (*Journ. de neurol.*, 5 avril.)

Littlewood (H.), **Telling** (W.) et **Scott** (S.). A case of multiple neurofibromatosis. (*Lancet*, 8 avril.)

Marina (A.). Studio intorno la sindrome di idiotismo con amaurosi, con deduzioni da un nuovo caso. (*Pediatria*, mars.)

McCarthy (D. J.). « Spondylose rhizomélique »; a study of the relative frequency of spinal involvement in rheumatoid arthritis, with autopsy findings. (*New York Med. Journ.*, 8 avril.)

McCay (D.) et **Thurston** (E. O.). Tumour of the right caudate nucleus and frontal lobe. (*Lancet*, 29 avril.)

McLaughlin (J. W.). Gastro-intestinal conditions in epilepsy. (*Med. News*, 15 avril.)

Mingazzini. Beitrag zum Studium der « spondylose rhizomélique ». (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVIII, 2-4.)

Munaron (L.). Profilassi del cretinismo endemico. (*Policlinico*, 16 avril.)

Neutra (W.). Ueber Osteoakusie und deren Beziehungen zur Vibrationsempfindung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVIII, 2-4.)

Ormerod (J. A.). On two cases of cerebrospinal meningitis. (*Lancet*, 29 avril.)

Penafiel (A. C.). Contribuição ao estudo da paralysia geral dos alienados no Brazil. (*Thèse de Rio-de-Janeiro.*)

Pron (J.). La neurasthénie; pathogénie et traitement. In-18, 88 p.

Räcke. Zur Lehre vom hysterischen Irresein. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 1.) — Sur les troubles mentaux d'origine hystérique.

Radine (E.). L'élément émotionnel de l'hypnose et la psychothérapie de l'alcoolisme (en russe). (*Roussk. Vratch*, 12-19 mars.)

Reichardt (M.). Ueber Todesfälle bei funktionellen Psychosen. (*Centr.-Bl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie*, 1er janv.) — Psychoses fonctionnelles terminées par la mort.

Rosenbach (O.). Zum Problem der Aetiologie der Tabes. (*Therap. Monatsh.*, mars.)

Salles. La paralysie douloureuse des jeunes enfants n'existe pas. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 avril.)

Savage (G. H.). On the mental disorders of decay. (*Lancet*, 8 avril.) — Sur les troubles mentaux des dégénérés.

Stintzing (R.). Hysterischer Mutismus in Verbindung mit hysterischem Asthma nach Unfall. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVIII, 2-4.) — Mutisme et asthme hystériques post-traumatiques.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Berg (A.). Ein Beitrag zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 15 et 22 avril.) — Sur le traitement abortif de la blennorrhagie.

Bolton (C.) et **Brewer** (D.). A case of extensive cutaneous diphtheria with an examination of the nervous system. (*Lancet*, 29 avril.)

Cannac. Le pian à la Côte d'Ivoire. (*Arch. de parasitol.*, IX, 2.)

Cheatle (G. L.). The points of incidence compared in cancer, leucoderma, and scleroderma. (*Brit. Med. Journ.*, 29 avril.)

Eshner (A. A.). A case of universal congenital atrichia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Filontchikov (N.). Traitement du psoriasis par l'air surchauffé (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mars.)

Fournier (E.). Hérédo-syphilis de seconde génération. In-8°, 190 p. avec fig.

Hoffmann (E.). Ueber einen äusserst charakteristischen Fall von Erythema scarlatiniforme recidivans bei Alibert. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er avril.)

Holm (N.). Om forlöbet af erhvervet syfilis. (*Bibliotek for Læger*, avril.) — Sur l'évolution de la syphilis acquise.

James (S. P.). Oriental or Delhi sore. In-4°, 16 p. avec fig. Calcutta. — Sur l'ulcère de Delhi.

Leale (M.). Chronic eczema as a complication of the senile degenerations. (*Amer. Medicine*, 15 avril.)

Miceli-Capurbano. Due casi di alopecia traumatica. (*Gazz. degli Osped.*, 25 avril.)

Moncorvo. Breves considerações sobre a frequencia das dermatoses infantis no Rio de Janeiro. (*Brazil-medico*, 1er avril.)

Morris (M.). On some new therapeutic methods in dermatology. (*Brit. Med. Journ.*, 1er avril.)

PARASITOLOGIE

Buschke (A.) et **Fischer** (W.). Ueber das Vorkommen von Spirochäten in inneren Organen eines syphilitischen Kindes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 mai.) — Sur la présence de spirochètes dans certains organes d'un enfant syphilitique.

Lacour (A.). Un cas de tænia observé à Lang-Son (Tonkin). (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Lucksch (F.). Askariden als Emboli in der Lungenarterie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 avril.) — Ascarides formant des embolies dans l'artère pulmonaire.

Mendonça (A.). Cysticercose ladrica no homem. (*Rev. med. de S. Paulo*, 31 mars.)

Meyer (A.). Two cases of pernicious anemia due to the Dibothriocephalus latus. (*Med. News*, 8 avril.)

Schaudinn (F.) et **Hoffmann** (E.). Ueber Spirochätenbefunde im Lymphdrüsensaft Syphilitischer. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 mai.) — Sur la présence de spirochètes dans le suc des ganglions lymphatiques des syphilitiques.

Thompson (W. G.). A case of Dibothriocephalus latus infection, causing pernicious anemia; with complete recovery. (*Med. News*, 8 avril.)

Wollenberg (R.). Ueber die Cysticercen, insbesondere den Cysticercus racemosus des Gehirns. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 1.)

Ziemann (H.). Beitrag zur Trypanosomenfrage. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, XXXVIII, 4.)

CHIRURGIE

Federici (N.). Dell'edema maligno dello scroto: a proposito di un operato di ernia crurale. (*Gazz. degli Osped.*, 23 avril.)

Federmann. Ueber einen Fall von operativ geheiltem Milzabscess nach Typhus abdominalis, zugleich ein Beitrag zur diagnostischen Bedeutung der Leukocytenuntersuchung beim Ileotyphus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 avril.) — Abcès post-typhoïdique de la rate; opération; guérison.

Kopfstein (V.). Cystis pancreatica. (*Casopis lékaru ceskych*, 15 avril.)

Lambret (O.) et **Gérard** (G.). L'angle colique gauche; son influence sur la circulation intestinale. (*Echo méd. du Nord*, 16 avril.)

Landau (H.). Krebs und Sarkom am gleichen Menschen. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 avril.) — Cancer et sarcome chez un même sujet.

Lane (W. A.). Chronic constipation and its medical and surgical treatment. (*Brit. Med. Journ.*, 1er avril.)

Lanz. Der ektopische Testikel. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 22 avril.)

Leedham-Green (C.). On the closure of traumatic defects of the skull. (*Brit. Med. Journ.*, 15 avril.) — Sur la réparation des pertes de substance traumatiques du crâne.

Le Fort (R.). Pseudarthrose de l'avant-bras; suture osseuse. (*Echo méd. du Nord*, 9 avril.)

Lempp (H.). Ueber den Wert der Jejunostomie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 1-2.) — Valeur de la jéjunostomie.

Leyden (E. von) et **Klemperer** (F.). Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts. VIII. Band: Chirurgische Vorlesungen, einschliesslich Ophthalmologie und Otiatrie. In-8°, 1244 p. avec fig. Vienne. — La clinique allemande au début du vingtième siècle. T. VIII: chirurgie, ophtalmologie et otologie.

Lilienthal (H.). Cholecystitis. (*Amer. Medicine*, 22 avril.)

Lima (C. de). Tratamento do joelho valgo. (*Porto medico*, avril.) — Traitement du genu valgum.

Loison (E.). La luxation verticale de l'extrémité supérieure du péroné accompagnant la fracture de la diaphyse du tibia. (*Marseille méd.*, 1er avril.)

Long (J. W.). Enterostomy. (*Amer. Medicine*, 8 avril.)

Lorenz (A.) et **Reiner** (M.). Hüftgelenksresektion mit totaler Kapselexstirpation, nebst Bemerkungen über die Totalexstirpation des tuberkulösen Hüftgelenkes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 avril.) — Résection de la hanche avec extirpation totale de la capsule.

Maragliano (D.). Piopneumotorace subfrenico. (*Gazz. degli Osped.*, 23 avril.)

Mayo (W. J.). Surgical tuberculosis in the abdominal cavity with special reference to tuberculous peritonitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 avril.)

McCaskey (G. W.). Early diagnosis and operative treatment of gastric cancer. (*Journ. o, the Amer. Med. Assoc.*, 1er avril.)

McGrath (J. J.). Simple ulcer of the stomach and its surgical treatment. (*Med. Record*, 22 avril.)

Michels (E.) et **Weber** (F. P.). Obliterative arteritis, leading to gangrene of extremities in otherwise apparently healthy men in the prime of life. (*Brit. Med. Journ.*, 8 avril.)

Morestin (H.). Deux cas de cancer très étendu de la joue; ablation avec résection de la mâchoire inférieure; autoplastie en plusieurs temps. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

Moynihan (B. G. A.). On the surgical treatment of ulcer of the stomach and of its complications. (*Brit. Med. Journ.*, 8 avril.)

Müller (B.). Chloroform und Aether. (*Wien. med. Presse*, 2 avril.)

Oliver (J. H.). Colecistitis supurada, con pericolecistitis y calculo del cistico; colecistostomia; extracción del calculo; curación. (*Rev. méd. del Uruguay*, fév.)

Ortiz de la Torre (D. J.). La experiencia de 500 hernias operadas. In-8°, 43 p. Madrid.

Otradovec (J.). Two cases of ulcerative perforation of the rectum originating from a gonorrhœal salpingitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Pacheco Mendes. A propos des anévrysmes carotidiens. (*Rev. de chir.*, avril.)

Payr (E.). Appendizitis und embolische Magenerkrankungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 avril.) — Appendicite et embolies de l'estomac.

Pennington (J. R.). Normal salt solution and other local analgesics in the office treatment of ano-rectal diseases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 avril.)

Perassi (A.). Esiti immediati di sette cure operative per affezioni tubercolari. (*Policlinico*, 30 avril.)

Pluyette. Maladie de Hirschsprung (mégacôlon). (*Marseille méd.*, 15 avril.)

Pólya (E. A.). Thrombophlebitis mesaraica, eine verhängnisvolle Komplikation der Appendicitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 et 23 fév. et 2 mars.)

Pringle (J. H.). Remarks on the treatment of empyema. (*Brit. Med. Journ.*, 15 avril.)

Puschnig (R.). Ueber neuere Narkosenmittel und -Methoden, insbesondere Morphin-Skopolamin. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 avril.)

Rebentisch. Ein eigenartiger Fremdkörperbefund bei Appendicitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 avril.) — Corps étrangers rares dans un cas d'appendicite.

Riedel. Ueber den linksseitigen Magenschmerz. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 avril.) — Sur la douleur stomacale siégeant du côté gauche.

Rosenow (E.). Hand sterilization by oil of cloves. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.) — La stérilisation des mains par l'essence de girofle.

Santoro (G.). Contributo alla cura dell'appendicite. (*Gazz. degli Osped.*, 16 avril.)

Santucci (A.). Peritonite erniaria acuta da spina di pesce. (*Atti dell'Accad. dei fisiocritici in Siena*, XVI, 9-10.) — Péritonite herniaire aiguë due à une arête de poisson.

Sauvé (L.). Des hémorrhagies intestinales consécutives à l'opération des hernies en général. (*Rev. de chir.*, fév., mars et avril.)

Schlesinger (H.). Les indications des interventions chirurgicales dans les maladies internes. T. Ier: maladies du système nerveux, des os et des articulations, de la plèvre, du médiastin, du système circulatoire, du tube digestif. (Trad. de l'allemand par L. Lichtwitz et J. Sabrazès.) In-16, 288 p.

Schmitz (R.). Ueber den gegenwärtigen Stand der Perityphlitis-Frage, insbesondere über den günstigsten Zeitpunkt des operativen Einschreitens. (*Berlin. Klinik*, mai.) — De l'appendicite, notamment de l'opportunité de l'intervention chirurgicale.

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Pollak (E.). Die Geburt bei Uterus duplex separatus und Vagina septa. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 2.) — L'accouchement dans le cas d'utérus double et de vagin cloisonné.

Prozorovsky (N.). Contribution à l'étude d'un nouveau procédé d'extirpation totale de l'utérus cancéreux par laparotomie (procédé modifié de Wertheim) (en russe). (*Roussk. Vratch*, 12-19 mars.)

Queirel. Accouchement spontané chez une primipare rétrécie. (*Marseille méd.*, 1er avril.)

Reinecke (K.). Ueber abdominelle Totalexstirpation des Uterus mit sagittaler Spaltung des Cervixstumpfes bei Cervixmyom. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 avril.) — De l'hystérectomie abdominale totale avec section médiane du moignon cervical pour fibrome du col de l'utérus.

Riggs (T. C.). Eine vergleichende Studie über die Becken von Weissen und Negern, mit Berücksichtigung der Grösse des Kindes, und ihre Beziehung zur Kindslage und zum Geburtsverlauf bei beiden Rassen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 avril.) — Le bassin des blanches et des négresses, notamment au point de vue du volume du fœtus; ses rapports avec la position du fœtus et la marche de l'accouchement dans les deux races.

Sampson (J. A.). Cancer of the uterine cervix; its classification and extension. (*Albany Med. Ann.*, mai.)

Schmidlechner (K.). Fälle von Scheidenkrebs. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 2.) — Cancer du vagin.

Schütze. Ein Fall von Endometritis post abortum bei einem 11jährigen Mädchen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 avril.)

Seitz (L.). Ein Fall von akutem Oedem der Muttermundslippen während der Schwangerschaft infolge Koprostase. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 mars.) — Œdème aigu des lèvres du col utérin, pendant la grossesse, par suite de coprostase.

Smith (Mary A.). Cesarean section following ventral fixation. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Thomass (W.). Ein einfacher Handgriff zur Bestimmung des Tiefstandes des kindlichen Kopfes im kleinen Becken. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 avril.) — Manœuvre simple pour déterminer la position de la tête du fœtus dans l'excavation.

Varaldo (F.). Die blutbildenden Organe während der Schwangerschaft und dem Wochenbett. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 avril.) — Les organes hématopoïétiques au cours de la grossesse et des suites de couches.

Vértes (O.). Zur Aetiologie und Therapie der weiblichen Urogenitalfisteln auf Grund 24 beobachteter Fälle. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.)

Vineberg (H. N.). Extrauterine pregnancy at full term; total extirpation of uterus and placenta by a new technic; recovery. (*Amer. Medicine*, 8 avril.) — Grossesse extra-utérine à terme; hystérectomie totale; guérison.

Wallart (J.). Zur Frage der Ovarialveränderungen bei Blasenmole und bei normaler Schwangerschaft. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er avril.) — Sur les modifications ovariennes dans la môle vésiculaire et dans la grossesse normale.

PÉDIATRIE

Kermauner (F.). Zur Kenntnis der Verdauungsstörungen im ersten Lebensalter. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 2.) — Sur les troubles digestifs du premier âge.

Morax (J.). Mortalité infantile à Lausanne et dans le canton de Vaud. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril.)

Morquio (L.). Sobre el sindroma coqueluchoideo en los niños. (*Arch. latino-americanos de pediatria*, mars.)

Rabot et **Bombes de Villiers.** Un cas d'adénopathie trachéobronchique avec caverne tuberculeuse chez un enfant. (*Lyon méd.*, 23 avril.)

Reyher (P.). Ueber den Fettgehalt der Frauenmilch. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 4.) — Sur la teneur du lait de femme en graisse.

Riss et **Vallette** (P.). Deux cas de mort rapide chez le nouveau-né. (*Marseille méd.*, 15 avril.)

Taylor (J.). Paralysis and other diseases of the nervous system in childhood and early life. In-8°, 520 p. Londres.

Tobler (L.). Die therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion im Kindesalter. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er avril.) — Valeur thérapeutique de la ponction lombaire chez l'enfant.

Wachenheim (F. L.). Hypertrophy and stenosis of the pylorus in infants. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Gordon (A.). On the pathogenesis of lead intoxication à propos of the pathologic findings in a case. (*Amer. Medicine*, 29 avril.) — Pathogénie du saturnisme.

McKelway (J. I.). 3 cases of poisoning by potassium cyanide. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Moinat (Th.). 8 gevallen van vergiftiging na het gebruik van engelsche winterspinazie (rumex patientia). (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 avril.)

Perez (A.). Brevi note sulla intossicazione chinica. (*Gazz. degli Osped.*, 2 avril.)

Perrando (G.). Di una speciale tecnica per la ricerca dei nemaspermi nelle macchie. (*Rassegna internazion. della medicina moderna*, 1er avril.)

Pontoppidan (K.). Barnemord. (*Bibliotek for Læger*, avril.) — L'infanticide.

Stadelmann (E.). Ueber Vergiftung mit Schwefelalkalien. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 avril.) — Sur les intoxications par les sulfures alcalins.

Stoenesco (N.). Diagnostic de la submersion par l'étude cryoscopique du sang des noyés. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.)

Taylor (A. S.) et **Smith** (F. J.). Principles and practice of medical jurisprudence. 5e éd. 2 vol. In-8°, 1920 p. Londres.

Waldvogel. Phosphorvergiftung und Autolyse. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 5-6.) — Intoxication par le phosphore et autolyse.

Weiss (J.). Krankheit und Arbeitsfähigkeit. (*Wien. med. Presse*, 9 et 16 avril.) — Maladie et capacité du travail.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Grande (E.). Ancora del guajacol nella parotite epidemica. (*Gazz. internazion. di medicina*, 30 janv.)

Hall (H. O.). The delirium and hallucinations of digitalis. (*Amer. Medicine*, 25 mars.)

Hare (F.). The treatment of hemoptysis. (*Amer. Medicine*, 1er avril.)

Hecht (A.). Zur Therapie der Cholelithiasis. (*Therap. Monatsh.*, avril.)

Herz (H.). Ueber chronische Entzündungen der Blinddarmgegend und ihre Behandlung. (*Therap. Monatsh.*, mars et avril.) — Sur les inflammations chroniques de la région cæcale et leur traitement.

Huber (F.). A preliminary report on the use of diphtheria antitoxin in epidemic cerebrospinal meningitis. (*Med. News*, 15 avril.)

Hühner (M.). The best method of administering potassium iodide. (*Med. Record*, 1er avril.)

Kerley (C. G.). The management of pneumonia in infants and children. (*New York Med. Journ.*, 1er avril.) — Traitement de la pneumonie infantile.

Malafosse (M.). Des accidents locaux consécutifs aux injections de quinine; leur prophylaxie par les injections de chlorhydrate neutre de quinine en solutions faibles dans le sérum artificiel. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, mars.)

Mann (M.). Die diätetische Behandlung des Diabetes mellitus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 avril.) — Le traitement diététique du diabète sucré.

Musgrave (W. E.). Treatment of intestinal amebiasis in the tropics. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 avril.)

Reale (G.). La guarigione della peritonite tubercolare colle iniezioni iodo-iodurate alla Durante. (*Gazz. degli Osped.*, 9 avril.)

Roux (J.) et **Tisserand.** Les injections épidurales de cocaïne dans certains cas de névralgies génitales angoissantes. (*Loire méd.*, avril.)

Ruhemann (J.). Zur Behandlung der epidemischen Genickstarre. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er mai.) — Sur le traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Shaw (H. B.). The treatment of tuberculosis of the lungs by means of tuberculin and other bacterial derivatives. (*Lancet*, 8 avril.)

Strubell (A.). Der Aderlass. In-8°, 180 p. Berlin. — La saignée.

Trochanès (G.). Θεραπεία τῆς παραλύσεως τῶν παίδων. ('Αρχεῖα ἰατρικῆς, 1er fév.) — Traitement de la paralysie infantile.

Vinay (Ch.). La cure d'horizontalité. (*Lyon méd.*, 30 avril.)

Vogelius (F.). Mælkediæt ved kronisk tropediarré (sprue). (*Hospitalstidende*, 12 avril.) — Le régime lacté dans la diarrhée tropicale.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Gay (U.). Le traitement des neurasthéniques à hypertension artérielle par les courants de haute fréquence; recherches expérimentales. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 avril.)

Gidon (F.). Résultats de dix traitements radiothérapiques de cancroïdes et de cancers. (*Année méd. de Caen*, mars.)

Grashey (R.). Röntgenbilder in Unfallsachen. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, avril.) — La radioscopie dans les accidents du travail.

Guilleminot (H.). L'aire cardiaque chez les tuberculeux guéris. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 avril.)

Helber (E.) et **Linser** (P.). Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 avril.) — L'action des rayons de Röntgen sur le sang.

Klingmüller (V.) et **Halberstädter** (L.). Ueber die bakterizide Wirkung des Lichtes bei der Finsenbehandlung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 avril.) — Sur l'action bactéricide de la lumière dans la photothérapie.

Mikulicz (J. von). Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Chirurgie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 avril.) — Les rayons de Röntgen en chirurgie.

Reyher (P.). Ueber die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Kinderheilkunde. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 avril.) — Les rayons de Röntgen en pédiatrie.

Rumpf (Th.). Die Ergebnisse der Röntgenstrahlen für die innere Medizin. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 avril.) — Les rayons de Röntgen en médecine interne.

Schmidt (H. E.). Die Röntgenstrahlen in der Dermatotherapie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 avril.)

Slavik (E.). Lupus vulgaris (l. Wilani) a moje prípady luposní. (*Casopis lékaru ceskych*, 25 mars, 1er et 8 avril.) — La photothérapie du lupus vulgaire.

Veress (F. von). Ueber die Wirkung des Finsenlichtes auf normale Haut. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 avril.) — Effets, sur la peau normale, des radiations lumineuses obtenues par le procédé de Finsen.

BACTÉRIOLOGIE

Heim (L.). Die Widerstandsfähigkeit verschiedener Bakterienarten gegen Trocknung und die Aufbewahrung bakterienhaltigen Materials insbesondere beim Seuchendienst und für gerichtlich-medicinische Zwecke. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, L, 1.) — La résistance de différentes espèces de microbes à la dessiccation et la conservation des objets chargés de microbes, notamment au point de vue du service des épidémies et de la médecine légale.

Kikuchi (Y.). Untersuchungen über das Dysenterieaggressin. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 avril.)

Klieneberger (C.). Ueber hämophile Bacillen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 avril.)

Noc (F.). Propriétés bactériolytiques et anticytasiques du venin de cobra. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

Vaughan (V. C.). The action of the intra-cellular poison of the colon bacillus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 avril.)

MÉDECINE CLINIQUE

Un cas de tumeur gazeuse sus et sous-claviculaire; autopsie et mécanisme physiologique.

I

Dans un premier article (1), nous avons exposé l'histoire clinique d'un malade atteint de tumeur gazeuse sus et sous-claviculaire, et discuté les différents diagnostics qui pouvaient prétendre expliquer le syndrome curieux que nous observions. Aucune des hypothèses possibles ne nous satisfaisait pleinement, et dans les cas déjà publiés nous ne trouvions ni observation identique, ni examen anatomique capable de nous guider. Après discussion, nous étions arrivés à conclure qu'il s'agissait vraisemblablement « *d'un emphysème localisé, enkysté, consécutif à la perforation, soit de la trachée, soit du sommet du poumon tuberculeux après symphyse pleurale* ».

De ces deux possibilités, la seconde, en raison des signes de tuberculisation avancée du sommet que nous constations, était assurément la plus probable. C'est elle, en effet, qui s'est vérifiée, mais avec des particularités anatomiques très curieuses, qui font de notre observation un cas peut-être unique dans la science.

Avant d'exposer les résultats anatomiques de l'autopsie, voyons d'abord quelle a été l'évolution clinique des phases ultimes de l'affection.

Nous avions laissé, au moment où paraissait notre premier article, notre malade en voie d'amélioration. En effet, sa double tumeur gazeuse s'était, pendant les premières semaines du mois de mai, progressivement affaissée; vers le 20 mai, on n'en trouvait presque plus de traces, même quand le patient toussait; aucune saillie visible n'apparaissait, et tout au plus la palpation profonde du triangle sus-claviculaire laissait-elle percevoir un clapotement, sourd, presque hydro-aérique, beaucoup moins superficiel et bruyant que lorsque la tumeur avait antérieurement son plein développement.

Huit jours plus tard, l'aspect changeait de nouveau : à la suite d'efforts répétés et pénibles de toux, la *tumeur sous-claviculaire* reparaissait, plus saillante que jamais, douloureuse à la pression, et présentant tous les caractères physiques que nous avons décrits précédemment, sauf un, cependant, la communication évidente avec le creux sus-claviculaire. En effet, la tumeur sus-claviculaire ne s'était pas reformée; elle l'aurait fait certainement si la survie du malade avait été plus longue, et nous aurions vu se produire l'évolution inverse de celle qui avait été notée au début de l'affection : à ce moment, c'était la tumeur sus-claviculaire qui s'était montrée la première en date, tandis que la poche située au-dessous de la clavicule n'était apparue que secondairement et par une sorte d'expansion progressive de la première.

Cette réitération de la tumeur gazeuse s'était rapidement accompagnée d'un état de plus en plus grave, et le patient succombait le 5 juin.

Voici quelles constatations anatomiques nous a permis de faire la nécropsie :

II

Sur la table d'autopsie, on constate que la poche sus-claviculaire n'est presque plus appréciable à la palpation : c'est à peine si l'on devine, assez profondément, l'existence d'une poche à parois très souples, et qui semble complètement vide. La poche sous-claviculaire, au contraire, est encore très nettement appréciable, avec les mêmes caractères que pendant la vie; les bruits de gargouillement s'y produisent toujours avec autant d'intensité et de facilité.

En disséquant la région, on ne remarque rien d'anormal dans les plans superficiels :

Dans le creux sus-claviculaire, on reconnaît successivement la peau doublée du peaucier, le tissu cellulaire, la veine jugulaire externe et les aponévroses superficielle et moyenne avec le muscle omo-hyoïdien, qui traverse la région en diagonale. Après dissection de l'aponévrose et résection de ce muscle, on aperçoit les scalènes antérieur et postérieur, séparés par les troncs obliquement descendants du plexus brachial. C'est alors que se présente une membrane souple, mince et fragile, mais nettement isolable par la dissection, qui remonte très haut dans le cou, le long du bord externe du scalène postérieur, presque jusqu'à l'insertion de ce muscle aux apophyses transverses des troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales. En bas, la poche descend, assez profonde et bridée sur sa face antérieure successivement par le plexus brachial, l'artère et la veine sous-clavières; ces nerfs et ces vaisseaux sont en contact immédiat avec la membrane, qui les tapisse sur une longueur de plusieurs centimètres. Il faut sectionner et érigner en dedans ces organes pour suivre la poche plus loin : elle s'enfonce entre la clavicule et la première côte, en s'étalant largement vers la région sous-claviculaire.

Au-dessous de la clavicule, après avoir mis à nu le grand pectoral, qui ne semble pas plus aminci que celui du côté opposé, il faut sectionner ce muscle vers son insertion humérale, et le récliner en dedans. En le soulevant ainsi, on découvre aussitôt une vaste poche, dont la paroi antérieure, intimement confondue avec la gaine profonde du grand pectoral, est tellement mince et fragile, qu'elle se déchire de suite et qu'il est impossible de la conserver dans son intégrité; sa déchirure laisse écouler la valeur de près d'un verre de pus, jaune verdâtre, épais et bien lié, sans odeur, et mêlé d'air.

On résèque alors la clavicule sur une grande partie de sa longueur, on récline le muscle sous-clavier, et on fend sur toute sa hauteur la paroi antérieure des deux poches. L'épaule étant attirée fortement en dehors, on aperçoit les choses telles qu'elles sont représentées dans la *figure 1 :*

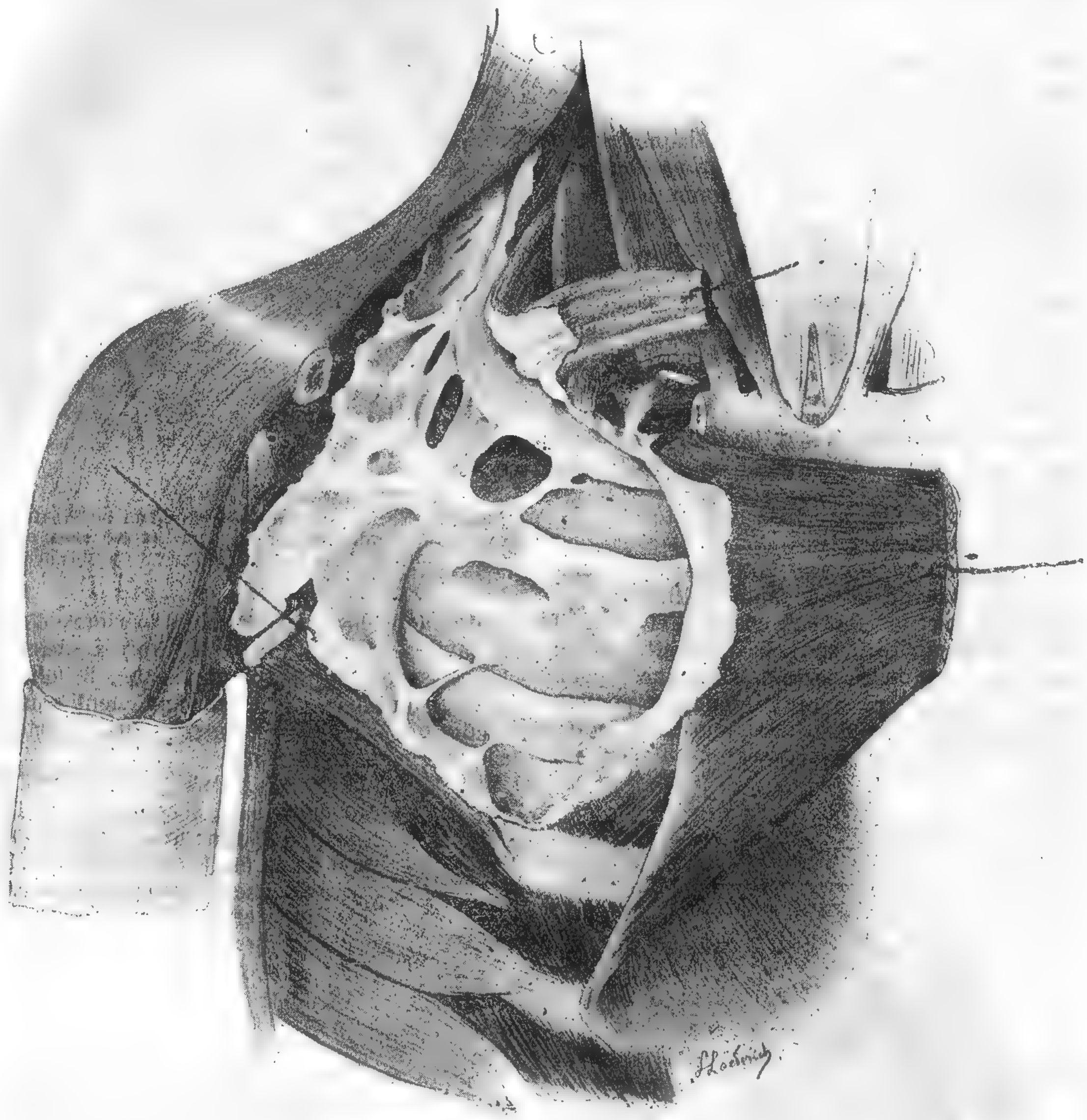


Fig. 1.

Aspect des poches extra-thoraciques.

(La clavicule a été réséquée, les muscles pectoraux sectionnés et réclinés, ainsi que le plexus brachial et l'artère sous-clavière.)

La poche sous-claviculaire s'étale largement sous les muscles pectoraux; elle est limitée en dedans par les insertions sterno-claviculaires du grand pectoral, en bas par les insertions du petit pectoral à la quatrième côte. En dehors, elle s'étend sous la face profonde du petit pectoral, jusque près de l'insertion coracoïdienne de ce muscle. Elle pousse même un diverticule dans l'aisselle, appliqué contre la paroi interne de cette région, à la surface du muscle grand dentelé; c'est un cul-de-sac très anfractueux, rempli de pus, et à parois si minces qu'il est impossible de les disséquer au milieu du tissu adipeux de l'aisselle; notons ici la présence de nombreux ganglions assez volumineux, mais ne présentant pas de lésions macroscopiquement appréciables.

La paroi profonde de la poche est constituée par le gril costal de la première à la quatrième côte. Ces os sont complètement mis à nu, et comme disséqués; leur périoste est détruit sur leur plus grande surface, mais il n'y a aucun foyer de nécrose, aucun séquestre. Les muscles intercostaux ont à peu près totalement disparu; il n'en persiste que quelques débris, sous forme de tractus fibreux tendus entre les deux

(1) A. Chauffard et L. Laederich. Un cas de tumeur gazeuse sus et sous-claviculaire. (*Semaine Médicale*, 1905, p. 229-230.)

premières côtes, et limitant trois ou quatre orifices ovalaires. Les côtes reposent par leur face profonde sur une membrane blanche, épaisse de 2 ou 3 millimètres, d'aspect tomenteux et un peu granuleux, recouverte par un exsudat fibrino-purulent non adhérent. Cette membrane, qui n'est autre chose, comme nous le verrons plus loin, que la *plèvre pariétale*, est intimement adhérente aux troisième et quatrième côtes; mais elle commence à se détacher de la seconde côte, dont on peut faire le tour complet sur une étendue de 3 centimètres; elle s'éloigne davantage encore de la première côte, surtout vers la partie externe de cet os, et ainsi est formée, entre le sommet du poumon coiffé de cette plèvre épaissie, et le dôme de la cage thoracique constitué par les deux premières côtes, une *troisième poche*, moins volumineuse que la poche superficielle, avec laquelle elle communique du reste largement par les orifices que limitent les débris des muscles intercostaux du premier espace. Cette poche profonde, *intrathoracique*, mais *extrapleurale*, est donc constituée par un véritable décollement de la plèvre pariétale d'avec la paroi thoracique, depuis le sommet jusqu'à la deuxième côte. Elle communique non seulement avec la poche sous-claviculaire, comme nous venons de le montrer, mais aussi directement avec la poche sus-claviculaire, par un étroit pertuis, situé dans la concavité de la première côte, entre le bord interne de cet os, d'une part, et les nerfs du plexus brachial et l'artère sous-clavière, d'autre part.

Le sommet du poumon, coiffé par une membrane fibreuse, épaisse de 3 ou 4 millimètres et constituée par les feuillets viscéral et pariétal soudés de la plèvre, forme la base de cette cavité; il présente une large perte de substance, qu'on ne voit bien qu'après avoir réséqué une portion des deuxième, troisième et quatrième côtes (*fig. 2*) : c'est une caverne, du volume d'une noix,



Fig. 2.

Aspect de la perforation pleuro-pulmonaire.

à parois très anfractueuses, et qui a ulcéré les deux feuillets pleuraux adhérents pour s'ouvrir dans le tissu cellulaire extrapleural; l'orifice est ovoïde, à bords extrêmement déchiquetés et irréguliers; il mesure 3 centimètres de long sur 2 centimètres de large. Lorsqu'on insuffle le poumon par la trachée, l'air sort avec la plus grande facilité par cette poche en produisant un bruit de glouglou par son passage à travers le pus qui la remplit partiellement.

Pour étudier maintenant les rapports réciproques des deux feuillets de la plèvre entre eux, avec le poumon et avec la paroi thoracique, pratiquons une grande coupe verticale antéro-postérieure, intéressant à la fois tous les plans de la paroi et le poumon.

Du sommet du poumon à la quatrième côte (*fig. 3*), soudure complète des deux feuillets pleuraux, qui coiffent le lobe supérieur d'une coque fibreuse épaisse. Au niveau de la quatrième côte, adhérence pleuro-costale, qui isole

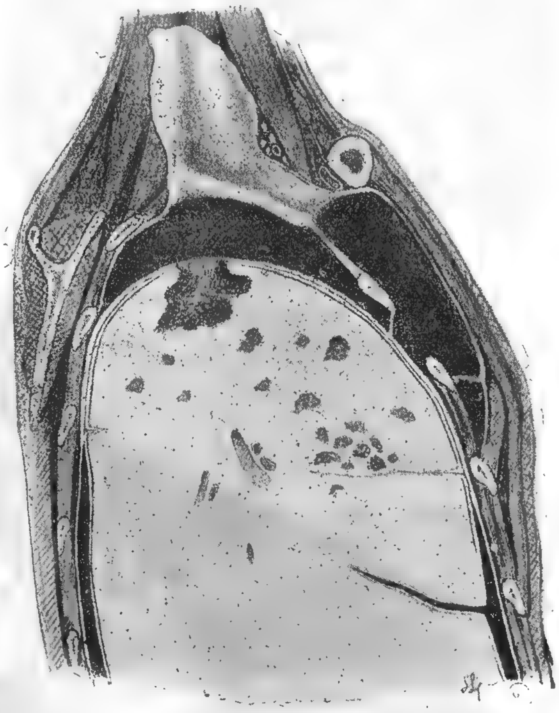


Fig. 3.

Coupe verticale antéro-postérieure (demi schématique), montrant la disposition des feuillets pleuraux et des trois parties de la poche. (La première côte n'a pas été sectionnée.)

toute la poche péri-pleurale supérieure d'avec la cavité endo-pleurale restée libre au-dessous. La scissure interlobaire, qui sépare le lobe supérieur du lobe moyen, est également soudée, tandis que la scissure interlobaire inférieure est restée non adhérente.

Ajoutons, sans entrer dans les autres détails accessoires de l'autopsie, que tout le sommet du poumon droit était creusé de cavités anfractueuses, communiquant à la fois entre elles et avec la caverne perforée du sommet.

III

Autant l'interprétation clinique des symptômes observés pendant la vie était difficile, autant elle devient simple après les constatations de l'autopsie. Il ne peut plus être question ni de hernie du poumon, ni de trachéocèle, ni d'un processus quelconque supposant l'extension progressive et la migration à distance d'une poche provenant directement de l'un des organes respiratoires. La poche à contenu hydro-aérique, dont l'existence était certaine, était bien, comme nous l'avions supposé, une *poche adventice*, de néoformation.

Voici donc comment on peut reconstituer l'ensemble de cette évolution clinique et anatomique : tuberculisation ancienne, scléro-caséeuse et cavitaire, de tout le lobe supérieur du poumon droit; symphyse des deux feuillets de la plèvre à ce niveau, protectrice pendant un temps plus ou moins long; puis, par l'extension du processus ulcéreux, perforation transpleurale du sommet du poumon par un orifice qui, au début, a probablement été de très petites dimensions.

Par ce pertuis initial, l'air s'échappe peu à peu, de bas en haut, dans le sens de l'effort expiratoire; il cherche sa voie là où il trouve la moindre résistance, c'est-à-dire vers le creux sus-claviculaire. C'est la première étape de la maladie; elle évolue en septembre 1904, au moment où le patient s'aperçoit par hasard de la présence, au-dessus de la clavicule droite, d'une tumeur indolore de la grosseur d'un œuf.

Plus tard, la poussée de l'air augmentant, chaque effort de toux agissant comme le coup de piston d'une pompe foulante, et le développement cervical de la tumeur ne pouvant, à cause des aponévroses de la région, faire de nouveaux progrès, la poche gazeuse évolue dans un nouveau sens; elle se propage de haut en bas, derrière la clavicule, et vient s'étaler là où elle trouve du tissu cellulaire lâche et une zone facilement décollable, au-dessous des pectoraux. C'est la seconde étape de la maladie, en novembre 1904. A ce moment, comme nous l'avons déjà dit, « la grosseur sus-claviculaire se serait affaissée peu à peu, en même temps qu'apparaissait une autre tuméfaction dans la région sous-claviculaire du même côté ».

Cette période d'état de la lésion arrivée à son maximum de développement dure jusqu'au mois de mai 1905, et semble aboutir à une guérison clinique apparente, par disparition progressive des deux tumeurs.

Il est certain que, pendant toute cette période d'état, le contenu de la poche était surtout gazeux, mais avec présence d'un peu de liquide, probablement séro-purulent.

La guérison apparente des deux tumeurs permet de supposer que l'infection pyogène de la poche adventice était peu virulente. Peut-être faut-il attribuer cette amélioration notable au fait que, une fois cet homme dans nos salles, on lui avait recommandé de ne pas parler, de retenir sa toux le plus possible, en même temps qu'un traitement opiacé assez intensif était institué.

Malgré ces précautions, la perforation pulmonaire s'est probablement agrandie pendant les derniers temps de la vie du malade, provoquant une inoculation pyogène massive de la poche préformée. Mais il est bien évident, d'après les constatations anatomiques, que cet abcès tuberculeux a eu son point de départ dans le sommet du poumon, et non dans une lésion osseuse : le caractère superficiel des lésions costales, l'absence de caries et de séquestres, l'absence également de toute vomique, ne permettent aucun doute sur ce point.

IV

Si maintenant nous voulons résumer en quelques mots l'ensemble des caractères anatomiques que nous venons d'étudier, nous intitulerons notre observation : *pyopneumothorax extrapleural, avec double expansion sus-claviculaire et sous-pectorale*.

Cette formule rend compte de la perforation pulmonaire à travers les deux feuillets soudés de la plèvre, du décollement de la plèvre pariétale, de la migration ascendante et descendante de l'air infiltré, de la sécrétion pyogène secondaire de la poche anatomique ainsi constituée.

Rien n'est plus curieux que de voir, au point de vue clinique, quelles dissemblances profondes séparent un cas tel que le nôtre d'avec le pyopneumothorax vulgaire intrapleural.

Voici deux malades qui, par le fait du même processus ulcéro-tuberculeux, ont une perforation du poumon, l'un dans la cavité pleurale, l'autre en dehors d'une plèvre pariétale soudée. Pour le premier, l'épanchement gazeux et liquide va se produire dans une vaste cavité à parois rigides et non refoulables; nous ne constaterons dès lors que des *signes de consonnance*, retentissant dans la cavité pleurale comme dans une caisse d'harmonie. Pour le second patient, au contraire, aucune consonnance nette ne peut se produire dans une poche dont une des parois est *flasque*, molle, dépressible, réductible. Nous n'observerons donc que des signes *pseudo-herniaires*, analogues aux bruits hydro-aériques que produit la réduction d'une anse intestinale herniée. Ainsi s'explique la tendance naturelle que nous avions eue au

début, dans ce fait, à chercher *a priori* l'existence d'un processus herniaire développé aux dépens du poumon, du larynx ou de la trachée. Une analyse clinique plus complète n'avait pas tardé à rectifier ce premier diagnostic d'impression objective.

Nous espérons que l'examen anatomique de notre cas, qu'en raison de sa rareté nous nous excusons d'avoir aussi longuement développé, pourra servir de point de repère, de donnée comparative, pour l'interprétation clinique de ces faits toujours si embarrassants de tumeurs gazeuses du cou ou de la poitrine.

A. Chauffard, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Cochin.

L. Laederich, Interne des hôpitaux de Paris.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

De l'apoplexie tardive traumatique (son importance au point de vue médico-légal), par MM. P. Marie et O. Crouzon.

Il faut entendre sous le nom d'*apoplexie tardive traumatique* les accidents cérébraux apoplectiformes survenant tardivement après les traumatismes du crâne, et cela en dehors des complications cicatricielles plus ou moins éloignées qui atteignent les méninges et le cortex ou les nerfs de la base, en dehors aussi des accidents d'origine infectieuse (méningo-encéphalite, abcès du cerveau) ou des manifestations de l'hystéro-traumatisme. En voici un exemple, observé par les auteurs :

Un cocher de fiacre subit, en conduisant sa voiture, une collision violente qui le jette par terre; il peut cependant se relever, remonter sur son siège, faire encore une course; il rentre chez lui très ému, ne se rappelant que vaguement ce qui s'était passé après l'accident et se plaignant de mal de tête. Cette céphalée persiste quelques jours et paraît aller en s'atténuant, quand, le sixième jour, au réveil, on constate que cet homme est atteint d'une hémiplégie droite avec aphasie, apparue sans doute pendant le sommeil. Le malade dut rester au lit pendant trois mois, sujet à des crises avec perte de connaissance et tremblement des bras et des mains, surtout du côté droit. Ses urines ayant été analysées, on y trouva 2 gr. 50 centigrammes d'albumine par litre.

Quand MM. Marie et Crouzon examinèrent cet homme, quinze mois après l'accident, ils constatèrent encore les traces bien nettes d'une hémiplégie droite avec aphasie sensorielle; l'albuminurie persistait et avait entraîné des lésions étendues de chorio-rétinite; enfin les signes de la néphrite, jusque-là latente, commençaient à apparaître (œdème des jambes, dyspnée, etc.). Il est vraisemblable que cette lésion rénale, existant avant l'accident, avait joué le rôle de cause prédisposante à l'égard des lésions vasculaires post-traumatiques tardives de l'encéphale.

Rapprochant de ce fait les observations analogues qui sont consignées dans la littérature médicale, et notamment celles qui ont été produites naguère à la Société de médecine interne de Berlin (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 401-402 et 410), les auteurs assignent comme caractères essentiels à cette forme d'accidents cérébraux d'être constituée par une apoplexie suivie d'hémiplégie et d'apparaître tardivement après le traumatisme, ce qui permet d'exclure toute action directe de la violence extérieure; le délai dans lequel survient l'apoplexie est d'ailleurs assez variable : il peut atteindre jusqu'à quatre semaines. Il est à noter que les autopsies, dans les cas de ce genre, ont révélé qu'il s'agissait le plus souvent d'une hémorrhagie cérébrale; sans doute la rupture vasculaire se fait-elle au sein d'un foyer de ramollissement par thrombose des capillaires. Quel qu'en soit le mécanisme, il n'y a d'ailleurs pas à nier qu'une certaine prédisposition (artériosclérose, alcoolisme, albuminurie dans le présent cas) soit nécessaire à sa production.

L'apoplexie tardive traumatique offre un intérêt médico-légal évident, surtout en matière d'accidents du travail; l'expert saura tenir compte de la connaissance de ces faits pour ne pas attribuer indûment à l'hystéro-traumatisme toute paralysie survenant plus ou moins tard après un accident; il aura, en outre, à apprécier le rôle respectif de la prédisposition et du traumatisme dans la genèse de l'apoplexie. (*Rev. de méd.*, mai 1905.) — F. F.

Deux nouveaux cas de mort subite ou rapide dans la pneumonie de l'enfant, par M. E. Terrien.

La pneumonie comporte généralement chez l'enfant un pronostic assez bénin, et si les localisations extrapulmonaires de l'infection pneumococcique (pleurésie, péritonite et surtout péricardite) paraissent très fréquentes avant l'âge de deux ans, il n'en reste pas moins que la mort subite ou rapide constitue un accident exceptionnel au cours ou dans la convalescence de la pneumonie. M. Terrien en relate 2 cas qu'il a eu l'occasion d'observer à l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris.

Dans le premier de ces faits, qui se rapporte à une fillette de dix-huit mois, on vit se produire, six jours après l'admission de la petite patiente à l'hôpital, et alors que celle-ci paraissait en pleine convalescence d'une pneumonie gauche, une cyanose accompagnée de dyspnée avec refroidissement des extrémités. L'enfant fut aussitôt mise dans un bain sinapisé et reçut une injection d'huile camphrée. Sous l'influence de ces moyens, il se produisit une légère amélioration, mais, au bout de quelques heures, la cyanose reparut, et la fillette succomba presque subitement. A l'autopsie, on trouva, outre l'hépatisation du lobe inférieur du poumon gauche, un épanchement purulent du péricarde avec dépôts fibrineux assez abondants.

Le second cas concerne une petite fille âgée de dix ans, qui fut prise brusquement de fièvre avec vomissements alimentaires et bilieux, et point de côté thoracique à la base gauche. Le lendemain, on constata une dyspnée accentuée (de 40 à 45 respirations à la minute) et l'existence d'une cyanose légère s'étendant aux oreilles, aux mains et aux joues. L'examen du thorax révéla un certain degré de submatité au sommet du poumon droit; en avant et du même côté, le son était tympanique. Dans la partie supérieure du poumon droit, la respiration était soufflante, sans qu'il y eût un vrai souffle. Ces phénomènes pulmonaires paraissant insuffisants pour expliquer la cyanose, il y avait lieu de craindre une complication cardiaque, mais l'exploration du cœur ne dénota rien de particulier. Or, dans l'après-midi du même jour, la fillette, qui jusque-là était restée dans le même état, fut prise tout à coup d'angoisse et de suffocation, en même temps que la cyanose s'accentuait, et très rapidement la mort survint au milieu de symptômes d'asphyxie. L'autopsie mit en évidence une pneumonie franche du lobe supérieur du poumon droit, sans aucune localisation extrapulmonaire; le cœur était très dilaté, mais il n'existait ni péricardite, ni endocardite.

Ainsi donc, dans les 2 cas en question, il y eut atteinte du cœur : chez la première fillette, ce fut une péricardite suppurée latente, chez la seconde, une dilatation aiguë du myocarde.

Au point de vue symptomatologique, ce qu'il importe surtout de retenir, c'est la présence de la cyanose. Qu'elle soit sous la dépendance d'une localisation péricardique ou d'une simple dilatation aiguë du cœur, l'apparition de ce signe devra toujours, en pareille occurrence, attirer l'attention du praticien, car elle est souvent le premier indice qui présage l'issue fatale à brève échéance. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, avril 1905.) — L. CH.

Rétrécissement congénital du pylore chez un nourrisson, par MM. Audry et Sarvonat.

Le rétrécissement congénital du pylore est une affection relativement rare, comme on peut en juger par l'étude d'ensemble publiée dans ce journal même il y a deux ans environ (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 261-263); et le fait relaté par MM. Audry et Sarvonat serait le premier observé en France, du moins avec vérification nécropsique.

Il s'agit d'un enfant de trois jours, né à terme, qui avait des vomissements presque constants, ne renfermant pas de bile et survenant une demi-heure ou une heure après la tétée. Les urines étaient assez rares et les selles fortement colorées en brun. L'affaiblissement du petit malade augmenta progressivement et le poids diminua de 400 grammes en quinze jours. L'estomac se contractait énergiquement et dessinait sous la peau des ondes péristaltiques, mais ne paraissait pas anormalement dilaté. On ne percevait pas non plus de tumeur pylorique. Après avoir pensé, pendant quelques jours, à un rétrécissement du pylore, on s'arrêta finalement au diagnostic de spasme pylorique.

Or, la mort étant survenue au bout d'un mois environ, on reconnut à l'autopsie qu'il s'agissait bien d'une sténose du pylore : ce dernier était représenté par un anneau de 15 millimètres de longueur environ, très dur, absolument indépressible. Le cathétérisme de cet orifice était très difficile du côté de l'estomac, et l'eau que l'on introduisait dans la petite tubérosité de l'estomac ne filtrait que goutte à goutte à travers le pylore. Ce rétrécissement était déterminé par l'hypertrophie de la musculeuse, laquelle avait une épaisseur de 3 millimètres sur une longueur de 15 millimètres environ; l'examen histologique révéla que cette hypertrophie était d'origine inflammatoire. (*Lyon méd.*, 7 mai 1905.) — J. G.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Des modifications des vaisseaux dans la grossesse extra-utérine : l'auto-thrombose, par M. O. Fellner.

Il y a quelques années, à propos d'un cas de grossesse extra-utérine, M. Veit décrivait la « déportation des franges choriales » (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 410) : d'après cet auteur, les éléments cellulaires qui recouvrent les franges chorio-placentaires seraient entraînés par le courant sanguin baignant ces franges et iraient ensuite former des thromboses dans les veines du voisinage; ainsi s'expliqueraient, entre autres, les métastases des chorio-épithéliomes malins. Dans le présent travail, M. Fellner, sans contester cette hypothèse, démontre que certains des faits sur lesquels elle s'appuie sont erronés.

En effet, dans une grossesse tubaire, quand on examine une artère à quelque distance de l'œuf, par exemple à 1 centimètre, il est aisé de reconnaître la nature de ce vaisseau. Mais si, par des coupes en série, on vient à suivre cette artère — ou ses branches — jusqu'au voisinage des franges chorio-placentaires, on la voit perdre peu à peu ses caractères distinctifs : la couche musculaire et la couche élastique diminuent progressivement d'épaisseur et sont remplacées par de grosses cellules polyédriques provenant des tissus circumvoisins ou de la transformation directe de l'endothélium vasculaire. A ce moment, veines et artères sont à peu près identiques et, sur une coupe histologique faite tout au voisinage de l'œuf, le diagnostic entre les deux ordres de vaisseaux est impossible. Or, les amas cellulaires signalés par M. Veit se rencontrent le plus souvent dans ces vaisseaux de nature indécise et, lorsqu'on les suit en sens inverse — de l'œuf vers la périphérie —, on s'aperçoit que ces fragments cellulaires, soi-disant détachés des franges par le courant sanguin, ne siègent pas, en général, dans des veines, mais bien dans des ramifications *artérielles*. Dès lors, ces éléments ne peuvent y avoir été portés par le sang.

L'origine attribuée à ces thromboses cellulaires devient elle-même fort douteuse. Les cellules qui les constituent sont grosses, troubles, polyédriques ou fusiformes, et quand, non loin d'elles, la coupe montre des cellules du revêtement des franges choriales (cellules syncytiales ou de Langhans), il est facile de constater les différences qui les séparent. Comme,

d'un autre côté, on rencontre dans les tissus périvasculaires un grand nombre de cellules toutes semblables à celles qui forment les thromboses, il est permis de se demander si ces divers éléments ne proviennent pas de la réaction déciduale des cellules conjonctives ou endothéliales de la paroi tubaire. C'est qu'en effet, au cas de grossesse, on trouve souvent, dans les organes génitaux ou leurs dépendances, des groupes de cellules conjonctives présentant des transformations morphologiques analogues à celles qu'on observe dans les cellules conjonctives de la muqueuse utérine gravide (*decidua*).

M. Fellner pense donc que les accumulations de cellules constatées dans les vaisseaux tubaires répondent à un processus d'autothrombose, dû lui-même à la réaction gravidique des tissus vasculaires ou périvasculaires : l'interruption de la grossesse en serait l'aboutissant. On ne saurait dire, à l'heure actuelle, si les mêmes phénomènes se produisent du côté de l'utérus gravide, mais il est à noter que, dans certains cas de myomes et de cancer, on en a signalé de fort analogues. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXIV, 3.) — R. DE B.

Sur la présence de spirochètes dans les cancers ulcérés, par M. E. Hoffmann.

Dans 3 cas de cancer ulcéré, occupant respectivement le col de l'utérus, la peau de l'abdomen et celle du visage, l'auteur a pu constater la présence de spirochètes fort analogues à ceux qu'il a récemment décrits dans la syphilis avec M. Schaudinn (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 231).

Les parasites trouvés dans ces épithéliomas se distingueraient de ceux de la syphilis par leur épaisseur plus considérable, par leurs ondulations plus marquées et moins nombreuses, ainsi que par une plus grande affinité pour les matières colorantes. Quelques-uns de ces microorganismes, toutefois, se rapprocheraient beaucoup du *Spirochaete pallida*, tant en raison de leur ténuité que du nombre de leurs spires.

Il convient d'ailleurs de noter que M. Hoffmann n'a rencontré les spirochètes en question que dans des cancers *ulcérés*, jamais dans des tumeurs dont la surface était demeurée intacte.

Ajoutons que l'auteur a également reconnu, dans l'intérieur de certains spirochètes, des éléments nucléés, en forme de croissants ou de tire-bouchons, se colorant en rouge par le procédé de Giemsa : pour lui, ces formes indiqueraient l'existence d'un cycle évolutif dont les spirochètes figureraient l'état adulte. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 juillet 1905.) — F. M.

Des proliférations chorio-épithéliomateuses dans les tératomes du testicule, par M. R. Emanuel.

Au point de vue de l'histoire du chorio-épithéliome, il nous paraît intéressant de résumer l'observation relatée dans le présent travail.

Un homme de vingt-six ans présentait une tumeur du testicule gauche, qui fut enlevée par la castration. Au bout de quelques jours, le malade rentrait chez lui guéri, mais, le soir même, il revenait à l'hôpital, se plaignant que l'incision opératoire se fût rouverte et qu'à la partie inférieure de son thorax fût apparue une tumeur. La plaie s'était effectivement désunie et dans le dos, entre les huitième et onzième côtes, existait une tumeur solide. Deux mois après, cet homme succombait aux progrès de la généralisation. A l'autopsie, sans parler de la tumeur dorsale, on trouva d'énormes foyers métastatiques dans l'abdomen, le foie et le poumon gauche.

L'examen microscopique de la tumeur testiculaire montra qu'à côté des restes de la glande atrophiée s'était développée une tumeur essentiellement formée par une multitude de tubes cellulaires ou de petits kystes revêtus d'éléments polymorphes. Le tissu conjonctif était peu abondant, la tumeur friable, et l'on y voyait un grand nombre de foyers hémorrhagiques. Les espaces lymphatiques étaient énormément dilatés, mais les cellules qui les tapissaient n'offraient que des lésions secondaires; il ne s'agissait donc pas d'un endothéliome. On aurait pu croire à un simple cancer glandulaire, si, principalement autour des foyers hémorrhagiques et des kystes, on n'avait rencontré de grosses plaques protoplasmiques multinucléées, rappelant d'autant mieux les cellules syncytiales des chorio-épithéliomes qu'elles étaient entourées de petites cellules polyédriques, claires, à contours nets et pourvues de noyaux vésiculeux, cellules en tout comparables à celles de la couche de Langhans. Les métastases offraient la même structure.

La présence de ces éléments chorio-épithéliomateux, normalement étrangers au testicule, permet donc de ranger cette tumeur au nombre des tératomes. Elle justifie, d'autre part, la conclusion que, dans l'utérus gravide, les cellules syncytiales et celles de la couche de Langhans tirent bien leur origine de l'ectoblaste fœtal, puisqu'on peut les rencontrer chez un individu du sexe masculin et qu'en l'espèce elles ne sauraient provenir que d'une inclusion ectoblastique. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai 1905.) — R. DE B.

Contribution à l'étude du signe de Quinquaud, par MM. H. Hoffmann et H. Marx.

On se rappelle que, d'après M. Fürbringer, la recherche du signe de Quinquaud aurait, pour le diagnostic de l'alcoolisme, moins de valeur que celle du tremblement (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 175). Sans vouloir se prononcer sur la signification comparative des deux phénomènes en question, les auteurs du présent mémoire sont, cependant, loin de partager la manière de voir de M. Fürbringer. Il résulte, en effet, des expériences qu'ils ont instituées sur 1,018 détenus de la maison d'arrêt « Moabit », à Berlin, que, si l'absence ou le peu d'intensité de la crépitation phalangienne ne permet de tirer aucune conclusion certaine relativement à l'abstinence ou aux habitudes alcooliques, le même signe, lorsqu'il est très marqué, milite, au contraire, fortement en faveur de l'hypothèse d'alcoolisme. C'est ainsi que, sur 591 sujets abstinents ou tempérants, 64 seulement, c'est-à-dire 10.8 %, présentaient une crépitation phalangienne très accentuée, tandis que la proportion était de 14.2 % (41 sur 289) pour les buveurs et de 28.2 % (39 sur 138) pour les ivrognes.

MM. Hoffmann et Marx seraient, d'ailleurs, portés à croire que la différence entre les résultats de leurs recherches et ceux qu'a obtenus M. Fürbringer tient pour beaucoup au taux inégal des alcooliques parmi les sujets examinés : sur le total de 468 individus observés par M. Fürbringer, on ne comptait que 133 buveurs, c'est-à-dire 28 %, alors que, sur les 1,018 détenus examinés par les auteurs du présent mémoire, il y en avait 427, ce qui constitue 42 % environ.

Le signe de Quinquaud et le tremblement des mains constitueraient, d'après MM. Hoffmann et Marx, deux phénomènes de nature différente et seraient loin de coexister toujours : sur 137 sujets chez lesquels la crépitation phalangienne était très intense, 55 seulement étaient affectés de tremblement, et, d'autre part, dans 146 cas, MM. Hoffmann et Marx ont constaté l'existence du tremblement, sans qu'il y eût la moindre trace de crépitation phalangienne. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 mai 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Le rétablissement de la situation normale des organes en cas d'entéroptose et de cardioptose, par M. Max Einhorn.

Dans nombre de cas de ptoses viscérales associées ou non à la cardioptose, l'auteur a vu, sous l'influence d'un traitement approprié, les organes déplacés reprendre, au bout d'un laps de temps plus ou moins long, leur situation normale. En même temps que l'atténuation progressive de la ptose des viscères, on constatait chez les malades en question une augmentation du poids du corps, phénomène auquel M. Einhorn attribue une très grande importance dans le mécanisme du retour des organes prolabés à leur position normale, tout en reconnaissant que ce mécanisme est, pour le moment, difficile à saisir. Il se peut que l'accroissement du tissu adipeux autour de certains organes, tels que le rein ou le cœur, joue un rôle dans la disparition progressive de la ptose, au même titre que l'amélioration de l'état général du patient.

Quoi qu'il en soit, le rétablissement de la situation normale des viscères marchant de pair avec l'augmentation du poids du corps, l'auteur estime que le traitement de ces accidents doit avant tout viser à assurer une alimentation abondante (jusqu'à cinq repas par jour) et propre à relever rapidement la nutrition. Il importe, en même temps, de recommander le port d'une ceinture abdominale convenablement choisie. Il semble, toutefois, que le régime alimentaire constitue l'élément le plus efficace du traitement, à en juger par ce fait que le cœur prolabé récupère sa position normale après une augmentation du poids du corps et que l'on ne saurait, en l'espèce, mettre ce résultat sur le compte du port d'un bandage.

Ajoutons que le cœur paraît habituellement être le premier organe qui revient à la normale, avant même que l'on puisse déceler une modification quelconque dans la position des autres viscères déplacés. La guérison est, du reste, plus fréquente dans les cas de cardioptose que chez les sujets atteints de déplacements d'organes autres que le cœur. (*New York Med. Journ.*, 15 avril 1905.) — L. CH.

Abcès du rectum contenant des gonocoques sans blennorrhagie concomitante, par M. F. R. Sturgis.

L'observation publiée par l'auteur a trait à un homme, qui, après avoir présenté une blennorrhagie en février 1887, fut repris, au bout d'environ un an et demi, de la même maladie, suivie d'une épididymite suppurée du côté droit. En 1891, il eut un second abcès de l'épididyme du même côté, accompagné d'une collection purulente au niveau du périnée, et cela sans qu'il y eût le moindre écoulement uréthral; les deux abcès ne tardèrent pas à guérir. Trois ans et demi plus tard, il présenta un abcès périrectal du côté droit, sans trajet fistuleux ni communication avec l'intestin. Le dernier coït remontait à treize mois et l'examen des organes génitaux ne dénotait absolument rien d'anormal. Il n'existait pas d'abcès de la prostate, et la vessie paraissait en bon état. Le malade affirmait n'avoir jamais pratiqué la pédérastie, active ou passive, et l'anus ne présentait, d'ailleurs, aucun signe susceptible de faire mettre cette déclaration en doute. On ne remarquait pas le moindre écoulement purulent venant du rectum, le pus étant confiné à l'abcès du pourtour de l'anus.

Comme ces constatations militaient en faveur de la nature tuberculeuse de l'abcès, on pratiqua, après avoir incisé la poche, l'examen bactériologique du pus, et on ne fut pas peu surpris de voir qu'il ne contenait point de bacilles tuberculeux, mais des diplocoques se décolorant par le procédé de Gram et présentant tous les caractères propres au gonocoque. Le fait paraissant tout à fait singulier, on répéta l'examen de la sécrétion purulente, et on obtint toujours le même résultat. S'agissait-il de gonocoques retenus depuis longtemps dans l'économie et qui faisaient ainsi leur réapparition dans l'abcès en question, ou bien avait-on affaire à un diplocoque qui, tout en ressemblant de tous points au gonocoque, en était cependant différent? M. Sturgis ne se croit pas autorisé à se prononcer pour l'une de ces hypothèses plutôt que pour l'autre. Quoi qu'il en soit, le fait n'en méritait pas moins d'être signalé, ne fût-ce qu'à titre de curiosité. (*Med. Record*, 6 mai 1905.) — L. CH.

Prostatisme sans hypertrophie de la prostate, par M. Ch. H. Chetwood.

Quand un malade présente des mictions fréquentes et une rétention partielle ou totale des urines, on pense aussitôt à l'hypertrophie de la prostate. Les observateurs ont cependant quelquefois constaté que cette dernière faisait défaut et ils ont alors parlé de prostatisme sans hypertrophie de la prostate. D'après M. Chetwood, cette expression ne serait pas tout à fait

exacte, et les états en question seraient dus, en réalité, à une rétraction du col de la vessie.

Chez les malades dont il s'agit, comme l'auteur a pu s'en convaincre au cours d'autopsies ou d'opérations, l'obstacle siège, en effet, au niveau du col de la vessie qui, permettant à l'état normal d'introduire la première phalange de l'index, n'admet plus en pareille occurrence que l'extrême pointe de ce doigt. Il est possible que des inflammations antérieures, telles que l'uréthrite gonococcique, facilitent le développement de cette rétraction du col. On peut d'ailleurs la rencontrer chez des sujets âgés, atteints d'hypertrophie prostatique, mais elle survient aussi pour son propre compte, chez des sujets jeunes, sans hypertrophie de la prostate. Quand celle-ci fait défaut, le diagnostic est aisé, vu l'absence de stricture uréthrale et la présence de symptômes rappelant ceux du prostatisme; par contre, lorsque la glande est hypertrophiée, il est moins facile; cependant, en introduisant un explorateur dans la vessie, on se rend compte que le canal a une longueur normale, qu'il n'y a aucun obstacle sur sa route et que c'est seulement à l'orifice du col ou à sa sortie qu'on éprouve des difficultés à passer.

Chez de tels malades, la prostatectomie, même s'il existe une hypertrophie de l'organe, ne donne que des résultats négatifs et, pour amener la guérison, il faut l'associer à l'incision du col au galvanocautère, de façon à faire disparaître l'obstacle au fonctionnement naturel de la vessie. (*Ann. of Surgery*, avril 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

La morphologie du sang dans la période cataméniale chez la femme, par M. E. Ricca-Barberis.

L'objet des recherches dont les résultats sont consignés dans le présent mémoire était d'étudier les modifications qui peuvent se produire, au point de vue de l'état morphologique du sang, pendant la période cataméniale.

A ce point de vue, l'auteur a pu se convaincre qu'il existe deux phases distinctes, se succédant régulièrement à chaque époque menstruelle : l'une qui débute six ou sept jours avant l'apparition du flux sanguin, l'autre qui commence vers la fin des règles.

La première se caractérise essentiellement par ce fait que le taux de l'hémoglobine diminue brusquement d'une quantité plus ou moins considérable, tandis que le nombre des hématies ne subit aucune modification; il en résulte que la valeur globulaire se trouve abaissée, ce qui constitue un état hématologique semblable à celui que l'on constate dans la chlorose. Sans nous attacher aux variations de la résistance isotonique du sang, de la résistance de l'hémoglobine aux substances réductrices, etc., etc., ajoutons que le chiffre total des leucocytes ou reste normal, ou s'accroît légèrement; quant à la formule leucocytaire, la proportion des polynucléaires est presque toujours diminuée, tandis que celle des petits lymphocytes s'élève; les éosinophiles varient en plus ou en moins : jamais ils ne sont en nombre normal.

Dans la seconde phase de la période menstruelle, on assiste à des modifications sanguines toutes différentes : le taux de l'hémoglobine s'abaisse comme précédemment, mais à cette diminution du pigment sanguin correspond une diminution parallèle du chiffre des hématies, de sorte qu'au total il y a hypoglobulie avec valeur globulaire normale : c'est ici le type anémique, et non plus le type chlorotique, qui se trouve réalisé. Pour ce qui est des leucocytes, M. Ricca-Barberis note l'augmentation des neutrophiles à noyau polymorphe, des grands mononucléaires et surtout des lymphocytes; les éosinophiles retrouvent leur taux normal.

Le fait intéressant — et sur lequel l'auteur attire particulièrement l'attention —, c'est que ces modifications cataméniales de la morphologie sanguine ne sont pas spéciales aux femmes régulièrement menstruées. M. Ricca-Barberis, en effet, les a observées aussi dans 11 cas d'aménorrhée relevant des causes les plus diverses : néphrite parenchymateuse chronique, chlorose, anémie, tabes, fièvre typhoïde, etc. Et le fait n'est pas particulier à l'aménorrhée passagère, accidentelle, pourrait-on dire, car, chez 12 femmes complètement aménorrhéiques par suite de troubles profonds du développement cérébral (crétinisme, idiotie microcéphalique, épilepsie grave), les modifications sanguines survenaient périodiquement chaque mois, et pourtant, chez 2 de ces femmes au moins, toute trace de vie sexuelle semblait depuis longtemps éteinte.

On en peut donc conclure que l'ovulation, une fois établie, se poursuit sans interruption jusqu'à la ménopause, même quand les règles sont supprimées, puisque les modifications de la crise sanguine qui la traduisent ne sont en rien troublées par l'aménorrhée. (*Arch. per le scienze med.*, XXIX, 1-2.) — F. F.

Sur la valeur pronostique des phosphates alcalins dans les urines des pneumoniques, par M. F. Sicuriani.

Les modifications quantitatives et qualitatives que peut subir l'élimination des phosphates par les urines au cours des divers états morbides sont encore fort peu connues. Aussi M. Sicuriani a-t-il jugé utile d'instituer à cet égard une série de recherches sur 25 malades atteints de pneumonie fibrineuse et hospitalisés dans le service de M. Bernabei, à Sienne.

Un premier point qui ressort des analyses faites par l'auteur, c'est que, presque dans tous les cas de pneumonie, on observe une diminution plus ou moins notable des sels phosphoriques éliminés par les urines. La rétention est, il est vrai, relativement peu marquée pour les phosphates terreux — notamment pour le phosphate de chaux, qui reste à peu près en quantité normale —, alors que le taux du phosphate de magnésie diminue, mais sans jamais être réduit à zéro. Par contre, les phosphates alcalins subissent des variations beaucoup plus importantes et qui suivent une marche parallèle à l'évolution de la maladie : diminués pendant les premiers jours de l'affection, ils disparaissent complètement dans la phase suraiguë du cycle pneumonique. Du moins, les choses se passèrent-elles ainsi dans 22 cas sur 25, les 3 autres malades ayant simplement présenté une légère diminution des phosphates en question.

Au moment de la résolution du processus morbide, ces phosphates réapparaissent dans les urines, soit peu à peu, soit en quantité tellement abondante d'emblée que, une fois précipités, ils forment un sédiment deux ou trois fois plus épais qu'à l'état normal. Ce phénomène précède généralement la crise d'une demi-journée ou d'une journée entière, se montrant alors que l'achlorurie subsiste encore.

Reste à savoir si la persistance de l'élimination des phosphates pendant la période aiguë de la maladie présente une valeur pronostique diamétralement opposée à la signification favorable de la phosphaturie épicritique. On serait tenté de le croire, si l'on tient compte que, sur les 3 cas où M. Sicuriani l'a observée, 2 se sont terminés par la mort et que la résolution a été fortement retardée dans le troisième. Il serait, toutefois, prématuré de vouloir établir à cet égard une règle générale en se basant sur un nombre aussi restreint de faits. Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins que, dans la pneumonie lobaire, la réapparition des phosphates alcalins, après une longue période de rétention de ces sels, constitue un signe précurseur de la crise et annonce toujours une issue favorable du processus infectieux. (*Gazz. degli Osped.*, 9 avril 1905.) — L. CH.

Intoxication mortelle par le safran, par M. C. Ferraris.

Connu depuis la plus haute antiquité à titre d'emménagogue, le safran est d'autant plus volontiers employé comme abortif populaire qu'il passe pour parfaitement inoffensif; et des expériences anciennes d'Orfila ont paru donner une base scientifique à cette prétendue innocuité. Cependant, M. Ferraris a pu observer un cas de mort à la suite d'intoxication par le safran, et la littérature médicale lui a fourni 2 faits analogues.

Une jeune fille de vingt-six ans fut prise dans la nuit de violentes coliques avec vomissements et diarrhée, bientôt suivis de convulsions et de délire, enfin de coma; et elle était absolument privée de conscience quand elle fut transportée à l'hôpital, où elle mourut en quelques heures. C'est donc presque exclusivement en un protocole d'autopsie, voire d'autopsie médico-légale — en raison des circonstances de la mort, et l'opinion publique parlant d'empoisonnement, l'autorité judiciaire avait dû intervenir —, que se résume la présente observation; voici ce qu'elle nous apprend :

A l'examen extérieur du cadavre, on note qu'un peu de liquide jaune verdâtre s'écoule de la bouche; les sclérotiques sont subictériques; quelques stries de sang coagulé, issu de la vulve, sont tracées sur les grandes lèvres et la face interne des cuisses; des matières fécales souillent la région anale et les membres inférieurs.

L'ouverture du corps permet de reconnaître l'intégrité de l'encéphale et — sauf un léger degré de congestion des bases pulmonaires — des viscères thoraciques. Les reins montrent des signes de congestion et d'inflammation récentes; la vessie renferme un demi-verre d'urine sanglante. Les organes génitaux n'offrent pas trace de lésion traumatique; l'hymen est en partie conservé, sans qu'on puisse formellement conclure à la virginité; l'utérus est cependant de type virginal; les ovaires sont en pleine fonction menstruelle, ce qui explique la perte de sang par le vagin. Quant au tube digestif, il contient une bouillie constituée à peu près exclusivement de safran, mais ses parois sont absolument saines et ne portent ni érosions ni hémorrhagies.

On eut soin de s'assurer qu'aucune autre substance toxique, notamment aucun des abortifs le plus communément employés dans un but criminel, n'accompagnait le safran. Les causes de la mort devaient donc indubitablement être attribuées à cette dernière substance, mais les circonstances mêmes de l'intoxication demeurent mystérieuses, puisqu'il n'y avait pas trace de grossesse.

Au point de vue toxicologique, les 3 faits colligés par M. Ferraris montrent que l'empoisonnement par le safran se caractérise essentiellement, en outre des symptômes gastro-intestinaux (vomissements, diarrhée), par des accidents convulsifs, ainsi que par des lésions de néphrite hémorrhagique. (*Gazz. degli Osped.*, 30 mars 1905.) — F. F.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Recherches sur l'atrophie infantile, par M. C. E. Bloch.

Chez un certain nombre d'enfants, à la suite de fautes diverses contre l'hygiène, et surtout au cas d'alimentation défectueuse, on voit s'établir un amaigrissement progressif sans ou presque sans troubles intestinaux, du moins apparents, et cet état évolue peu à peu vers sa dernière période qui rappelle l'athrepsie de Parrot. Une alimentation mieux réglée comme qualité et quantité est bien souvent impuissante à conjurer l'évolution de la maladie. Cette atrophie a été imputée à divers facteurs : à l'entérite, à l'élimination exagérée d'ammoniaque, à la dyscrasie acide, etc. Mais ces explications sont souvent en défaut, les petits patients n'offrant, en dehors de la perte progressive de poids et de l'étiolement, à peu près aucun symptôme grave. Or, M. Bloch, ayant eu l'occasion de pratiquer l'autopsie de 6 enfants qui avaient succombé à cette affection, pense pouvoir indiquer la principale source de ces désordres.

Dans aucun de ces cas, en effet, on ne constatait de lésions graves ou seulement apparentes, notamment du côté du tube digestif, mais pour tous l'examen microscopique révéla quelques particularités intéressantes.

Tout d'abord, chez 4 de ces petits malades, existaient des altérations des glandes de Lieberkühn de l'intestin grêle ou du gros intestin;

dans ces glandes, à l'état normal, on observe des cellules particulières, dites cellules de Paneth, qui sont des cellules sécrétoires à contenu séreux. Elles sont très rares chez le nouveau-né, mais, dès que la digestion commence à s'établir, on les trouve avec presque autant d'abondance et de netteté que chez l'adulte. Or, dans les 4 cas en question, ces éléments se présentaient sous forme de cellules cylindriques à protoplasma uniforme, sans la moindre trace de granulations ni de sécrétion; cependant, leurs contours étaient encore nets et leurs noyaux visibles, ce qui indique qu'il n'y avait pas dégénérescence, mais simplement suppression de la fonction. D'autre part, ce genre d'altérations se rencontrait exclusivement dans les glandes de Lieberkühn; on ne retrouvait rien d'analogue dans les glandes de l'estomac ni du pylore.

Dans les 2 autres cas, les altérations du côté des glandes intestinales faisaient défaut, mais au niveau du pancréas — dont l'aspect macroscopique et le tissu interstitiel étaient normaux — on constatait des altérations notables de l'épithélium glandulaire. Sur une coupe histologique, le pancréas normal se présente avec des *acini* de coloration sombre, car les cellules qui les composent contiennent de nombreuses granulations zymogéniques. Or, chez les 2 enfants en question, les *acini* étaient au contraire absolument transparents : le protoplasma de leurs cellules ne renfermait en effet aucune granulation; le noyau et le contour des cellules étaient cependant bien conservés. Le pancréas était donc absolument inapte à fonctionner, fait qui se trouvait d'ailleurs corroboré par l'observation clinique, car l'examen microscopique des selles de ces 2 petits malades montra qu'elles contenaient en abondance des granulations graisseuses, et que, par conséquent, la digestion des matières grasses ne s'accomplissait pas.

Dans l'atrophie infantile, il existe donc soit une *achylie intestinale*, soit une *achylie pancréatique*, et c'est sans doute à l'une ou l'autre de ces variétés d'achylie qu'est due l'absence de digestion et d'assimilation, alors même que le régime de l'enfant est convenablement réglé au point de vue de la quantité et de la qualité. (*Hospitalstidende*, 19 et 26 avril 1905.) — R. DE B.

De l'influence de l'éthérisation sur les reins,
par M. N. B. GRÖNDAHL.

Les données concernant l'action de l'éther sur les reins étant un peu divergentes (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 396), M. Gröndahl a repris l'étude de la question sur 75 opérés soumis à l'éthérisation.

Comme méthode d'examen, il s'est borné à l'emploi du procédé de Heller par l'acide azotique; ce procédé donne la quantité globale des albumines, sans les différencier, mais, en l'espèce, on n'a pas besoin d'une précision plus grande. Par contre, les urines étaient centrifugées chaque fois qu'on décelait de l'albumine, afin de rechercher la présence de cylindres dans le sédiment. En procédant ainsi, l'auteur a trouvé 27 fois de l'albuminurie (36 %); chez tous ces patients, sauf 3, il y avait en outre des cylindres, ce qui semble indiquer que, dans la très grande majorité des cas, l'albuminurie est due à une altération de l'épithélium rénal.

La présence de l'albumine est en relation directe avec la durée de l'opération et la quantité d'éther absorbée. Le premier de ces facteurs est la principale cause des divergences enregistrées par les différents observateurs : c'est ainsi qu'à la suite des opérations ayant duré plus de deux heures et nécessité l'administration de 250 à 300 grammes d'éther, l'albuminurie se rencontre dans 40 à 45 % des cas. Survenant presque toujours (24 fois sur 27) dans les quarante-huit premières heures, elle disparaît en moyenne au bout de sept ou huit jours. L'affaiblissement ou l'anémie prédisposent à l'apparition et à la persistance de cette complication. Il en est de même de l'âge — plus un malade est âgé et plus il a de risque de devenir albuminurique —, en tenant compte, toutefois, que les enfants sont à cet égard plus sensibles que les adultes. Quant à la nature de l'opération, il semble que les interventions portant sur l'abdomen aient une influence particulière : l'albuminurie se rencontra après 56.5 % des laparotomies.

Un des malades albuminuriques ayant succombé aux suites de son opération, on trouva à l'autopsie des lésions de néphrite parenchymateuse. Néanmoins, il ne semble pas que ces néphrites par l'éther soient bien graves ni surtout bien durables : chez les patients devenus albuminuriques à la suite d'une première éthérisation et ayant dû subir à peu de jours d'intervalle une seconde anesthésie, l'albuminurie, il est vrai, reparut, mais pour disparaître dans les mêmes délais que la première fois; dans un cas même elle rétrocéda plus vite.

Si l'on compare les données précédentes avec celles qui ont été recueillies à propos de l'action du chloroforme sur le rein, il semble incontestable que ce dernier agent est de toutes façons plus dangereux que l'éther. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai 1905.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La pilocarpine contre la méningite cérébro-spinale épidémique.

Appelé, en 1894, à soigner un jeune homme de dix-sept ans, qui était atteint d'une méningite cérébro-spinale grave (coma, fièvre dépassant 40°, pouls à 120 et irrégulier, etc.) et chez lequel il soupçonnait l'existence d'une pneumonie centrale avec manifestations méningées de l'infection pneumococcique, un médecin tchèque, M. le docteur V. Vohryzek (de Pardubitz), eut l'idée de recourir à la pilocarpine (à la dose quotidienne de 0 gr. 07 centigr. *per os*), médicament qu'il avait déjà eu l'occasion d'employer avec succès contre la pneumonie lobaire. Dès le lendemain, l'état du malade commença à s'améliorer; le jour suivant, il reprit connaissance, et bientôt les contractures disparurent, en même temps que la température et le pouls retombaient à la normale.

Encouragé par ce résultat, notre confrère s'est demandé si la pilocarpine, que l'on utilise couramment dans le but d'abaisser la tension intra-oculaire, ne pourrait également se montrer efficace contre l'hyperémie, active ou passive, du cerveau. Se rappelant, d'ailleurs, que ce médicament avait autrefois été employé dans les affections cérébrales et se basant, d'autre part, sur les recherches récentes, d'après lesquelles cet alcaloïde constituerait un moyen énergique de provoquer une leucocytose artificielle, il n'hésita pas à l'essayer d'une façon systématique dans tous les cas de phlegmasies méningées qu'il a eu depuis lors l'occasion d'observer, et souvent il en a obtenu d'excellents résultats.

Le nombre de ces faits étant, toutefois, relativement restreint, M. Vohryzek ne se croit pas autorisé à affirmer que la pilocarpine soit un remède absolument sûr contre la méningite cérébro-spinale, mais il estime que l'expérience mérite d'être reprise sur une plus grande échelle.

Les effets fâcheux que l'on voit souvent survenir à la suite des injections sous-cutanées de pilocarpine ne se produiraient guère lorsqu'on administre le même médicament *per os*. Notre confrère a pu l'employer à la dose journalière de 0 gr. 05 à 0 gr. 07 centigr. pour les adultes, et de 0 gr. 02 à 0 gr. 04 centigr. pour les enfants âgés de moins de quatorze ans, sans avoir jamais à enregistrer le moindre accident du côté de la respiration ni de l'appareil circulatoire.

Emploi d'une compresse sèche pour soutenir le périnée au cours de l'accouchement.

Estimant que la fréquence des ruptures du périnée, pendant la période d'expulsion, provient en grande partie de ce que l'accoucheur soutient insuffisamment le plancher périnéal avec sa main nue — celle-ci s'appliquant mal sur une surface rendue glissante par du sang, des glaires et des mucosités —, M. le docteur G. Maguin (d'Audruicq) a pris l'habitude de soutenir le périnée avec la main munie d'une compresse parfaitement *sèche*, que l'on applique sur la région aussitôt que celle-ci commence à bomber. Lorsque, au cours d'une expulsion lente, la compresse devient elle-même visqueuse, il faut avoir soin de la changer. Si enfin le périnée est déjà couvert de sang et de liquides le rendant glissant au moment où il devient nécessaire de le soutenir — comme c'est le cas, par exemple, dans une application de forceps —, il est indispensable d'essuyer la région avec soin avant d'y appliquer la main munie de sa compresse.

Depuis plus d'un an que notre confrère emploie cette manière de procéder, il n'a eu qu'à s'en féliciter : il n'a plus observé en effet de déchirures du périnée, même au cours d'accouchements très laborieux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juillet 1905.

Anesthésie complète par la voie sous-cutanée et par la voie stomacale.

M. Gréhant donne lecture d'une note relative à un procédé d'anesthésie qu'il a expérimenté chez le chien et qu'il décrit de la manière suivante :

On injecte d'abord sous la peau 0 gr. 01 centigramme de chlorhydrate de morphine par kilogramme de poids; au bout d'une demi-heure, à l'aide d'une sonde œsophagienne, on fait pénétrer dans l'estomac une solution de chloroforme dans l'alcool à 10°, à la dose qui produit l'ivresse, soit, chez un chien du poids de 10 kilos, environ 500 c.c. de cette solution alcoolique renfermant 2 c.c. 5 de chloroforme.

Au bout d'une demi-heure on obtient une anesthésie complète, ainsi qu'un sommeil profond, qui persistent pendant plusieurs heures. Au cours de cette anesthésie, la température centrale de l'animal s'abaisse de 4°, et on note en même temps une diminution de l'acide carbonique exhalé par les poumons.

L'orateur propose d'appliquer à l'homme ayant subi un traumatisme grave ou une brûlure très étendue ce procédé d'anesthésie qui a l'avantage de faire disparaître la douleur, bien qu'on n'introduise dans le sang veineux qu'une très faible dose de chloroforme.

De l'influence de certaines maladies intercurrentes sur la marche des palatoplasties.

M. Ehrmann (de Mulhouse) lit un travail dans lequel il relate les observations de deux enfants de sept ans qui ont pris la scarlatine l'un au troisième jour, l'autre au septième jour après une palatoplastie, et chez lesquels le résultat de l'opération n'a nullement été compromis du fait de cette infection intercurrente.

Dans un troisième cas, l'orateur a également vu une diphtérie survenir huit jours après une palatoplastie, chez une fillette de quatre ans, qui a très bien guéri.

M. Ehrmann croit pouvoir revendiquer, en faveur de la technique qu'il a employée, une bonne part dans ces résultats. Le procédé palatoplastique qu'il préconise s'effectuant en deux temps atténue, d'une part, dans une large proportion, l'hémorrhagie et le shock; d'autre part, il diminue après la suture la réceptivité morbide de l'opéré et augmente sa résistance aux agents pathogènes.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 juillet 1905.

Fixation des substances chimiques sur des cellules vivantes.

MM. Charrin et **Le Play**. — En ajoutant de la papaïne à des cultures de *Bacillus subtilis*, on peut fixer cette diastase sur les corps microbiens, et cette fixation est tellement intime qu'assez vite les eaux de lavage des produits de ces cultures retenus sur un filtre cessent

d'entraîner toute parcelle diastasique, alors que les corps microbiens continuent à fournir les réactions caractéristiques de la diastase.

Or, si l'on fait à des lapins d'un premier groupe des injections intraveineuses ou sous-cutanées d'une culture de bacilles subtils rendus, en dehors de toute intervention de la papaïne, légèrement virulents; à des animaux d'un deuxième groupe des injections de ce même germe provenant d'une culture additionnée de 5 % de papaïne; à des sujets d'un troisième groupe des injections de cette diastase seule, on constate qu'en général ce sont les lapins infectés par le bacille subtil seul qui tout d'abord maigrissent le plus; mais, dans les conditions de virulence et de toxicité où nous nous sommes placés, souvent ces lapins tendent à se remettre, alors que ceux du second groupe, imprégnés par la culture papaïnée, continuent à dépérir et succombent. Quant aux animaux soumis à l'exclusive influence de la papaïne, ils n'offrent que des accidents à peine appréciables. Par la culture et la coloration des coupes, on constate que les organes des lapins contaminés par les microbes chargés de principe diastasique sont ceux qui contiennent le plus de bacilles et qui sont le plus altérés.

Ces résultats établissent, en premier lieu, que les diastases peuvent atténuer les bactéries. En second lieu, elles prouvent qu'incorporée à des cellules la papaïne, au moins en partie, échappe aux actions antidiastasiques connues de la circulation sanguine, actions qui par contre ont dû affaiblir les attributs de cette diastase introduite isolément. En troisième lieu, elles mettent en lumière une des modalités possibles de l'éducation pathogène des infiniment petits; on parvient à fixer des principes analogues à ceux que produisent — par exemple, dans une caverne pulmonaire, un intestin dilaté, un utérus renfermant des débris placentaires, etc. — des processus putrides ou fermentatifs et nos études montrent qu'on réussit avec une foule de corps, alcaloïdes, etc.; ces infiniment petits, jusque-là saprophytes, peuvent ainsi devenir nuisibles.

Différentes séries d'expériences nous permettent, d'ailleurs, d'étendre la portée de ces faits. Quand, dans les cultures de divers microbes, tels que le bacille pyocyanique, on ajoute de la papaïne ou d'autres composés alcaloïdiques (sulfate de strychnine) ou minéraux (arséniate de soude), on obtient également de solides fixations de ces corps, fixations influencées par l'état des bactéries utilisées; d'autre part, les inoculations de ces germes, pourvus de principes chimiques soudés, déterminent des lésions qui varient suivant les substances adhérentes à ces germes.

Or, nos analyses établissent que, si, au point de vue de la genèse des altérations des processus infectieux, les diastases tiennent le premier rang, fréquemment les bactéries se servent aussi des composés nuisibles de différentes natures.

Au demeurant, de nouvelles recherches nous conduisent à penser que ces fixations tissulaires d'une foule de substances chimiques intéressent la physiologie générale, normale et pathologique. C'est ainsi que des travaux poursuivis avec M. Moussu tendent à prouver que la prompte disparition d'une toxine déposée dans le sang tient, au moins partiellement, à ce que de suite elle adhère aux éléments internes de la paroi vasculaire.

Ajoutons que, sous de multiples influences, les éléments fixés peuvent abandonner les cellules et, devenus libres, engendrer des phénomènes dépendant de leurs attributs.

Ainsi, grâce à ces sortes d'alternatives de soudure ou de disjonction, divers produits, tantôt deviennent intra ou, du moins, juxtacellulaires, et par suite inaptes à manifester leurs propriétés, tantôt passent à l'état soluble, état comportant la mise en jeu de ces propriétés.

Sur la répartition des matières sucrées entre le plasma et les globules du sang.

MM. R. Lépine et **Boulud**. — D'après Ludwig, presque tout le sucre du sang se trouve dans le sérum. Mais on ignorait, au moment des recherches de cet auteur, que, pendant la durée d'une centrifugation, il peut se détruire, par glycolyse, une notable quantité de sucre dans les globules, tandis qu'il ne s'en détruit pas dans le sérum; c'est ce que l'un de nous a démontré avec M. Barral. Nous nous sommes mis à l'abri des causes d'erreur et nous avons pu constater que, chez un chien normal, le plasma ne renferme guère qu'un tiers environ de sucre de plus que les globules, et que, dans certaines conditions, notamment quand la proportion de sucre augmente brusquement dans le sang, ces derniers, à la manière d'une éponge, en emmagasinent une très forte proportion, de sorte qu'ils en renferment presque autant que le plasma. Bien plus, dans des faits à la vérité exceptionnels, notamment dans certains cas d'intoxication alcoolique aiguë, nous avons vu la teneur des globules en sucre dépasser celle du plasma.

Nous avons précédemment établi que l'acide glycuronique est localisé dans les globules, à l'exclusion du plasma (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 152). Nos recherches actuelles confirment entièrement ce fait.

Sur l'origine du lactose.

M. Ch. Porcher. — J'ai montré l'année dernière, avec M. Commandeur, que, au moment de la délivrance, chez une chèvre dont les mamelles avaient été enlevées avant la fécondation, on observe une forte glycosurie consécutive à une hyperglycémie notable (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 120).

J'ai repris cette expérience, mais en faisant l'ablation des mamelles chez des femelles en pleine lactation. Dans ces conditions, j'ai pu constater, chez 4 chèvres et 1 vache, que, dans les premières heures qui suivent l'opération, survient une glycosurie considérable (de 30 à 45 grammes de sucre par litre); c'est aux environs de la quatrième ou de la cinquième heure que cette glycosurie est *maxima;* puis elle baisse rapidement pour disparaître en moins de quarante-huit heures, parfois même dès la douzième ou la quinzième heure.

Ces faits me permettent de conclure que le lactose ne saurait provenir, comme on l'a prétendu, de l'union du glucose d'origine sanguine et du galactose d'origine alimentaire. En réalité, le sang apporte à la glande mammaire du glucose qui, dans la lactation régulière, est transformé par celle-ci en lactose. Mais, dans l'expérience ci-dessus relatée, la glande mammaire venant tout à coup à manquer, le glucose ne rencontre plus de tissu apte à le transformer en lactose et passe dans les urines. Quant à la prompte cessation de la glycosurie, elle me paraît attribuable à une diminution de l'activité du foie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juillet 1905.

Résection de l'anse iléo-cæcale.

M. Routier. — Il y a quelques années, pratiquant une résection de l'anse iléo-cæcale, je me suis servi du bouton de Murphy pour faire l'entéro-anastomose; or, mon opéré a succombé au dixième jour à l'occlusion intestinale déterminée par l'obstruction du bouton. Depuis lors, j'ai eu l'occasion d'intervenir plusieurs fois sur l'anse iléo-cæcale et je me suis bien gardé d'avoir de nouveau recours à ce procédé de réunion.

Dans un cas de tuberculose cæcale, j'ai dû me contenter de faire l'exclusion de l'anse et mon malade est mort quelques jours après. Chez une jeune femme, que j'ai opérée il y a trois ans, également pour une lésion tuberculeuse, la résection de l'anse iléo-cæcale, avec anastomose latérale, a été suivie d'une guérison parfaite, qui s'est maintenue jusqu'à présent. J'ai pratiqué la même intervention chez une jeune fille qui, malgré une parotidite suppurée et une phlébite, a très bien guéri. Enfin, chez un malade de M. Barth, j'ai enlevé, indépendamment d'un énorme appendice tuberculeux, une série de ganglions de l'angle iléo-cæcal; cet homme a eu une éviscération post-opératoire et une phlébite consécutive à l'intervention, il a guéri néanmoins.

M. Tuffier. — Pour la résection de l'anse iléo-cæcale, j'ai habituellement recours à l'écrasement des deux bouts de l'anse, suivant la méthode de M. Doyen, et je pratique l'anastomose latérale.

J'ai opéré de la sorte, il y a quelques semaines, un malade atteint de lésions tuberculeuses du gros intestin, et j'ai dû réséquer, avec le cæcum, la presque totalité du côlon ascendant.

M. Quénu. — Au point de vue du diagnostic de la tuberculose iléo-cæcale, je désire insister sur les difficultés qu'il peut présenter, dans tous les cas où il n'y a pas une tuméfaction très appréciable, localisée dans la région du cæcum.

M. Walther. — Je puis vous citer un fait qui montre bien la difficulté du diagnostic anatomique de la tuberculose cæcale, même lorsqu'on a le cæcum sous les yeux. Il s'agit d'une jeune fille que j'ai opérée en 1901 pour lui enlever son appendice et chez laquelle je trouvai une induration du cæcum; je me proposai de faire ultérieurement la résection iléo-cæcale, si l'examen histologique de l'appendice montrait qu'il s'agissait de tuberculose; or, cet examen fut négatif et, d'autre part, la santé de la malade est restée très satisfaisante depuis mon intervention. Contrairement à ce que j'avais pu craindre, la lésion cæcale était donc simplement inflammatoire, et non pas tuberculeuse.

M. Demoulin. — A propos des lésions dites inflammatoires de l'intestin, il ne faut pas oublier que les chirurgiens lyonnais, en particulier, ont montré qu'il en est qu'on doit considérer comme tuberculeuses, bien que la recherche du bacille de Koch soit négative.

M. Chaput. — J'ai opéré, il y a quelques jours, un homme atteint de tuberculose cæcale, avec fistule pyostercorale. Après la résection de l'anse iléo-cæcale, voyant que la suture circulaire se présentait dans de mauvaises conditions, j'ai eu recours à l'oblitération du côlon, et j'ai ensuite pratiqué l'implantation latérale de l'intestin grêle sur le gros intestin. J'ai fait une suture à deux étages en remplaçant la suture muco-muqueuse par une suture séro-séreuse; en outre, j'ai maintenu l'orifice béant avec un tube de caoutchouc. Sur les pièces enlevées j'ai pu constater une induration de la valvule iléo-cæcale et un rétrécissement serré, avec ulcération, siégeant sur le cæcum et le côlon ascendant.

A mon avis, le meilleur procédé d'abouchement intestinal est l'implantation latérale, qui donne une valvule excellente, ne créant pas plus de risques d'invagination que la valvule iléo-cæcale normale.

Le procédé d'invagination de M. Doyen n'expose pas, contrairement à ce qu'on a dit, à l'insuffisance des sutures, mais il est compliqué et ne présente aucune supériorité sur les autres procédés.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 juillet 1905.

Du mode d'élimination du chlorure de sodium chez les cardiaques à la période pré-asystolique.

M. Vaquez. — Au cours des recherches que je poursuis avec M. Digne sur l'élimination des chlorures chez les cardiaques, nous nous sommes efforcés de préciser les modifications que subit cette élimination à la phase pré-asystolique.

D'une façon générale, nous avons constaté que l'élimination chlorurée présente déjà des caractères anormaux à une période très antérieure à celle des troubles dits asystoliques, et qu'elle peut être troublée alors même que l'adaptation de l'organisme à la lésion cardiaque paraît encore parfaite.

On peut, à cet égard, ranger les cardiaques en trois catégories, suivant qu'ils sont à la période pré-asystolique, à la phase d'asystolie légère ou en asystolie complète.

Chez le plus grand nombre des malades dont la lésion cardiaque est compatible avec une existence normale et qui ne présentent aucun trouble fonctionnel, l'élimination chlorurée est également normale et s'effectue comme chez les sujets sains.

Dans une seconde période, dont la durée reste heureusement fort longue, les troubles fonctionnels consistent, comme on le sait, en de la dyspnée d'effort, plus rarement de la dyspnée au repos, parfois en un léger œdème malléolaire vespéral, quelques râles dans la poitrine, etc. L'apparition de ces troubles coïncide nettement avec un mode spécial de l'élimination des chlo-

rures, qui est facilement mis en évidence par l'épreuve de la chloruration expérimentale, laquelle dénote une chlorurie retardée et intermittente. Ce n'est que vers le quatrième ou le cinquième jour que le taux des chlorures s'élève notablement, pour retomber au-dessous de la normale, et se relever ensuite à des intervalles irréguliers. Il se fait donc une chasse chlorurée intermittente très caractéristique; c'est là le premier phénomène avant-coureur d'un degré léger d'insuffisance cardiaque.

Plus tard, lorsque les troubles asystoliques s'accentuent, l'élimination chlorurée cesse complètement et fait place à une véritable rétention.

L'étude des modifications de la formule suivant laquelle s'éliminent les chlorures peut donc fournir de très utiles indications pour le diagnostic et le pronostic des cardiopathies.

La diarrhée simple, forme larvée de la dysenterie bacillaire.

M. Dopter. — Sur 11 malades atteints de diarrhée simple en apparence, mais d'allure et d'intensité différentes, j'ai pu deux fois isoler le bacille dysentérique; de plus, dans 4 cas où les phénomènes diarrhéiques se sont prolongés, le sérum était assez fortement agglutinant, et contenait la sensibilisatrice spécifique.

Ces constatations plaident en faveur de la nature dysentérique de ces diarrhées en apparence simples.

On doit donc prendre, en présence de ces formes larvées de dysenterie, les mêmes mesures prophylactiques que vis-à-vis des dysenteries les mieux caractérisées; aussi bien que ces dernières, elles sont douées du pouvoir de contagiosité. Il faut, en outre, les traiter comme des dysenteries vraies, surtout au moment de la période estivale.

Orchite et pancréatite ourliennes suivies de mort.

M. Lemoine communique l'observation d'un malade qui, au cours d'oreillons à allures d'abord bénignes, présenta une inflammation des testicules, puis fut pris quelques jours après de douleurs épigastriques violentes avec vomissements, ictère, hématémèses, etc., accidents qui se terminèrent par la mort au bout de six jours.

A l'autopsie, on trouva un pancréas volumineux pesant 190 grammes, dont les lésions histologiques consistaient en une hypertrophie des *acini* glandulaires avec dégénérescence du protoplasma et du noyau de leurs éléments cellulaires. Nulle part, on ne constata de sclérose ni d'amas de cellules embryonnaires. Il existait, en outre, un assez grand nombre de nodules infectieux au niveau du foie et de la rate et un gros ganglion qui comprimait le canal cholédoque.

Exostoses ostéogéniques héréditaires.

M. Teissier montre un enfant atteint d'exostoses ostéogéniques multiples et symétriques. Le père de ce petit malade est atteint lui-même d'exostoses semblables et d'une malformation congénitale du cubitus gauche. Deux autres enfants ont l'un des exostoses, l'autre une scoliose. Enfin le grand-père paternel avait aussi des tumeurs symétriques et volumineuses aux membres inférieurs et supérieurs.

Il s'agit donc d'une affection familiale à hérédité homéomorphe à la fois collatérale et ascendante en ligne directe, constatée dans trois générations.

M. Griffon relate, à propos du cas de pneumonie récidivante communiqué au cours de la dernière séance par M. Achard, l'observation d'un malade qui a succombé à une récidive de pneumonie *in situ* et chez lequel des injections de caféine ont déterminé l'apparition d'abcès à pneumocoques, aussi bien lors de la première atteinte phlegmasique que de la seconde.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 juillet 1905.

Action des matières minérales sur les échanges nutritifs.

M. Charrin. — Dans une première série de recherches, j'ai vu qu'injectées à petites doses, tous les trois ou cinq jours, durant des semaines et des mois, les matières minérales améliorent les échanges nutritifs et augmentent légèrement la résistance à l'infection. Le rapport azoturique s'élève quelque peu, de même que le poids, le volume urinaire, l'alcalinité humorale, l'agglutination, l'état bactéricide, etc.

Dans une seconde série d'expériences, après avoir soumis deux groupes d'animaux à une même alimentation, j'ai supprimé tout aliment solide, et au premier de ces groupes j'ai injecté une solution minéralisée pendant que le second recevait un même volume d'eau distillée avec soin, partant privée de tout principe minéral.

Dans ces conditions, ce sont les animaux minéralisés qui, en général, survivent quelques heures de plus; chez eux, les urines sont légèrement plus abondantes, la température faiblement supérieure, le poids peut-être plus fort, le coefficient azoturique de quelques dixièmes plus élevé. Toutefois, ces différences sont minimes; impuissantes à se montrer vraiment plastiques ou à céder de véritables énergies fonctionnelles, les matières minérales paraissent agir par catalyse, à titre d'excitateurs, de médiateurs, comme des ferments atténués.

Néanmoins, les phénomènes sont complexes, en particulier relativement à la résistance à l'infection : accrue au cours de la première série de ces recherches sous l'influence de ces sels, elle tend à fléchir chez les animaux minéralisés comparés à ceux qui reçoivent de l'eau distillée.

Sur l'existence d'oxyde de carbone dans le sang des anémiques.

MM. R. Lépine et **Boulud.** — Nous avons récemment fait connaître une méthode qui permet d'apprécier exactement le temps variable de la réduction de l'oxyhémoglobine dans différents sangs anormaux (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 174); nous avons ainsi pu constater sur une dizaine de chiens rendus artificiellement anémiques et chez un grand nombre de malades que, dans l'anémie, le temps de la réduction est double et parfois triple de ce qu'il est à l'état normal. Or, une des causes, sinon la cause exclusive, de ce fait, réside dans l'existence d'une combinaison oxycarbonée. Si, en effet, on extrait les gaz de 30 c.c. du sang d'un sujet mort d'anémie grave, on y décèle aisément des traces très évidentes d'oxyde de carbone, substance dont on ne trouve pas de trace sensible — ce qui ne veut pas dire qu'elle y fasse totalement défaut — dans les gaz de la même quantité de sang d'un sujet non anémique.

Il est à remarquer que le sang de cadavre dans lequel existe de l'oxyde de carbone en quantité appréciable offre souvent une couleur rutilante tout à fait particulière.

Sur la teneur du sérum sanguin en bilirubine dans la pneumonie.

MM. Gilbert et **Herscher.** — Nous avons pratiqué l'examen cholémimétrique dans 11 cas de pneumonie. Les chiffres obtenus ont varié entre $1/_{20.600}$ et $1/_{9.250}$. La moyenne des divers résultats a été exactement de $1/_{14.875}$, ce qui représente près de 0 gr. 068 milligr. de bilirubine par litre de sérum et un peu plus de 0 gr. 20 centigr. pour l'ensemble de la masse sanguine. L'ictère dit hémaphéique de la pneumonie a donc pour substratum une cholémie modérée, et ce qui lui donne un aspect clinique particulier, c'est seulement l'adjonction purement fortuite, à cette cholémie ayant pour conséquence l'urobilinurie, d'une oligurie marquée.

Les éléments clairs du liquide céphalo-rachidien pathologique.

MM. Villaret et **Tixier.** — Nous avons constaté la présence de nombreux éléments clairs dans la plupart des liquides céphalo-rachidiens pathologiques que nous avons examinés. Ces éléments transparents peuvent être rangés schématiquement en trois catégories entre lesquelles on trouve tous les intermédiaires : les plus petits paraissent dériver des lymphocytes, les moyens des mononucléaires, les plus grands enfin des macrophages.

Il semble, d'autre part, que l'existence de cellules endothéliales confondues le plus souvent avec les grands éléments de la seconde catégorie doive être mise en doute.

En faveur de cette hypothèse nous invoquerons l'argument suivant : dans un sang de leucémie lymphogène traitée par la radiographie, certains points des préparations de sang sec sont exactement superposables à celles de liquide céphalo-rachidien. On y trouve la même série d'éléments clairs avec tous les intermédiaires entre le lymphocyte en voie de destruction, les débris de grands macrophages et les pseudo-éléments endothéliaux, bien que la présence de cellules endothéliales dans le sang normal ou pathologique n'ait jamais été signalée.

Il semble permis de comparer ces deux mécanismes différents de destruction cellulaire qui aboutissent au même résultat; dans un cas le rayon de Röntgen est l'agent vulnérant, dans l'autre, le séjour *prolongé* des cellules dans le liquide céphalo-rachidien doit être la cause des transformations de celles-ci.

Leucolyse et réaction macrophagique dans un lymphome leucémique traité par la radiothérapie.

MM. Weil et **Beaujard.** — Nous avons examiné comparativement deux lymphomes d'un chien leucémique, le premier avant tout traitement, le second cinq heures après une séance de radiothérapie. Dans le ganglion traité, nous avons trouvé une très grande quantité de débris chromatiniens en pycnose avec réaction macrophagique intense. L'examen du sang a d'ailleurs montré une augmentation considérable des hémomacrophages, qui s'élevaient à 14 %.

Il semble résulter de ces constatations que la leucolyse et la macrophagie sont les processus biologiques de la réaction aux rayons de Röntgen dans le tissu leucémique comme dans le tissu lymphoïde de l'animal sain.

Septicémie pneumococcique et phagocytose.

M. Lafforgue (de Tunis). — On a attribué à la présence du pneumocoque dans le sang une signification pronostique fatale. Le fait suivant montre qu'il n'en est pas toujours ainsi :

J'ai eu récemment l'occasion d'observer une pneumonie lobaire gauche chez un Arabe, avec généralisation septicémique insolite du pneumocoque dans le sang. Tout faisait prévoir une issue fatale, mais le surlendemain la phagocytose par les polynucléaires s'exerça de façon tellement active et manifeste que la septicémie pneumococcique évolua vers la guérison à bref délai.

C'est le deuxième fait de ce genre que j'observe chez un Arabe.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 28 juin 1905.

Extirpation d'une tumeur cérébello-protubérantielle.

M. Moritz Borchardt relate l'observation d'une femme de quarante-cinq ans, chez laquelle M. Oppenheim — en présence de symptômes cérébelleux avec participation des cinquième, septième et huitième paires crâniennes du côté droit — avait porté le diagnostic de tumeur intéressant à la fois la protubérance et le cervelet, et probablement constituée par un névrome du nerf acoustique.

Une intervention ayant été décidée, l'orateur, après avoir rabattu en arrière les parties molles, réséqua une grande partie de l'écaille de l'occipital, sectionna les nerfs facial et acoustique, incisa la dure-mère et, le sinus transverse ayant été lié, mit à nu et extirpa une tumeur qui occupait l'angle formé par la protubérance et le cervelet. Cette opération, très sanglante, fut exécutée en plusieurs temps. Malheureusement, la patiente succomba au bout de vingt-six heures à des accidents d'œdème pulmonaire, dus sans doute à la compression du bulbe par un tampon qu'il avait fallu enfoncer assez profondément pour arrêter l'hémorrhagie.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 3 juillet 1905.

Gangrène pulmonaire mortelle, due à la présence d'un corps étranger dans les bronches.

M. A. Fränkel communique l'observation d'un homme qui vint se confier à ses soins au mois de février dernier, et qui offrait à ce moment les signes d'une infiltration diffuse de tout le lobe inférieur du poumon droit. L'anamnèse apprit à l'orateur que, au mois d'août 1904, le patient avait avalé un petit os de poulet, qui avait passé dans les voies respiratoires. Cependant, il restait quelques doutes sur le diagnostic, car cet homme portait une fistule à l'anus, et, d'autre part, son expectoration renfermait des bacilles de Koch, ce qui laissait soupçonner qu'il pût s'agir de tuberculose. M. Fränkel demanda au malade de se soumettre à la bronchoscopie, mais cette exploration, d'abord refusée, ne put être pratiquée qu'il y a quelques jours, alors que le patient était dans un état désespéré. Elle montra qu'il y avait effectivement gangrène par corps étranger; toute intervention était du reste impossible, car le foyer n'était pas unique : on constatait une série de petits abcès gangreneux disséminés dans tout le poumon. Le malade ne tarda pas à succomber.

L'orateur insiste à ce propos sur la nécessité de pratiquer la bronchoscopie aussi précocement que possible, au cas de corps étranger des voies aériennes, car il est certain qu'on ne saurait agir utilement quand le corps de délit est enclavé depuis des mois dans une ramification bronchique.

M. Heubner déclare qu'un de ses assistants a cependant enlevé avec succès, par la bronchoscopie, chez un enfant, un corps étranger qui avait pénétré depuis des mois, alors qu'il y avait déjà des phénomènes de bronchite putride.

Transmission expérimentale de cancer humain au chien.

M. C. Lewin dit avoir inoculé à un chien, dans le péritoine, un fragment de cancer de l'ovaire; au bout de trois semaines, cet animal présentait de multiples petits nodules dans la cavité abdominale, ainsi qu'une tumeur du volume d'une noisette dans la cicatrice de la laparotomie qu'il avait subie, et de la tuméfaction ganglionnaire. Deux autres chiens furent alors inoculés, également dans le péritoine, l'un avec un des nodules péritonéaux, l'autre avec un ganglion lymphatique du précédent animal : tous deux eurent à leur tour de nombreuses tumeurs au niveau du péritoine et de la cicatrice abdominale. Ces néoplasmes n'ont pas un caractère histologique bien défini; ils paraissent appartenir à la série du sarcome.

Les localisations motrices spinales.

M. P. Lazarus fait une communication dans laquelle, après avoir rappelé que les localisations motrices dans la moelle ont un caractère moins anatomique que fonctionnel — en ce sens que les centres moteurs correspondent à des groupes de muscles fonctionnellement associés —, il dit avoir pu mettre en évidence chez le chien et le lapin, par l'exploration électrique, des centres des mouvements de course, de saut, de grattage, etc.

En outre, l'orateur a employé chez l'homme, dans un but thérapeutique, l'excitation électrique *directe* de la queue de cheval, au moyen d'une aiguille-électrode introduite par la ponction lombaire. Il a ainsi obtenu des résultats encourageants dans 2 cas de douleurs fulgurantes par compression du plexus.

Dr Villaret.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE PARIS

Bloch (M.). Les néoplasmes malins primitifs de la plèvre.

Bonhomme (A.). Contribution à l'étude des troubles du caractère chez les paralytiques généraux (leur prétendue bienveillance).

Chartier (G.). De la persistance de certains signes physiques chez les tuberculeux pulmonaires guéris.

Coustaing (A.). L'acide borique est-il toxique?

Delacour (L.). Indications, contre-indications et accidents de la version par manœuvres externes.

Droit (L.-G.). Contribution à l'étude de la nicotine et de ses composés aldéhydiques.

Eveno (J.). L'homicide dans la mélancolie; considérations générales sur les états mélancoliques au point de vue du diagnostic différentiel et médico-légal.

Gorovitz (Mlle F.). Du type radiculaire supérieur de l'atrophie musculaire dans la poliomyélite aiguë de l'enfance.

Grünberg (B.). L'ortho-sulfo-gaïacolate de potasse dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Hernández (B.). Dyspepsie hyposthénique de la puberté.

Jacquemin (F.). Etude clinique de l'appendicite herniaire inguinale et crurale.

Jouen (C.). Contribution à l'étude de la syphilis des trompes et des ovaires.

Longin (A.-L.). Les hybrides de syphilis et de lupus.

Loze (H.). Du traitement des adénites cervicales tuberculeuses chroniques.

Mabilais (J.). Du traitement de la laryngite tuberculeuse par les aspirations laryngées de diiodoforme.

Masson (Ch.-J.). Crises gastriques et pseudo-appendiculaires causées par l'ascaris chez l'adulte.

Mayer dit **Mayersohn** (L.). De la circoncision et spécialement de la circoncision rituelle envisagée au point de vue historique, hygiénique, préventif et prophylactique.

Merlin (P.). Contribution nouvelle à l'étude des polynévrites sulfo-carbonées.

Pivert (J.). Les angines ulcéreuses et les perforations du voile du palais dans la scarlatine.

Pougnault (Ch.). Développement du lobe gauche du foie.

Poujade (A.). Valeur pronostique de l'hémoptysie chez les tuberculeux à la période de germination.

Rochu (Ch.). Des hallucinations dans la mélancolie et des phénomènes hallucinatoires post-mélancoliques.

Sabareanu (G.). Chancres syphilitiques successifs.

Tessène (Mlle M.). Contribution à l'étude du traitement chirurgical des ulcères variqueux : le procédé de l'incision circulaire de cuisse.

Tréhet (G.). Contribution à l'étude de la poliencéphalite hémorrhagique aiguë, supérieure et inférieure.

Trepsat (L.). Etude des troubles physiques dans la démence précoce hébéphréno-catatonique.

Vitry (G.). Etude sur la physiologie de la nourrice, en particulier au point de vue de sa résistance aux maladies.

MÉDECINE

Beal (F. E.). The recognition and differentiation of rales in the lung. (*New York Med. Journ.*, 20 mai.) — Diagnostic positif et différentiel des râles pulmonaires.

Camac (C. N. B.). Some observations on aneurysm and arteriosclerosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Cattani (G.). La propagazione dei rumori e relativi criteri cardiodiagnostici. (*Riforma med.*, 4 mars.)

Pakhomov (S.). Un cas de maladie de Werlhoff (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mars.)

Pettera (R.). 2 Fälle von Autotoxikose durch Azeton. (*Prag. med. Wochensch.*, 13 avril.)

Poggenpohl (S.). Contribution au diagnostic des néoplasmes malins du poumon; un cas de sarcome métastatique pulmonaire (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 19 mars.)

Schupfer (F.). Studi sulle leucemie e sulle pseudoleucemie : l'influenza che sulla leucemia esercitano le malattie infettive intercorrenti ed il suo valore terapeutico. (*Policlinico*, partie méd., XII, 4.)

Stähelin. Einige Fälle von Herzinsuffizienz im Militärdienst. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er mai.) — Quelques cas d'insuffisance cardiaque survenus chez des militaires.

Staréha (A.). Tetanie v prubehu zaludecní choroby a brisního tyfu. (*Casopis lékaru ceskych*, 11, 18 et 25 mars et 1er avril.) — Sur la tétanie symptomatique.

Tabora (von). Zur Pathologie des Magencarcinoms. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 et 20 avril.) — Sur la pathologie du cancer de l'estomac.

Teissier (J.). Classification et valeur pathogénique des albuminuries orthostatiques. (*Rev. de méd.*, avril.)

Vermel (S.) et **Soloviev** (N.). De la syphilis des poumons (en russe). (*Roussk. Vratch*, 5 mars.)

Von den Velden (R.). Die Klangleitung in der Lunge und ihre diagnostische Verwertbarkeit. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 avril.) — La transmission du timbre [du son de percussion] par le poumon et sa valeur diagnostique.

Wierzbicki (S.). Bemerkungen über Obstipatio alvi habitualis. (*Wien. med. Presse*, 23 avril.)

Wilson (J. C.). The symptomatology and diagnosis of atypical forms of pneumonia. (*New York Med. Journ.*, 22 avril.)

Zak (E.). Ueber Autolyse in Punktionsflüssigkeiten. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 avril.) — Sur l'autolyse dans les liquides de ponction.

MALADIES INFECTIEUSES

Rogers (L.). The diagnostic and prognostic value of the leucopenia of cachexial fever and kala-azar, and its treatment by quinine and bone-marrow. (*Brit. Med. Journ.*, 1er avril.)

Ruck (S. von). The intercommunicability of human and bovine tuberculosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 avril.)

Schwarzenbach (F.). Beiträge zur Pathologie und Therapie der Streptomykosen. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er et 15 mars et 1er avril.)

Sicuriani (F.). Sul valore pronostico dei fosfati alcalini nelle orine dei polmonitici. (*Gazz. degli Osped.*, 9 avril.)

Simpson (W. J. R.). A treatise on plague dealing with the historical, epidemiological, clinical, therapeutic, and preventive aspects of the disease. In-8°, 466 p. avec fig. Cambridge. — La peste.

Speer (G. G.). Cerebrospinal meningitis, epidemic and sporadic. (*Med. Record*, 15 avril.)

Testi (A.) et **Zaccaria** (A.). Pneumonite eresipelatosa primitiva. (*Clinica moderna*, 22 mars.)

Turner (G. A.). Ship beri-beri. (*Brit. Med. Journ.*, 1er avril.) — Le béribéri nautique.

Wilson (J. C.). Cerebrospinal fever (epidemic cerebrospinal meningitis). (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 avril.)

Zammit (T.) et **Caruana Scicluna** (G.). Intermittent fever in Malta. (*Brit. Med. Journ.*, 1er avril.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Angell (E. B.). Railway spine. (*Med. News*, 6 mai.)

Babini (R.). Forme fruste del morbo di Flajani-Basedow. (*Gazz. degli Osped.*, 28 mai.)

Bechterev (V.). Ueber Reflexe distaler Abschnitte der oberen Extremität und über ihre diagnostische Bedeutung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mai.) — Sur les réflexes de l'extrémité distale des membres supérieurs et sur leur valeur diagnostique.

Benenati (U.). Sulla patogenesi della dissociazione della sensibilità di origine centrale. (*Riforma med.*, 21 et 28 janv. et 4 fév.)

Bertolotti (M.). Contributo allo studio dei movimenti associati. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, LXVIII, 3.)

Bouchaud. Tremblement intentionnel limité du membre supérieur gauche. (*Journ. de neurol.*, 20 avril.)

Bregman (L.). Miesak ciala modzelowatego (sarcoma corporis callosi). (*Kronika lekarska*, 1er mai.)

Schmaltz. Ueber familiären Tremor; hereditärer essentieller Tremor. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 avril.)

Schröder (P.). Ueber chronische Alkoholpsychosen. In-8°, 83 p. Halle.

Seifert (P.). Ueber vollständige kutane und sensorielle Anästhesie in einem Falle von traumatischer Hysterie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVIII, 2-4.)

Seiffer (W.). Ueber psychische, insbesondere Intelligenz-Störungen bei multipler Sklerose. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 1.) — Sur les troubles mentaux, notamment ceux de l'intelligence, observés au cours de la sclérose en plaques.

Spiller (W. G.) et **Buckman** (E. U.). Myasthenia gravis, with paralysis confined to the ocular muscles. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Weisenburg (T. H.). A clinical study of hemiplegia in the adult. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 fév.)

Westphal (A.). Ueber apoplectiforme Neuritis (Neuritis apoplectica). (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 1.)

Weygandt (W.). Leicht abnorme Kinder. In-8°, 40 p. Halle. — Des enfants légèrement anormaux.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Crocker (H. Radcliffe). Xantho-erythrodermia perstans. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, avril.)

Moty. Importance des maladies vénériennes dans l'armée. (*Echo méd. du Nord*, 16 avril.)

Novy (B.). Syfilis a tehotenství. (*Casopis lékaru ceskych*, 8 avril.) — Hérédo-syphilis faisant exception à la loi de Baumès-Colles.

Oppenheim (M.). Die Hautblastomykose (Dermatitis blastomycetica). (*Wien. med. Presse*, 30 avril.)

Poór (F.). Beiträge zur Klinik und Anatomie des sogenannten Adenoma sebaceum. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er avril.)

Rau (R.). Ueber einen Fall von Angiokeratom (Mibelli). (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 avril.)

Respighi (E.). Su di un caso di herpes recidivante catameniale. (*Clinica moderna*, 15 fév.)

Stelwagon (H. W.). Remarks on the destructive skin diseases : epithelioma, lupus vulgaris, and syphilis. (*Amer. Medicine*, 22 avril.)

Ward (S. B.). Erythema and urticaria, with a condition resembling angeioneurotic œdema, caused only by exposure to the sun's rays. (*New York Med. Journ.*, 15 avril.) — Erythème et urticaire, simulant un œdème angionévrotique et causés par la simple exposition aux rayons du soleil.

Weber (F. Parkes) et **Daser** (P.). Idiopathic multiple pigment sarcoma (idiopathic multiple hæmorrhagic sarcoma) of Kaposi. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, avril.)

Zieler (K.). Ueber akute multiple Hautgangrän, nebst Untersuchungen über durch rohe Salzsäure hervorgerufene Nekrosen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVIII, 2-4.) — Sur les nécroses aiguës multiples de la peau et sur celles que produit l'acide chlorhydrique concentré.

CHIRURGIE

Aulhorn (E.). Ueber Luxation im Carpometacarpalgelenke des Daumens und über Luxationsfractur des Daumenmetacarpus (Bennet'sche Fractur). (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 1-3.) — Sur la luxation carpo-métacarpienne du pouce et la fracture articulaire du premier métacarpien.

Barbieri (V.). Un caso di ernia inguinale strozzata ridotta in massa. (*Gazz. degli Osped.*, 16 mai.) — Etranglement herniaire avec réduction en masse.

Barker (A. E. J.). 3 cases illustrating the condition of the small intestine some years after extensive enterectomies. (*Lancet*, 22 avril.) — Sur l'état de l'intestin grêle plusieurs années après entérectomie étendue.

Bastianelli (P.). La colonplicatio come cura delle colonectasie essenziali totali e parziali; prima colonplicatio eseguita in un caso di megalocolon : colotomia, colorrafia, guarigione completa morfo-funzionale. (*Policlinico*, 14 mai.)

Bechi (G.). Sulla sterilizzazione del catgut col processo Claudius. (*Gazz. degli Osped.*, 21 mai.)

Beck (Carl). Ueber die Kombination von Excisions- und Röntgen-Therapie bei Morbus Basedowii. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 mai.)

Biehler (W.). Ein Fall eines Fremdkörpers im Brustfellsack. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 mai.) — Corps étranger de la plèvre.

Blanc et **Ninot.** Sur un cas de phlébite appendiculaire. (*Loire méd.*, mai.)

Bogolioubov (V.). L'invagination de l'intestin en tant que procédé de traitement de certaines hernies étranglées gangrenées (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XXI, 1.)

Braun (H.). Die Lokalanästhesie, ihre wissenschaftlichen Grundlagen und praktische Anwendung. In-8°, 436 p. avec fig. Leipzig.

Brook (W. F.). Congenital hypertrophy and dilatation of the sigmoid flexure. (*Brit. Med. Journ.*, 13 mai.) — Hypertrophie et dilatation congénitales de l'anse sigmoïde.

Brunn (W. von). Zur Tuberkulose des Hodens und Nebenhodens. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 1-3.) — Sur la tuberculose du testicule et de l'épididyme.

Busch (E.). Hypertrophie de la glande mammaire gauche chez un homme (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XXI, 1.)

Calirni (R.). Sopra un caso di resezione del fegato per neoplasma. (*Riforma med.*, 4 mars.)

Cheyfetz (M.). Contribution à l'étude des plaies pénétrantes de l'abdomen avec prolapsus des viscères (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 16 avril.)

Christie (R. J.). The McGraw elastic ligature for gastroenterostomy secondary to Murphy button; operation with description of technic. (*Amer. Medicine*, 13 mai.)

Chutro (P.). Sobre un caso de fractura del tercio inferior del femur. (*Arch. latino-americanos de pediatria*, avril.)

Cignozzi (O.). L'intervento chirurgico nelle cirrosi del fegato con ascite. (*Riforma med.*, 11, 18 et 25 fév.)

Clairmont (P.) et **Ranzi** (E.). Casuistische Beiträge zur Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 1-2.) — Du traitement de la péritonite suppurée diffuse.

Connell (F. G.). The radical treatment of gastric hemorrhage. (*Amer. Medicine*, 15 avril.)

Cullen (T. S.). Large carcinomatous tumor of the liver; removal 17 months after nephrectomy for carcinoma of the left kidney; temporary recovery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 avril.) — Vaste tumeur cancéreuse du foie; ablation 17 mois après néphrectomie pour cancer du rein gauche; guérison temporaire.

Diez (S.). Sulla possibilità di impedire il vomito nelle cloronarcosi. (*Clinica moderna*, 26 avril.) — Sur la possibilité de prévenir les vomissements au cours de la chloroformisation.

Rys (B.). Smrtelná otrava po injekci skopolamino-morfiové. (*Casopis lékaru ceskych*, 29 avril.) — Cas de mort consécutif à l'anesthésie par la scopolamine-morphine.

Schneiderlin. Radikaloperation bei Ulcus cruris. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 avril.)

Schwarz (K. M.). O profylaxi, prognose a zásadách therapie bocitosti. (*Casopis lékaru ceskych*, 25 mars et 1er avril.) — Pronostic et traitement de la scoliose.

Slade (G. R.). Gall-stones and cancer. (*Lancet*, 22 avril.) — Calculs biliaires et cancer.

Smith (E. A.). Biliary drainage in operations on the gallbladder and biliary ducts. (*Amer. Medicine*, 29 avril.) — Drainage hépatique dans les opérations sur la vésicule et les conduits biliaires.

Stegmann (R.). Zur operativen Behandlung des fungösen Kniegelenks. (*Wien. med. Wochensch.*, 8 avril.) — Sur le traitement chirurgical de la tumeur blanche du genou.

Stevens (F. W.). Local anesthesia by injections of sterile water. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 avril.) — Anesthésie locale par injection d'eau stérilisée.

Sturmdorf (A.). Primary carcinoma of the omentum with peritonitis carcinomatosa. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Tiling (J. von). The treatment of gonorrheal arthritis by hyperemia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 avril.)

Tuffier et **Jeanne.** Les gastrorrhagies dans l'ulcère simple de l'estomac. (*Rev. de chir.*, fév., mars et avril.)

Vanverts (J.). De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers de l'œsophage. (*Nord méd.*, 15 avril.)

Villard (E.). Hydropisie intermittente de la vésicule biliaire par calcul du canal cystique. (*Lyon méd.*, 9 avril.)

Vivie (A.). Hernie iléo-cæco-appendiculaire; hernio-laparotomie, appendicectomie; guérison. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Wallis (F. C.). A case of excision of the rectum for carcinoma recti. (*Lancet*, 29 avril.)

Walter (G. Th.). De resectie van ileum en colon bij de behandeling van het carcinoma van den dikken darm. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 22 avril.) — Traitement du cancer du gros intestin par la résection de l'iléon et du côlon.

Webster (J. C.). Hand sterilization, with special reference to the use of oil of cloves. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.) — La désinfection des mains, notamment par l'essence de girofle.

Wight (J. S.). Intracranial traumatic hemorrhage. (*Med. News*, 15 avril.)

Wilson (H. A.). The advantages of tendon transplantation. (*Amer. Medicine*, 8 avril.)

Young (A. R.). Notes on some interesting surgical cases in African natives. (*Lancet*, 15 avril.)

Zeldovitch. Des blessures occasionnées par les armes à feu japonaises; 2e mémoire (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 12 et 19 mars.)

UROLOGIE

Arcoleo (E.). Nefrocapsulectomia alla Edebohls per nefrite cronica a forma prevalentemente interstiziale. (*Riforma med.*, 4 fév.)

Arneill (J. R.). Infection of the urinary tract by the colon bacillus, simulating uremia. (*Amer. Medicine*, 20 mai.)

Austregesilo (A.). Sobre a diazoreacção nas molestias tropicaes. (*Rev. med.-cirurgica do Brazil*, mars.)

Barberio (M.). Contributo alla morfologia dell'ossalato di calcio dei sedimenti urinari dell'uomo. (*Giorn. dell'Assoc. napol. dei medici e natural.*, XIV, 2.)

Beck (Carl). Urethroplastic dislocation. (*New York Med. Journ.*, 13 mai.)

Cathelin (F.). Calcul de l'uretère pelvien. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Chetwood (C. H.). Prostatism without enlargement of the prostate; its diagnosis and treatment. (*Ann. of Surgery*, avril.) — Diagnostic et traitement du prostatisme sans hypertrophie de la prostate.

Collis (E. L.) et **Hewetson** (J. T.). General cystic disease of the kidneys in brother and sister; nephrectomy. (*Lancet*, 20 mai.) — Rein polykystique chez le frère et la sœur; néphrectomie.

Crosby (D.). Gonorrhœal urethritis with unusual complications. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Cuturi (F.). Sull'elettro-massaggio nell'ipertrofia prostatica. (*Policlinico*, 21 mai.)

Dehon (M.). Sur la technique de la détermination du coefficient azoturique et sur l'importance de quelques causes physiologiques et pathologiques qui font varier ce coefficient. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Freyer (P. J.). A recent series of 60 cases of total enucleation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. (*Brit. Med. Journ.*, 20 mai.)

Fuller (E.). The question of priority in the adoption of the method of total enucleation, suprapubically, of the hypertrophied prostate. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Jacobson (N.). Abdominal nephrectomy. (*Med. News*, 22 avril.)

Kalliontzès (E.). Περὶ τῆς θεραπείας τῶν Βριγθείων νεφριτίδων δι' ἐγχειρητικῆς ἐπεμβάσεως. (*Ἀρχεῖα ἰατρικῆς*, 15 fév.) — Sur le traitement chirurgical du mal de Bright.

Michel. Contribution à l'étude clinique du cancer de la prostate. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 23 avril.)

Moraczewski (W. von). Ein Beitrag zur Kenntnis der Phosphaturie. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 22 avril.)

Posadas (J. N.). Leucoplasia vesical. (*Argentina med.*, 21 janv.)

Schilling. Fluoreszenz des Harns bei schwerem Diabetes. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 8 avril.) — Fluorescence de l'urine dans le diabète grave.

Wagner (G.). Zur Therapie der Blasendivertikel, nebst Bemerkungen über Complicationen derselben. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 1-2.) — Sur le traitement des diverticules de la vessie.

Zondek (M.). Zur Chirurgie der Ureteren; klinische und anatomische Untersuchungen. In-8°, 57 p. avec fig. Berlin.

OPHTALMOLOGIE

Albertotti (G.). La cheratocentesi studiata sperimentalmente. (*Mem. dell'Accad. di scienze, lettere ed arti in Modena*, 6.)

Debève. Contribution à l'étude des corps étrangers de l'orbite. (*Nord méd.*, 1er mai.)

Dixon (L. S.). Eye strain. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 avril.) — L'asthénopie.

Edridge-Green (F. W.). Two cases of trichromic vision. (*Lancet*, 6 mai.)

Haskell (H. H.). Eye strain and reflex phenomena of nasal origin. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 23 fév.) — Asthénopie et réflexes d'origine nasale.

Heine. Die Cyklodialyse, eine neue Glaukomoperation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 mai.)

Jack (E. E.). In what cases should eye strain be suspected? (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 23 fév.) — Dans quels cas doit-on soupçonner l'asthénopie?

Kilburn (H. W.). Eye strain considered as a factor in the production of lateral curvature of the spine. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 23 fév.) — L'asthénopie envisagée en tant que facteur étiologique de la scoliose.

Le Roux (H.). Kératite interstitielle dans la syphilis acquise. (*Année méd. de Caen*, avril.)

Oppenheimer (E. H.). Varicelle der Hornhaut. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 mai.) — Varicelle de la cornée.

Pfalz. Die Bedeutung der optischen Emmetropierung für die Behandlung der Kurzsichtigkeit. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 mai.) — Valeur de la correction complète des anomalies de réfraction dans le traitement de la myopie.

Pick. Die erste Hilfe bei Augenverletzungen. (*Therap. Monatsh.*, mai.) — Les premiers secours en cas de blessures de l'œil.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Abadie (J.). Un cas d'hystérectomie abdominale subtotale par le procédé de J.-L. Faure. (*Montpellier méd.*, 29 janv.)

Abramov (D.). Un cas de môle hydatiforme complètement développé (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 6.)

Bardeleben (H. von). Geburt bei Amnionanomalien. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 2.) — L'accouchement dans les anomalies de l'amnios.

Bastian (J.). Quelques considérations techniques à propos de trois cas d'opération césarienne conservatrice. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai.)

Benet et **Riss**. Opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique chez une femme antérieurement symphyséotomisée. (*Marseille méd.*, 1er mai.)

Birnbaum (R.). Beitrag zur Kenntnis der Hernia uteri inguinalis und der histologischen Veränderungen verlagerter Ovarien. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 mai.) — Sur la hernie inguinale de l'utérus et les altérations histologiques de l'ovaire déplacé.

Bland-Sutton (J.). A report of 100 consecutive abdominal hysterectomies (attended with recovery), performed at the Middlesex Hospital and the Chelsea Hospital for Women [Londres]. (*Lancet*, 27 mai.)

Brandt (K.) et **Petersen** (L. S.). Om trangt bækken. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars et avril.) — Du rétrécissement pelvien.

Chrobak (R.). Ueber künstliche Sterilisierung. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 mai.) — Sur la stérilisation facultative [de la femme].

Colorni (C.). Contributo allo studio delle alterazioni placentari nella eclampsia puerperale. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, avril-mai.)

Cumston (C. G.). The surgical treatment of prolapsus uteri, with special reference to the operation of colpectomy. (*Amer. Medicine*, 20 mai.)

Dauber (H.). Ueber Indikation und Ausführung des Kaiserschnitts. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 2.) — Indications et technique de l'opération césarienne.

Dobbert (Th.). Ueber operative Behandlung der Fibromyome des Uterus. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 13 et 20 mai.)

Hébert (A.). Syphilis utérine. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 mai.)

Herzog (F.). Ein Fall von traumatischer Geburtslähmung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIII, 1-2.) — Paralysie obstétricale d'origine traumatique.

Mijnlieff (A.). Intrarenale Spannung als eine der Ursachen von Eklampsie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er avril.) — L'hypertension intrarénale comme cause de l'éclampsie.

Mikhine (P.). Un cas de grossesse extra-utérine à terme (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 mars.)

Miller (S. M.) et **Kanavel** (A. B.). Uncomplicated varicose veins of the female pelvis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Müller (B.). Die Therapie der Eklampsie. (*Prag. med. Wochensch.*, 16, 23 et 30 mars.)

Nagel (W.). Die Lappendammbildung bei completer Ruptur, besonders die Lawson Tait'sche Methode. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 2.) — La périnéorrhaphie autoplastique dans la rupture complète du périnée, notamment par le procédé de Lawson Tait.

Neu (M.). Herpes zoster im Wochenbett einer Eklamptischen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — Zona puerpéral chez une éclamptique.

Ostermann (H.). Zur mechanischen Begründung des Rotationsvorganges der Geburt. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 29 avril.) — Sur les causes mécaniques de la rotation pendant l'accouchement.

Patellani (S.). Zur Frage der Ovarialveränderungen bei syncytialen Tumoren und Blasenmolen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er avril.) — Sur les modifications ovariennes dans le chorio-épithéliome et dans la môle vésiculaire.

Pokrovsky (N.). Un cas de grossesse extra-utérine tubaire avec cancer du col de l'utérus (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 mars.)

Récamier (J.). Traitement du cancer utérin inopérable. In-8°, 218 p.

Vineberg (H. N.). Acute cholecystitis in the puerperium; report of two cases; cholecystotomy; recovery. (*Med. Record*, 8 avril.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Anderson (W. S.). Infection through the tonsils. (*New York Med. Journ.*, 29 avril.)

Barstow (D. M.). Adenoids in the adult. (*New York Med. Journ.*, 6 mai.)

Bonnier (P.). La théorie de Guillemin. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Brochniovsky (P.). Un cas de lésion traumatique du nerf laryngé inférieur (en russe). (*Roussk. Vratch*, 9 avril.)

Bryant (Alice G.). The importance of early recognition of suppurative ear disease. (*Med. Record*, 13 mai.) — Importance du diagnostic précoce de l'otite suppurée.

Burger (H.). De statistiek der adenoïde vegetaties. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 13 mai.)

Clark (J. P.). Glioma of the nose; report of two congenital cases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — Deux cas de gliome congénital du nez.

Gibb (J. S.). Deux cas d'épithélioma primitif du conduit auditif. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Grunert (C.) et **Schwartze** (H.). Einführung in das Studium der Ohrenkrankheiten. In-8°, 396 p. Leipzig. — Eléments d'otologie.

Heidenhain (L.). Zur Operation der Carcinome in der Gegend der Tonsillen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 1-3.) — Traitement chirurgical des cancers de la région amygdalienne.

Hutinel. Le coryza à travers les âges. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Kock (A.). Et tilfælde af leukæmiske blödninger i det indre öre, med patologisk-anatomisk undersögelse af tindingebenene. (*Hospitalstidende*, 10 et 17 mai.) — Hémorrhagies leucémiques dans l'oreille interne.

Solieri (S.). Mucocele delle cellule etmoidali anteriori destre. (*Clinica moderna*, 29 mars.)

Texier (V.). Prophylaxie de la surdité. (*Gaz. méd. de Nantes*, 22 avril.)

Zarniko (C.). Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens, mit besonderer Berücksichtigung der rhinologischen Propädeutik. 2e éd. 2e partie. In-8°, p. 257 à 740, avec fig. Berlin. — Les affections du nez et du rhinopharynx.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Anjo Coutinho (J. F.). O vómito em therapeutica; vomitivos; indicações e contra-indicações. In-8°, 137 p. Rio-de-Janeiro.

Aronheim. Ein Fall von isolierter peripherer Lähmung des Nervus medianus infolge Narbendruckes nach Verletzung des Arcus volaris sublimis arteriæ ulnaris, geheilt durch Thiosinamin-Injectionen. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, mai.) — Cicatrice consécutive à une plaie de l'arcade palmaire superficielle et ayant déterminé par compression une paralysie périphérique du nerf médian; injections de thiosinamine; guérison.

Berg (H. W.). The present limitations of serum therapy in the treatment of the infectious diseases. (*Med. Record*, 6 mai.)

Berne (G.). Le massage; manuel théorique et pratique. 3e éd. In-8°, 414 p. avec fig. A. Coccoz.

Blum (O.). Zur Frage der Verwertbarkeit grösserer Dosen Olivenöl in der Therapie der Magenkrankheiten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 et 22 mai.) — Sur l'efficacité des grandes quantités d'huile d'olive dans le traitement des maladies de l'estomac.

Bouma (J.). Een en ander over de tegenwoordige therapie bij diabetes. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 27 mai.)

Carles (J.). Quelques remarques sur l'emploi de la macération de rein dans les néphrites. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 7 et 14 mai.)

Cornelius. Die Nervenmassage. (*Therap. Monatsh.*, mai.)

D'Andrea (L. M.). Le iniezioni endovenose e sottocutanee di sublimato in quattro casi di scarlattina grave. (*Gazz. degli Osped.*, 14 mai.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Bertin. Traitement du lupus par la photothérapie. (*Echo méd. du Nord*, 21 mai.)

Bodin (E.) et **Castex** (E.). Traitement radiothérapique des teignes. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 mai.)

Boggs (R. H.). The present status of Röntgen ray therapy. (*Med. Record*, 6 mai.)

Cleaves (Margaret A.). The continuous current in relation to inflammatory exudates. (*Med. News*, 29 avril.)

Devic (E.) et **Chalier** (A.). Un cas d'empyème sous-phrénique diagnostiqué uniquement par la radioscopie; mouvement de bascule des deux moitiés du diaphragme. (*Lyon méd.*, 14 mai.)

Doumer (E.). Traitement curatif de l'entérocolite muco-membraneuse. (*Nord méd.*, 15 mai.)

Dupeyrac. La radiothérapie dans les cancers de la peau. (*Marseille méd.*, 1er mai.)

Dupont (E.). Manuel pratique de radiologie médicale. In-8°, 126 p. avec fig. Bruxelles. H. Lamertin.

Fochessati (A.). Un caso di epitelioma dell'ala sinistra del naso recidivo, trattato coi raggi X. (*Nuovo raccoglitore med.*, mars.)

Görl (L.). Ein neues Feld für die Radiotherapie (Strumenbehandlung)? (*Münch. med. Wochensch.*, 16 mai.) — Sur la radiothérapie du goitre.

Krefft (P.). Die Heilwirkung des magnetischen Kraftfeldes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 mai.) — L'action thérapeutique du champ magnétique.

Lange (F.). Die Bedeutung des Röntgenbildes für die Orthopädie. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 avril et 2 mai.) — La radiographie en orthopédie.

Lommel (F.). Zur Behandlung der Leukämie und Pseudoleukämie mit Röntgenstrahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 mai.)

BACTÉRIOLOGIE

Bolduan (C.). The addition of calcium salts to nutrient broth; a reliable and convenient method for growing the pneumococcus, meningococcus, and certain other bacteria. (*New York Med. Journ.*, 13 mai.) — Culture du pneumocoque, du méningocoque et de certains autres microbes dans un bouillon additionné de sels de calcium.

Brönnum (A.). Nogle bemerkninger om gonokokfarvning. (*Hospitalstidende*, 24 mai.) — Sur la coloration du gonocoque.

Doyen. Sérodiagnostic du cancer et lésions expérimentales produites par le micrococcus neoformans. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Ehrlich (P.) et **Sachs** (H.). Ueber den Mechanismus der Antiamboceptorwirkung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 et 15 mai.)

Falta (W.) et **Nöggerath** (C. T.). Ueber Rassenunterschiede von Typhusstämmen und über Hemmungskörper im Serum in ihrer Bedeutung für die Gruber-Widal'sche Reaktion. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIII, 1-2.)

Fränkel (C.) et **Baumann**. Ueber Hämolysinbildung und Agglutination der Staphylokokken. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 mai.)

Heim (L.). Beobachtungen an Streptococcus mucosus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, L, 1.)

Papasotérios (J.). Περὶ τῆς ἐπιδράσεως τοῦ ἄνθρακος ἐπὶ τῶν τῆς φυματιώσεως καὶ ψευδοφυματιώσεως βακτηριδίων. (Ἀρχεῖα ἰατρικῆς, 15 fév.) — Action du charbon sur les bacilles tuberculeux et pseudo-tuberculeux.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Bassenge (R.). Dr. Paskal Joseph von Ferro, ein Hydrotherapeut des XVIII. Jahrhunderts. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 mai.)

Brennsohn (J.). Die Aerzte Livlands von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. In-8°, 481 p. Riga. — Les médecins livoniens depuis les temps les plus reculés jusqu'à la période contemporaine.

Cabanès. Remèdes d'autrefois. In-18, 492 p.

Camac (C. N. B.). Laennec and his stethoscope. (*Med. News*, 20 mai.)

Douvre. Opération césarienne pratiquée à Rouen avec succès par A. Flaubert en 1858. (*Normandie méd.*, 1er janv., 1er fév. et 1er mai.)

Pilastre (E.). Malgaigne (1806-1865); étude sur sa vie et ses idées, d'après ses écrits, des papiers de famille et des souvenirs particuliers. In-8°, 250 p. avec portrait. F. Alcan.

Wörner (A.) et **Denkinger** (J. N.). Das städtische Hospital zum Heiligen Geist in Schwäbisch Gmünd in Vergangenheit und Gegenwart; mit einer Abhandlung über die Geschichte der Hospitäler im Altertum und Mittelalter und einem medicinisch-wissenschaftlichen Anhang. In-8°, 573 p. avec fig. Tubingue. — Notice historique sur l'hôpital du Saint-Esprit de Schwäbisch-Gmünd.

NOUVELLES

FRANCE

~~~ D'une communication faite la semaine dernière à l'Académie de médecine il semble résulter que l'Europe est menacée d'être envahie par le choléra. Dans notre précédent numéro nous avons donné un résumé de la note lue par l'inspecteur général des services sanitaires, à la seule fin de tenir nos lecteurs au courant de ce qui se dit dans les Sociétés savantes; mais aujourd'hui il nous paraît nécessaire de faire connaître que notre service particulier de renseignements sanitaires — on sait combien la *Semaine Médicale* est répandue dans tous les pays d'Orient — nous permet de déclarer que rien, pour le moment, ne justifie une pareille appréhension.

Jadis l'administration sanitaire française avait pour règle de toujours rassurer les populations, alors même que le danger était réel, et ce fut parfois non sans quelque peine que par la publication de renseignements d'une incontestable authenticité nous arrivâmes à faire reconnaître l'existence de cas de choléra dans des régions de notre territoire. Est-ce que le changement de fonctionnaire, par suite de la mort du précédent titulaire, amènerait une modification telle dans les mœurs de cette administration que, par contre, on fût porté maintenant à jeter plutôt l'effroi dans le pays? En tout cas, si la prudence ne doit pas être poussée jusqu'au point de cacher la vérité lorsque les faits sont indéniables, le premier devoir d'un fonctionnaire, surtout quand il est d'un ordre élevé, consiste à garder une réserve absolue devant des événements qui ne sont pas seulement probables, encore moins certains, et à ne pas utiliser publiquement des documents dont la valeur et l'importance peuvent être inconsidérément appréciés par le public et même par la grande presse. N'a-t-on pas vu, en effet, un journal politique, qui a pris un peu trop à la lettre les craintes exprimées à la tribune de l'Académie de médecine, annoncer ces jours derniers, sous un titre en gros caractères, qu'un cas mortel de choléra s'était produit à Marseille? Bien que tous ceux qui sont au courant de la situation actuelle de notre grand port au point de vue sanitaire, aussi bien en France qu'à l'étranger, aient accueilli cette nouvelle avec dénégation, il a bien fallu, pour rassurer l'opinion — la nouvelle avait été déjà transmise par le télégraphe dans tous les pays —, que les autorités la déclarassent fausse. Il est à croire que pareil fait ne se serait pas produit si l'on s'était abstenu d'appeler l'attention sur un danger qui n'existe pas.

~~~ Depuis deux ans il a été créé près la Faculté de médecine de Paris un Institut de médecine légale et de psychiatrie qui a pour but de donner un enseignement théorique et pratique aux médecins et aux étudiants en médecine français et étrangers se destinant aux fonctions d'experts près les tribunaux. Un diplôme universitaire spécial, portant la mention *médecine légale et psychiatrie*, est délivré à ceux qui ont suivi les cours dudit Institut et subi avec succès un examen probatoire. L'enseignement théorique et pratique qui y est donné est exclusivement médical : il ressortit soit à la médecine légale proprement dite, soit à la médecine légale psychiatrique.

Le Conseil de l'Université de Paris a pensé qu'on pouvait étendre davantage ce genre d'enseignement et en faire profiter ceux qui font ou ont fait des études de droit : à cet effet il vient d'instituer un *certificat de sciences pénales* qui sera délivré au nom de ladite Université. L'enseignement, qui est organisé sous la direction du doyen de la Faculté de droit par des professeurs des Facultés de droit et de médecine, durera deux semestres. Il comprend :

1° La criminologie et la science pénitentiaire;
2° Le droit pénal;
3° La procédure pénale;
4° La médecine mentale;
5° La médecine légale.

Des conférences pratiques complémentaires pourront être faites par des personnes n'appartenant pas à l'Université, et particulièrement par des membres de la magistrature, du barreau et de l'administration.

Les étrangers qui ont fait leurs études de droit dans une Université étrangère peuvent être admis à cet enseignement, avec une autorisation spéciale du doyen.

Nous regrettons sincèrement que dans la délibération du Conseil de l'Université il ne soit pas fait mention que les docteurs et étudiants en médecine pourront également être admis à cet enseignement, sur autorisation du doyen de la Faculté de droit. Il n'est pas douteux que les médecins se destinant aux fonctions d'experts près les tribunaux trouveraient profit, pour leur instruction professionnelle, à suivre un enseignement de droit pénal et de criminologie, complément logique de celui qui est donné à l'Institut de médecine légale.

AFRIQUE ORIENTALE ALLEMANDE

~~~ D'une lettre privée que M. R. Koch a adressée du pays d'Uhehe, il résulte que le savant bactériologiste aurait découvert dans l'Afrique orientale allemande le foyer des mouches tsé-tsé qui tuent tant de bovidés lorsque ces animaux sont emmenés vers la côte, et qui sont les vecteurs de l'agent pathogène de la maladie du sommeil chez l'homme. M. Koch aurait réussi à constater la présence des trypanosomes dans le corps des mouches tsé-tsé et à saisir l'évolution particulière que ces parasites y subissent.

ALLEMAGNE

~~~ Le gouvernement impérial a déclaré qu'il était prêt à signer l'arrangement conclu à Bruxelles le 20 septembre 1902, relativement à l'unification internationale de la formule des médicaments héroïques (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 336-337 et 1904, p. 195-196), étant entendu : 1° qu'il s'agit là, non d'un traité d'Etat formel, mais d'un simple arrangement entre les gouvernements participants; 2° que l'administration impériale ne s'impose du fait de son adhésion aucune autre obligation que celle d'intervenir, lors de la prochaine revision de la Pharmacopée allemande, pour la mise en pratique des conclusions prises à Bruxelles, de tenir compte de tous les progrès réalisés en médecine ou en pharmacie, et d'adopter les modifications qui lui paraîtraient nécessaires au point de vue de l'unification de ladite Pharmacopée.

Aucun gouvernement ne fera d'objection à cette manière de voir, puisque, d'une part, le terme même d'arrangement a été adopté par la Conférence internationale de Bruxelles, et que, d'autre part, en ce qui concerne l'application de cet arrangement, les pays contractants procéderont tous à peu près de la même manière.

ANGLETERRE

~~~ Nous apprenons que le Bureau central international pour l'étude de la tuberculose a l'intention de présenter à la réunion de l'Institut international de statistique qui doit se tenir à Londres au mois d'août prochain une proposition relative à l'établissement d'une statistique de la mortalité par tuberculose, d'après un modèle pouvant être universellement adopté et fournissant tous les éléments nécessaires pour dresser la statistique comparée de la tuberculose dans les divers pays.

GRANDE-BRETAGNE

~~~ Voici de quelle façon M. Balfour, le chef du gouvernement, s'est exprimé le 11 mai dernier, à la Chambre des communes — d'après le compte rendu du *Times*, qui jusqu'ici n'a pas été démenti —, en ce qui concerne les conseils donnés par les médecins en matière d'hygiène publique :

« Celui qui connaît, d'une part, les conseils donnés par les médecins sur les questions intéressant l'hygiène publique pendant les cinquante dernières années, et, d'autre part, les sacrifices pécuniaires consentis pour suivre ces conseils, ne peut pas ignorer qu'il a été commis bon nombre d'erreurs grossières et qu'il a été dépensé des sommes considérables, que les progrès de la science ont démontré avoir été mal employées. »

ITALIE

~~~ Comme dans bien d'autres pays, l'expertise médicale laisse beaucoup à désirer en Italie. Pour éviter les fautes lourdes et les contradictions injustifiées que des médecins peu expérimentés en la matière sont susceptibles de commettre, l'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Rome, sur la proposition de M. Baccelli, ancien ministre, vient d'émettre un vœu pour la création d'une « Ecole de perfectionnement en médecine légale ». Cette délibération, à laquelle les autres Facultés de médecine du royaume sont invitées à adhérer, sera adressée au gouvernement qui, pense-t-on, l'accueillera favorablement. Pour être juste, il faut rappeler à ce propos qu'une proposition analogue a été émise, il y a quelque temps, par la « Fédération des ordres des médecins ».

PRUSSE

~~~ L'année dernière, notre distingué collaborateur M. Lejars, en décrivant l'exposition du charlatanisme à Breslau, notait qu'il y avait en Prusse, en 1902, 4,104 charlatans (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 311-312). D'après le rapport sur les affaires sanitaires de la Prusse, qui vient de paraître ces jours-ci, on a compté, en 1903, 5,148 *Kurpfuscher* dans le royaume, soit une augmentation de plus de 25 %. Et cela malgré le grand nombre de condamnations que les tribunaux ont prononcées contre les charlatans, soit pour homicide ou blessures par négligence, soit pour vol, escroquerie, etc. On ne prévoit guère de moyen efficace pour arrêter la marche toujours ascendante du charlatanisme, très répandu, d'ailleurs, dans tous les pays de langue allemande.

A noter qu'il ne manque pas de médecins en Prusse, puisqu'en 1903 on en comptait 1 pour 1,952 habitants, défalcation faite des fonctionnaires médicaux.

~~~ Nous avons signalé dernièrement la marche décroissante de la natalité dans l'empire allemand (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 216). Voici maintenant pour la même période triennale le taux de la natalité en Prusse, le plus important des Etats confédérés : en 1901, les naissances atteignaient la proportion de 36.52 ‰; celle-ci s'est abaissée à 35.85 ‰ en 1902, pour ne plus être que de 34.73 ‰ en 1903.

SAXE

~~~ Chaque année on note à Leipzig un fait qui paraît quelque peu paradoxal : c'est que pendant l'été la mortalité des nourrissons illégitimes est inférieure à celle des nourrissons légitimes. La statistique des quatorze dernières années démontre la persistance de cet état de choses. On invoque plusieurs raisons pour expliquer le fait, mais il ne semble pas que jusqu'ici on en ait trouvé une qui soit bien convaincante.

REVUE CRITIQUE

Les émotions morales peuvent-elles déterminer des affections organiques aiguës du système nerveux?

I

Il y a plus d'un demi-siècle, un auteur, dont les sages réflexions sur la science et la pratique médicales ne manquent pas d'intérêt même de nos jours, reprochait au médecin de négliger, dans l'étude de l'homme malade, le côté moral de la vie : « Tout entier au physique des fonctions, il [le médecin] ne voit, il n'examine que ces dernières; les divers symptômes qu'elles fournissent dans leur déviation de l'état de santé sont scrupuleusement étudiés, analysés, comparés, évalués pour en tirer des inductions; il n'y a que la tristesse, le désespoir, les serrements de cœur, les anxiétés secrètes si bien nommées par Haller *animi œgritudines* qu'on ne cherche point à connaître. Si le malade meurt, on ouvre le cadavre, on fouille dans ses entrailles, on scrute les organes, les tissus pour en apprécier les lésions; il n'y a pas de petit vaisseau, de membrane, de cavité, de follicule, qui ne soit attentivement examiné; la couleur, le poids, l'épaisseur, le volume, la dégénérescence, rien n'échappe à des yeux et à un esprit véritablement investigateurs. On veut palper, saisir, voir et toucher, puis on conclut dans un sens ou dans un autre. Une seule chose échappe, c'est qu'on ne voit que les effets organiques, et qu'il faudrait remonter plus haut pour en trouver la cause. Ces altérations organiques se manifestent toujours chez l'homme qui a beaucoup senti, beaucoup souffert, qui s'est laissé dominer, dévorer par le souffle des émotions violentes. » (1).

Sans être taxé d'exagération, on peut dire que les reproches formulés par Reveillé-Parise sont aussi mérités par la génération médicale actuelle qu'ils l'étaient par les contemporains de cet auteur. Orientée surtout vers les recherches bactériologiques, la médecine moderne ne s'est pas beaucoup préoccupée de « scruter le cœur humain ». Rien n'est, pourtant, plus certain et plus évident que le rôle pathogène des émotions morales, et lorsque, en parlant d'un homme en proie à un chagrin violent, on dit vulgairement qu' « il se fait du mauvais sang » ou qu' « il se fait de la bile », on exprime, en réalité, une vérité pathologique. On sait, en effet, que les émotions provoquent souvent des troubles des sécrétions et de la nutrition générale; que, sous leur influence, il peut aussi se produire des modifications importantes dans la circulation sanguine, etc.

Mais c'est surtout dans l'étiologie des maladies du système nerveux que les émotions morales jouent un grand rôle, et les anciens auteurs (2) s'en rendaient parfaitement compte. La thèse de Calabre (3), soutenue devant la Faculté de Paris en l'an XII, est, en grande partie, consacrée aux « passions considérées comme causes des maladies nerveuses ».

De nos jours, on attache à ce facteur étiologique moins d'importance et on ne le fait guère intervenir que dans les névroses : « C'est surtout sur les névroses, déclare M. Féré, que les émotions, et en particulier les émotions dépressives, comme le chagrin, la peur, ont une influence étiologique très marquée, tant en provoquant l'apparition initiale des troubles qu'en les exaspérant ou en multipliant leur accès. » (1). La plupart des neuropathologistes s'accordent, en effet, à reconnaître qu'un *shock* nerveux peut jouer le rôle d'agent provocateur de l'hystérie, de l'épilepsie, de la neurasthénie ou de la chorée. Il y a plus : alors même que le malade ne présente aucun symptôme caractéristique de ces affections, le fait seul que les troubles morbides ont éclaté à l'occasion d'une émotion morale suffit généralement pour que l'on fasse entrer ces troubles dans la catégorie des névroses. C'est ainsi qu'un auteur allemand, Berger (2), a publié sous le nom de « névroses émotionnelles » (*Emotions-Neurosen*) la relation de 2 cas de paralysie par frayeur, survenus chez un homme exempt de toute manifestation hystérique, et chez la tante de celui-ci, laquelle, sa paralysie mise à part, ne présentait absolument rien d'anormal du côté du système nerveux, « pas même de nervosisme général ».

Or, même en admettant cette manière de voir en ce qui concerne particulièrement la première observation de Berger, où elle paraît justifiée par la courte durée de la paralysie (une huitaine de jours) et par sa disparition brusque — dans le second cas, les troubles ont, par contre, persisté quatre mois —, il y a lieu de se demander si l'étiquette de *névrose* convient indistinctement à toute affection du système nerveux, provoquée par une émotion morale vive. En d'autres termes, à côté des faits où le shock nerveux constitue le point de départ soit de manifestations relevant de l'hystérie, de la neurasthénie, etc., soit d'accidents qui, sans pouvoir être rattachés à ces états morbides, n'en présentent pas moins les caractères d'une névrose, n'existe-t-il pas des cas où les troubles consécutifs à l'émotion sont sous la dépendance d'une lésion organique du système nerveux?

C'est là un point qui mérite d'être étudié non seulement en raison de son intérêt théorique, mais encore et surtout parce qu'il est de la plus grande importance pour le pronostic de ces troubles d'origine émotionnelle.

II

Il est d'observation courante que, sous l'influence de certains chocs émotionnels, notamment de la peur, il se produit une sorte de paralysie momentanée du mouvement et de la parole. C'est l'effet foudroyant de la terreur, tel que l'a dépeint Virgile : *Obstupui; steteruntque comæ; et vox faucibus hæsit.*

Il s'en faut, pourtant, que cette impotence fonctionnelle soit toujours de nature paralytique. Pour ce qui est notamment des troubles de l'articulation, M. Féré fait remarquer, avec raison, qu'ils peuvent être liés aux émotions à deux périodes différentes : dans la période d'exaltation, ils sont dus à des contractions spasmodiques, tandis que, dans la période de dépression, ils sont sous la dépendance de l'épuisement et constituent alors de véritables paralysies, étant « en quelque sorte le premier degré des paralysies plus complètes qui peuvent se produire dans les mêmes circonstances ».

Quoi qu'il en soit, les troubles d'origine émotionnelle sont loin de se dissiper toujours aussitôt après leur apparition.

Il est d'abord une catégorie de cas où l'émotion morale apparaît comme le point de départ d'une véritable *intoxication psychique*, l'émotion déterminant des phénomènes d'excitation, qui ne tardent pas à être suivis d'une dépression pouvant aller jusqu'à la paralysie. M. Féré (3) en a relaté, sous le nom *d'ivresse émotionnelle*, un curieux exemple, dans l'histoire de ce névropathe, qui, après avoir reçu une lettre lui annonçant qu'il avait obtenu une situation avantageuse qu'il avait cessé d'espérer, fut pris d'une excitation violente, laquelle ne tarda pas à faire place à une dépression non moins marquée, avec phénomènes paralytiques, localisés surtout aux membres inférieurs. La faiblesse des jambes ne diminua que lentement et la marche ne redevint vraiment facile que le cinquième jour.

Mais le choc émotionnel peut aussi être l'origine de désordres beaucoup plus tenaces, voire même de troubles permanents de la motilité. Pour ce qui est, par exemple, de la perte de la parole, M. Fischer (1) a signalé un cas où l'aphasie, occasionnée par une vive frayeur, persista plus de deux mois. Il s'agissait d'un inspecteur de gare, qui, un matin, fut assailli par quatre individus, lesquels, après l'avoir ligotté et bâillonné, le dévalisèrent et s'enfuirent. Peu après, cet homme fut trouvé dans la situation où l'avaient laissé les voleurs : il avait gardé sa connaissance, mais ne pouvait pas proférer une seule parole, tout en étant en mesure de donner par écrit la relation exacte de ce qui s'était passé. Il ne portait aucune lésion traumatique, sauf une légère excoriation de la peau à la joue droite et des traces de strangulation, laissées par la corde que les malfaiteurs lui avaient mise au cou. L'ouïe était absolument intacte. Le patient se plaignait surtout d'une sensation d'oppression de la poitrine, provenant des coups qu'il avait reçus lors de l'attaque, mais cette sensation s'atténua au bout de quelques jours, et seule, l'incapacité absolue de se faire comprendre par la parole persistait à tel point que, deux mois après l'accident, lorsque M. Fischer vit le malade pour la première fois, celui-ci ne répondait à toutes les questions que par des sons inarticulés et incompréhensibles, toujours les mêmes. L'aphasie motrice était complète, et le patient n'arrivait même pas à répéter les mots les plus faciles que l'on prononçait devant lui. Par contre, sa mémoire n'avait nullement souffert et il pouvait écrire tout ce que l'on voulait. Après quinze jours de traitement approprié (bromure de potassium, repos, distractions, etc.), le malade commença à pouvoir redire les mots faciles qu'il entendait, et dès lors il recouvra progressivement la parole; mais il éprouva encore longtemps quelque difficulté à prononcer certains mots.

Bien que la perte de la parole n'eût été, dans ce cas, accompagnée ni de paralysie de la face ou des membres, ni de troubles de l'intelligence, cette aphasie motrice pure, survenue chez un homme de trente-deux ans, vigoureux et bien portant, ne saurait guère être rattachée au mutisme hystérique. Et, du reste, si le début de celui-ci est généralement soudain, se manifestant souvent à la suite d'une émotion vive, sa guérison est habituellement aussi brusque que l'a été son apparition.

Il serait erroné de croire que le fait relaté par M. Fischer fût unique en son genre. L'auteur allemand n'était pas loin, il est vrai, de le penser : « Je ne sais pas, écrivait-il, si l'on connaît des suppressions analogues du pouvoir de la parole consécutives à la peur; seulement, je me souviens d'avoir lu, lors de mes études d'histoire, que le fils de Crésus, en voyant le malheur qui allait frapper son père, recouvra subitement la parole depuis longtemps perdue. Ceci serait donc le contraire de notre cas... Il est dit également que Zacharie, le père du prophète Jean (Evang. selon saint Luc, I) — lorsque, étant, comme sa femme, déjà très avancé en âge, on lui annonça la naissance d'un fils — perdit soudainement la parole, qu'il retrouva tout aussi brusquement, à la grande surprise des assistants, lors de la joyeuse fête, pendant laquelle on donna un nom à l'enfant. »

(1) J.-H. Reveillé-Parise. Etudes de l'homme dans l'état de santé et dans l'état de maladie. T. II, p. 5. Paris, 1845.

(2) Voir notamment : Tissot. Traité des nerfs et de leurs maladies. Paris, 1778.

(3) Calabre. Sur l'influence de l'éducation, des habitudes et des passions dans les maladies nerveuses. (*Thèse de Paris*, an XII.)

(1) Ch. Féré. Pathologie des émotions, p. 268. Paris, 1892.

(2) O. Berger. Zur Lehre von den Emotions-Neurosen. (*Deutsche Zeitsch. f. prakt. Med.*, 22 et 29 sept. 1877.)

Voir également R. Lippe. Zur Casuistik der « Schrecklähmung ». (*Thèse de Breslau*, 1877.)

(3) Ch. Féré. L'ivresse émotionnelle. (*Rev. de méd.*, déc. 1888.)

(1) H. Fischer. Ueber Schreck-Aphasie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 avril 1877.)

Or, en consultant certains ouvrages de médecine, M. Fischer aurait pu trouver des observations d'aphasie émotionnelle autrement probantes que le récit sur Zacharie, et cela d'autant plus que, d'après ce récit, le père du prophète Jean était devenu muet, non par frayeur, mais tout simplement pour n'avoir pas cru aux paroles de l'ange Gabriel, envoyé pour lui « annoncer ces bonnes nouvelles ».

Bouchut (1) dit avoir vu, en 1849, à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service de Rostan, dont il était alors le chef de clinique, une petite fille de onze ans, venant de la province et qui était devenue muette et paralytique des quatre membres à la suite d'une frayeur excessive, causée par une tentative de viol. Pendant deux mois, tout avait été mis en œuvre par les médecins de la localité et des environs, mais sans résultat. En désespoir de cause, le père voulut amener sa fille à Paris. Celle-ci, qui n'entendait parler de Paris et de l'Hôtel-Dieu que dans les termes les plus enthousiastes, arriva à l'hôpital persuadée qu'elle y trouverait sa guérison. Muette et paralytique, le matin, à la visite, elle commença à parler dans la journée. Le lendemain, elle remua les jambes et, le troisième jour, elle marcha dans la salle, complètement guérie.

D'autre part, dès 1856, Todd (2) consacrait, dans ses leçons cliniques sur les affections du système nerveux, un chapitre spécial aux paralysies par émotion (*emotional paralysis*), qu'il avait observées surtout chez les femmes et chez les hommes « hypocondriaques »; le plus souvent, il s'agissait d'une simple perte de la parole, qui habituellement ne durait que quelques jours; d'autres fois, c'était une hémiplégie accompagnée ou non d'aphasie. A l'appui de la description générale de ces paralysies par émotion, Todd relatait l'histoire d'un homme de soixante ans environ, qui, au cours d'une discussion, fut pris d'une violente colère, à la suite de laquelle il perdit complètement la parole; deux ans après, cet homme contracta, dans des circonstances analogues, une hémiplégie gauche avec paralysie de la face.

L'auteur anglais ne croyait pas, il est vrai, pouvoir affirmer que ces paralysies étaient de nature organique, n'ayant jamais eu l'occasion d'examiner *post mortem* le système nerveux d'un sujet atteint d'une paralysie émotionnelle. Il était, du reste, porté à croire que, alors même qu'il existe, en pareille occurrence, quelque lésion, elle doit être « légère et, probablement, analogue par sa nature à celle qui se produit dans les attaques transitoires d'hémiplégie survenant après des accès d'épilepsie ».

Mais si l'illustre clinicien d'Edimbourg, auquel on doit la première description systématique des paralysies par émotion, était tenu, faute de constatations positives, à une certaine réserve lorsqu'il s'agissait de se prononcer sur la nature de ces accidents, nous allons voir qu'il ne saurait plus en être de même à l'heure actuelle. Une enquête que nous avons entreprise à cet égard nous a, en effet, révélé toute une série d'affections, d'origine émotionnelle, du système nerveux, où la nature organique des phénomènes morbides a été confirmée par l'examen anatomo-pathologique.

III

Peu de temps après la publication des leçons de Todd que nous venons de citer, un autre auteur anglais, S. D. Hine (3), faisait connaître un cas remarquable de myélite aiguë à évolution insolite et qui avait été provoquée par un vif ébranlement moral. Une jeune femme de vingt et un ans, au cours du huitième mois de sa seconde grossesse et en parfaite santé, va rendre visite à des personnes habitant à quelque vingt kilomètres de distance. Au lieu de la réception cordiale à laquelle elle s'attendait, elle reçoit l'accueil le plus froid. Bouleversée par cette circonstance inattendue, elle revient chez elle, cinq jours après, et dès lors son entourage remarque qu'elle paraît malade, exténuée de fatigue et énervée; à partir de ce moment, elle commence à présenter des contractions musculaires involontaires généralisées, qui augmentent constamment de fréquence et d'intensité. Elle succombe au bout de quatre jours, et à l'autopsie on trouve une forte hypérémie des méninges médullaires dans toute l'étendue comprise entre la septième vertèbre cervicale et la deuxième lombaire, avec épaississement de l'arachnoïde et présence d'un foyer de ramollissement de la moelle épinière au niveau de la portion moyenne de la région dorsale.

Voilà donc un fait où le choc psychique paraît avoir été l'unique cause de troubles qui, tout en simulant le tableau clinique d'une chorée grave, n'en avaient pas moins pour substratum anatomique une lésion irréparable des centres nerveux.

De toutes les émotions, c'est la peur qui paraît avoir la plus grande influence étiologique sur les affections du système nerveux. Dans son traité des maladies de la moelle épinière, publié il y a plus de trente ans, M. von Leyden (1) mettait bien en relief le rôle de la frayeur dans l'étiologie de certaines myélites, et relatait, à l'appui de ses idées, quelques faits démonstratifs qu'il avait eu l'occasion d'observer à la clinique de Strasbourg, peu de temps après le siège de 1871. On sait que l'artillerie allemande déploya, lors du bombardement de cette ville, une activité extraordinaire, à tel point qu'en fin de compte deux maisons seulement se trouvèrent épargnées; pendant les trente et un jours que dura le siège, 193,722 bombes furent lancées sur la ville, ce qui donnait une moyenne de 6,249 projectiles par jour ou de 260 par heure. Cette canonnade ininterrompue ne pouvait évidemment manquer d'ébranler le système nerveux d'un grand nombre d'habitants, et, de fait, M. Kohts. alors assistant de M. von Leyden, consacra tout un long mémoire à la relation des maladies qui avaient été provoquées par la peur dont avaient été saisis les patients à l'occasion du bombardement (2).

Parmi ces affections, trois se présentaient sous la forme de *paralysies médullaires*.

Un de ces faits a trait à une concierge de cinquante-six ans, qui, en voyant tomber une bombe non loin d'elle, fut prise d'une vive frayeur, à la suite de laquelle elle resta paralysée des membres inférieurs, ne pouvant plus faire un seul pas. Encore que cette femme eût survécu à sa maladie, elle ne s'en était, cependant, jamais bien remise.

Quoi qu'il en soit, en l'absence d'examen anatomique, on peut, à la rigueur, se demander si la paralysie en question était réellement due à une lésion de la moelle. Mais dans les 2 autres cas ce point fut mis hors de doute par la nécropsie.

Dans l'un, il s'agissait d'un homme de trente et un ans, atteint d'une cyphose de la portion supérieure de la colonne thoracique, qui, en marchant dans la rue, vit tomber une bombe tout près de lui, et fut aussitôt paralysé des deux jambes. Auparavant, il n'avait jamais présenté aucun trouble de la marche et n'avait, non plus, éprouvé la moindre faiblesse dans les membres inférieurs. Deux ans plus tard, cet homme ayant succombé à une bronchite aiguë, on pratiqua son autopsie et on trouva, au niveau de la gibbosité, un épaississement des méninges spinales avec constriction de la moelle et signes accentués de dégénérescence ascendante et descendante. Tout en reconnaissant que la déviation de la colonne vertébrale a joué, dans ce cas, le rôle de cause prédisposante ayant facilité l'éclosion du processus organique, M. von Leyden n'en estime pas moins que la frayeur a été l'agent déterminant de la maladie.

La troisième observation a trait à une jeune fille de vingt-trois ans, qui tomba malade à la suite d'une frayeur soudaine, dont elle fut saisie au cours du bombardement de Strasbourg. L'affection débuta par des douleurs au niveau du sacrum et une faiblesse dans les jambes, laquelle ne tarda pas à se transformer en paraplégie très nette avec contractures. La patiente ayant succombé, l'autopsie mit en évidence des foyers multiples de sclérose dans la substance blanche de la moelle.

Quelques années après la publication de son ouvrage sur les maladies de la moelle épinière, M. von Leyden eut l'occasion de revenir sur les myélites d'origine émotionnelle (1), à propos d'un fait non moins probant que les précédents. Une jeune fille de vingt et un ans fut admise à l'hôpital pour une paraplégie que la malade attribuait à un vif ébranlement qu'elle avait éprouvé, quelque temps auparavant, dans les circonstances suivantes : une nuit, elle fut brusquement réveillée par des lueurs d'incendie qui éclairaient sa chambre; croyant que la maison était en flammes, elle sauta, effrayée, à bas de son lit, et reconnut seulement plus tard que le feu était dans l'immeuble voisin. Les premiers phénomènes de frayeur ne tardèrent pas à disparaître, mais au bout de quelques jours on vit se déclarer des symptômes graves d'une myélite, qui, d'abord aiguë, acquit plus tard un caractère chronique et aboutit, dans l'espace de quelques mois, à la mort. La nécropsie ne fit que confirmer le diagnostic de myélite chronique, portant en partie sur la périphérie de la moelle, en partie sur les cordons postérieurs.

Une observation analogue, publiée par M. Brieger sous l'étiquette de *paralysie par frayeur* (2), peut, au premier abord, paraître quelque peu douteuse, en raison des antécédents spécifiques de la malade. C'était une prostituée de vingt-trois ans qui, une nuit, après avoir beaucoup dansé, se heurta, en rentrant sans lumière dans sa chambre, au corps d'un homme ivre. Deux ou trois jours plus tard, elle fut prise d'une paralysie portant principalement sur les extrémités inférieures. Admise à la clinique du professeur Frerichs, elle y succomba au bout de quelques mois, et à l'autopsie on trouva une myélite chronique. On pourrait croire que celle-ci était en rapport avec la vérole que la patiente avait contractée antérieurement, mais il importe de faire remarquer que, au cours de sa maladie, cette jeune femme avait été soumise à un traitement antisyphilitique, sans que la paralysie en fût aucunement influencée.

Nous devons, enfin, rappeler encore deux faits relatés par Peter (3), qui ne sont pas mentionnés dans la communication récente de M. von Leyden à la Société des médecins de la Charité de Berlin (4), et qui méritent d'être retenus, malgré le défaut de contrôle anatomo-pathologique.

(1) E. Bouchut. Nouveaux éléments de pathologie générale, de séméiologie et de diagnostic. 3e éd., p. 112. Paris, 1875.

(2) R. B. Todd. Clinical lectures on paralysis, certain diseases of the brain and other affections of the nervous system, p. 280. Londres, 1856.

(3) S. D. Hine. A case of myelitis, presenting all the symptoms of severe chorea; death of ninth day; autopsy. (*Med. Times and Gaz.*, 5 août 1865.)

(1) E. Leyden. Klinik der Rückenmarks-Krankheiten. Berlin, 1874-1875.

(2) O. Kohts. Ueber den Einfluss des Schreckens beim Bombardement von Strassburg auf die Entstehung von Krankheiten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16, 23 et 30 juin et 7 juillet 1873.)

(1) E. Leyden. Beiträge zur acuten und chronischen Myelitis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1879-1880, I, 1.)

(2) L. Brieger. Beitrag zur Schrecklähmung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1881, II, 1.)

(3) Peter. Du rôle de l'émotion morale dans la pathogénie des maladies du système nerveux. (*Journ. de méd. de Paris*, 4 janv. 1891.)

(4) E. von Leyden. Ein Fall von Schrecklähmung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 fév. 1905.)

Dans le premier, il s'agissait d'un homme de trente ans, qui, ayant été déshérité par un oncle fort riche, en éprouva une émotion tellement profonde qu'il se mit aussitôt à trembler de la main droite, au point de ne pouvoir écrire. Quelques jours plus tard, il tomba sans connaissance; puis, peu de temps après, il eut une seconde attaque, à la suite de laquelle il fut amené à l'hôpital. Là on constata l'existence d'une hémiparésie des muscles de la face du côté droit; les doigts étaient animés de mouvements involontaires et maintenus dans une extension forcée. Les mouvements volontaires effectués par le bras droit étaient semblables à ceux d'un choréique. Lorsqu'on disait au malade de se lever, son bras droit se mettait aussitôt en flexion avec projection en arrière, et le patient manquait de tomber du côté droit (commencement d'hémiplégie). Bref, cet homme présentait de l'hémiathétose, de l'hémichorée et de l'hémiataxie. Il avait, en outre, la parole difficile et embarrassée, non seulement en raison d'une certaine lenteur de l'idéation, mais aussi par suite d'un tremblement de la langue et des lèvres. Ces troubles complexes relevaient, pour Peter, d'une lésion du faisceau pyramidal : « Il faut penser que le chagrin, l'émotion violente que le malade a ressentie et qui a été perçue par les circonvolutions cérébrales, a effectué une migration vers les éléments plus inférieurs du faisceau pyramidal, descendant depuis les cellules nerveuses jusqu'au bulbe lui-même. De cette manière on peut s'expliquer les phénomènes de la déséquilibration (trouble bulbaire), de tremblement de la langue et des lèvres. L'hémiathétose et l'hémichorée sont symptomatiques de lésions matérielles soit de la capsule interne, soit du bulbe, soit du faisceau pyramidal. »

La seconde observation se rapporte à une femme, qui éprouva, un jour, une grande frayeur en trouvant un homme caché dans sa chambre. Elle ressentit aussitôt une violente céphalalgie (congestion des méninges) et saigna du nez (congestion de la carotide, qui irrigue la pituitaire). La céphalalgie persista. De proche en proche, les méninges, le bulbe et la moelle tout entière furent lésés (contractures, douleurs à la pression au niveau du plexus brachial et du rachis, etc.), et bientôt on vit s'établir une paralysie absolue, la malade ne pouvant pas soulever le talon à plus d'un centimètre du plan du lit. Encore que cette femme fût émotive et même hystérique, Peter ne pensait nullement qu'il s'agît, en l'espèce, d'une affection *sine materia* : « Plusieurs caractères permettent de distinguer la paraplégie de cette malade des paraplégies hystériques. Dans la paraplégie hystérique, il y a anesthésie, tandis que la malade présente de l'hyperesthésie; dans la paraplégie hystérique, il y a du ballonnement du ventre, et celui-ci fait défaut chez notre malade. » En définitive, il concluait à une affection mixte, « demi-inflammatoire et demi-nerveuse ».

IV

Les faits que nous venons de passer en revue prouvent que les émotions morales peuvent jouer un rôle étiologique non seulement à l'égard des névroses pures, mais aussi dans les maladies organiques du système nerveux. Sans doute, il est assez difficile, pour le moment, de saisir le mécanisme de cette « transformation de phénomènes psychiques et immatériels en des troubles physiques et matériels et même en des lésions persistantes ». Il nous paraît, toutefois, vraisemblable que les troubles circulatoires engendrés par les émotions, et qui entraînent si souvent des défaillances du cœur (allant parfois jusqu'à la mort subite), interviennent également dans les lésions du système nerveux. Cette hypothèse cadre bien avec l'interprétation des phénomènes morbides, telle que l'a formulée Peter pour sa première observation : « Il est probable que l'émotion a déterminé une hyperémie des cellules cérébrales, qui a persisté, comme l'émotion elle-même, et ce chagrin persistant a de la sorte engendré une véritable phlegmasie, ébauche de périméningo-encéphalite diffuse, expliquant les troubles de l'intelligence. »

Il est, en tout cas, un facteur dont il importe de tenir le plus grand compte et sur le rôle duquel insiste particulièrement M. von Leyden, c'est la *prédisposition*. Des causes psychiques identiques peuvent ne laisser aucune trace sérieuse chez certains sujets, tandis que chez d'autres, prédisposés, elles aboutiront à des lésions organiques, telles qu'une hémorrhagie cérébrale ou une myélite.

Et, de fait, nous retrouvons souvent cette prédisposition morbide dans les antécédents des malades dont nous venons de retracer l'histoire. C'est ainsi que la patiente de Hine avait eu une chorée grave à l'âge de treize ans, la malade de Brieger avait eu la syphilis, celle de Peter était hystérique, etc.

La puberté, surtout chez la femme, semble particulièrement propice à l'éclosion des accidents en question, et M. von Leyden a, depuis longtemps, attiré l'attention sur ces états morbides qui se produisent chez les jeunes filles, à l'époque de la formation ou peu après, et qui parfois se manifestent par des symptômes tellement fugaces et changeants (céphalalgie, faiblesse d'un côté du corps ou d'un bras, parole embarrassée, tremblement, etc.) que l'on est porté à voir des troubles hystériques là où il s'agit, en réalité, des lésions permanentes (1).

Mais ce sont surtout les troubles circulatoires qui créent à cet égard une prédisposition fâcheuse, la fragilité des vaisseaux favorisant des ruptures et des hémorrhagies à la suite de l'hyperémie et de l'hypertension initiales, déterminées par le choc émotionnel. Il en fut probablement ainsi chez le malade de Peter, qui était atteint d'athérome et dont l'examen clinique permettait de conclure à l'existence d'un foyer hémorrhagique dans la moelle au niveau de la deuxième et de la troisième vertèbre cervicale.

Quoi qu'il en soit du mécanisme pathogénique de ces affections organiques d'origine émotionnelle, il importe, au point de vue pratique, de ne pas perdre de vue qu'un choc psychique est susceptible de déterminer une lésion anatomique des centres nerveux, au même titre qu'il peut favoriser l'éclosion de l'épilepsie, de l'hystérie ou de toute autre névrose. Faute d'avoir cette notion présente à l'esprit, le médecin s'exposerait à de graves mécomptes, croyant avoir affaire à des troubles essentiellement passagers, alors que le pronostic est, en réalité, des plus graves.

Sans doute, il est des paralysies par frayeur qui ne relèvent que d'une simple impotence fonctionnelle et qui, tout comme des paralysies hystériques, guérissent rapidement sous l'influence de la psychothérapie. Le fait récent de M. von Leyden (2), que nous avons déjà mentionné, appartient précisément à cette catégorie. Mais, pour peu que l'on se souvienne des cas où les phénomènes morbides provoqués par l'émotion ont pris une tout autre évolution, on se montrera toujours plus ou moins réservé quant au pronostic.

Il importe aussi de se rappeler que les troubles de la motilité ne se manifestent pas toujours aussitôt après la secousse émotionnelle. Dans un fait de M. von Leyden, dans celui de M. Brieger, chez le malade de Peter, il s'écoula plusieurs jours entre le choc psychique et l'apparition des phénomènes paralytiques. M. Féré insiste également sur cette analogie entre les conséquences du choc émotionnel et celles du choc traumatique : « ... de même qu'à la suite du choc traumatique les phénomènes paralytiques se montrent souvent à longue échéance, de même dans les chocs moraux il est exceptionnel que les troubles apparaissent brusquement ». C'est là une raison de plus pour éviter de porter hâtivement un pronostic favorable, qui risquerait fort d'être démenti par les événements ultérieurs.

D[r] L. CHEINISSE (de Paris).

(1) E. LEYDEN. Beiträge zur acuten und chronischen Myelitis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1879-1880, I, 1, p. 6.)

(2) E. VON LEYDEN. Ein Fall von Schrecklähmung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 fév. 1905.)

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Étude d'une variété d'infection intestinale chez le nourrisson, par M. H. TISSIER.

Du groupe des gastro-entérites du nourrisson, à étiologie encore si confuse, l'auteur s'efforce de séparer une forme spéciale par ses symptômes, sa marche, son traitement, et surtout par sa caractéristique bactériologique.

Il s'agit d'une infection par une espèce anaérobie stricte, le *Bacillus perfringens*, dont l'action pathogène, en injection sous-cutanée ou intraveineuse, est bien établie. Hôte habituel de l'intestin de l'adulte, on ne le rencontrerait pas normalement chez le nourrisson, sauf dans les tout premiers jours de la vie, avant l'expulsion définitive du méconium et l'apparition des selles « jaune d'or » classiques. L'infection intestinale qui, d'après M. Tissier, lui serait imputable, se traduit par une diarrhée verdâtre, abondante, spumeuse, « en mousse de bière », avec arrêt de l'accroissement du poids, inappétence, agitation, etc. Bénigne chez l'enfant nourri au sein — encore qu'elle ne cède guère qu'au bout d'un ou deux mois —, elle aurait au contraire une gravité considérable chez l'enfant élevé au biberon, qui peut y succomber, parfois même en un très court délai (une semaine). Elle frappe surtout les enfants au-dessous d'un an, et se montre d'autant plus redoutable, toutes choses égales d'ailleurs, que le petit malade est plus jeune.

L'étude bactériologique des selles, dans cette forme de gastro-entérite, fournit des résultats bien particuliers : la première modification que l'on y constate est la disparition du *Bacillus bifidus*, qui forme à l'état normal le fond de la flore intestinale du nourrisson; puis apparaît la modification diarrhéique habituelle, caractérisée par la pullulation des anaérobies facultatifs, coccobacilles et diplocoques; enfin on trouve un grand nombre d'espèces anormales, dont 2 seulement ont été isolées dans tous les cas par l'auteur, à savoir le *Bacillus perfringens* et le bacille III de Rodella. Or, ce dernier est dénué de tout pouvoir pathogène, et, d'autre part, deux faits mettent en lumière le rôle du premier : chez un chat nouveau-né, M. Tissier a pu reproduire des accidents fort voisins de ceux qu'il étudie chez le nourrisson — et rapidement mortels — par l'ingestion d'une culture pure du microbe en question; en outre, une femme dont l'enfant était bien portant ayant donné le sein à une fillette atteinte de cette forme de gastro-entérite, son propre nourrisson ne tarda pas à présenter la même affection, comme si la contamination s'était faite par l'intermédiaire du mamelon de la nourrice.

Ce sont les conditions biologiques même du *Bacillus perfringens*, microorganisme à fonction protéolytique, qui commandent le traitement à opposer à la maladie, contre laquelle diète hydrique, entéroclysmes, calomel à doses massives ou réfractées se montrent impuissants sinon nuisibles. En premier lieu, il convient de modifier le chimisme de l'intestin, en restreignant les albuminoïdes au profit des hydrates de carbone : pour cela, si l'enfant est élevé au sein, on tâchera d'agir sur la sécrétion lactée de la nourrice par une alimentation appropriée (régime végétarien, augmentation du sucre et des graisses ingérées) et l'on fera prendre au petit malade, avant chaque tétée, une cuillerée à bouche d'une solution stérilisée de lactose à 10 % ; s'il est nourri au biberon,

on supprimera le lait de vache et on le remplacera par des substances hydrocarbonées (glucose, saccharose, lactose, amidon). En second lieu, on opposera au *Bacillus perfringens* telle bactérie qui, inoffensive par elle-même comme par ses sécrétions et ses produits de fermentation, soit à même, en tant que ferment peptolytique, de nuire au développement du premier; à ce titre, c'est le *Bacillus acidi paralactici* de Kosaï que M. Tissier préconise; il l'a administré avec succès à ses petits malades à la dose quotidienne de une ou deux cuillerées à café de culture pure, ayant séjourné cinq ou six jours à l'étuve à 37°. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai 1905.) — F. F.

Contribution à l'étude du traitement chirurgical des kystes hydatiques de l'abdomen, par M. Mabit.

La méthode employée par l'auteur consiste à abandonner purement et simplement la membrane adventice dans la cavité abdominale, après en avoir réséqué la plus grande partie possible, et à fermer l'abdomen sans drainage; M. Mabit a traité de la sorte 18 malades et n'a eu à enregistrer qu'un échec partiel, qui d'ailleurs aurait pu être facilement évité.

Pour appliquer ce procédé, il faut d'abord que le contenu du kyste soit constitué par l'« eau de roche » classique, que la vésicule mère se laisse enlever facilement et qu'on puisse débarrasser aisément la cavité adventice du magma caséeux qu'on y rencontre parfois; en un mot, il est indispensable que la partie du kyste abandonnée dans l'abdomen soit absolument *nette*. En outre, il importe que l'on ait affaire à un kyste *émergeant*, dont une assez grande partie soit libre dans l'abdomen, ou à un kyste *flottant* dans l'épiploon ou le mésentère, d'où il sera toujours possible de l'énucléer suffisamment. En résumé, la portion kystique abandonnée dans la cavité péritonéale ne doit, en aucun cas, constituer une poche dans laquelle une stagnation quelconque puisse se produire: il faut qu'elle forme un lambeau plus ou moins vaste, dont la surface soit, pour ainsi dire, continuellement lavée par les sécrétions défensives du péritoine.

La technique de l'opération est très simple. L'incision est pratiquée sur le point culminant de la tumeur, quand il est apparent; sur la ligne médiane, dans le cas contraire. Le kyste est ponctionné, et, lorsque la plus grande partie du liquide s'est écoulée, on attire la poche au dehors et on l'ouvre largement. Après irrigation de la cavité kystique à l'aide d'un jet assez fort d'eau boriquée, de façon à débarrasser la poche des débris de membrane ou des petites vésicules filles qui pourraient encore s'y trouver, on assèche complètement, à l'aide de compresses, la surface interne du kyste, en s'assurant qu'elle ne présente ni fistule biliaire, ni point saignant. On détache ensuite, s'il y a lieu, les adhérences les moins résistantes pour extérioriser le kyste le plus possible et on résèque finalement tout ce qui est flottant, c'est-à-dire tout ce qui est libre d'adhérences solides ou n'est pas inclus dans le parenchyme d'un organe. Enfin on abandonne le reste de la membrane adventice dans la cavité péritonéale et on ferme l'abdomen par trois plans de suture.

Au point de vue de la topographie du kyste, les 18 observations de M. Mabit se répartissent ainsi : lobe hépatique droit, 8; lobe gauche, 3; rate, 2; épiploon, 3; mésentère, 2.

Pour les kystes du foie, l'auteur n'hésite pas à réséquer les portions de membrane recouvertes de tissu hépatique, quand l'épaisseur de celui-ci ne dépasse pas 2 ou 3 millimètres; le thermocautère et la compression ont facilement raison de la petite hémorrhagie qui se produit.

Chez un malade seulement la suppuration s'est produite, et il a fallu pratiquer ultérieurement la marsupialisation. Il s'agissait d'un cas où l'on n'avait pu faire aucune résection, à cause de l'épaisseur assez considérable de tissu hépatique qui recouvrait la membrane adventice, et, le kyste abandonné à lui-même, les lèvres de l'incision, rapprochées par le retrait du foie, s'étaient soudées l'une à l'autre; de cette façon l'opérateur avait créé une poche fermée dans laquelle les quelques germes qui pouvaient rester à la surface interne du kyste pullulèrent facilement.

Sur ses 18 opérés, M. Mabit en a perdu 9 de vue; 4 ont été examinés par lui tout récemment; les 5 autres lui ont donné de leur santé des nouvelles satisfaisantes, de sept mois à cinq ans après l'intervention. (*Rev. de chir.*, mai 1905.) — M. C.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

La radiothérapie associée à l'excision du goitre dans la maladie de Basedow, par M. C. Beck.

Ayant eu maintes fois l'occasion de constater que les rayons de Röntgen exercent une influence salutaire sur les néoplasmes du système vasculaire, M. Beck a eu l'idée d'expérimenter la radiothérapie contre la maladie de Basedow, dans laquelle la vascularisation excessive joue, comme on sait, un grand rôle. Toutefois, pour que la métamorphose de l'appareil vasculaire déterminée par l'action des rayons de Röntgen fût plus radicale, l'auteur jugea utile d'appliquer la radiothérapie après extirpation d'un lobe de la glande thyroïde.

Il procéda de la sorte chez deux jeunes femmes atteintes de goitre exophtalmique et qui avaient subi, respectivement dix-huit mois et treize mois auparavant, l'excision d'une moitié du corps thyroïde, cette intervention ayant amené une amélioration, mais non la guérison. Or, dès les premières séances d'exposition aux rayons de Röntgen, on fut à même de constater une diminution frappante de la nervosité et de la tachycardie.

Le résultat fut encore plus surprenant dans un troisième cas, où le traitement en question fut mis en œuvre aussitôt après la cicatrisation complète de la plaie, comme M. Beck le pratique habituellement à la suite de l'extirpation des tumeurs malignes. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-quatre ans, atteinte d'un goitre gros comme un poing, avec exophtalmie bilatérale intense, dyspnée, signes de von Gräfe et de Stellwag très marqués et tachycardie accentuée, la fréquence du pouls oscillant d'ordinaire entre 160 et 180 pulsations à la minute et ne descendant pas au-dessous de 150, même à l'état de repos absolu. L'auteur commença par extirper la moitié droite de la glande thyroïde hyperplasiée; puis, au bout d'une semaine, la plaie étant cicatrisée et l'état de la malade n'étant nullement amélioré, on eut recours à la radiothérapie. Le premier jour, on exposa la région antérieure du cou à l'action des rayons pendant cinq minutes seulement; le lendemain, la durée de la séance fut de dix minutes. Déjà après cette seconde séance, on fut à même de remarquer une amélioration de l'état général de la patiente : le pouls était tombé à 120 pulsations à la minute, les palpitations cardiaques et la dyspnée avaient disparu. Au sixième jour, la malade accusant une légère sensation de chaleur au niveau du champ opératoire, on suspendit temporairement la radiothérapie. Une semaine plus tard, le pouls ne battait plus que 80 fois à la minute, l'exophtalmie avait presque complètement disparu et l'état général était excellent. Depuis lors, on soumit cette jeune femme, tous les huit jours, à une séance radiothérapique de cinq minutes, sans enregistrer la moindre réaction apparente. La patiente fut revue cinq mois après l'intervention chirurgicale: on ne parvenait plus à percevoir chez elle aucune trace de la moitié du corps thyroïde qui avait été laissée en place; quant à l'exophtalmie et à la tachycardie, elles avaient tout à fait disparu.

Sans vouloir attribuer à ce fait isolé une portée générale, M. Beck estime, cependant, que le résultat obtenu chez cette femme est assez remarquable pour que la radiothérapie de la maladie de Basedow mérite d'être expérimentée à nouveau.

Pour sa part, l'auteur croit tout indiqué, dans les formes légères de goitre exophtalmique, d'associer au traitement général l'emploi énergique des rayons de Röntgen. Dans les cas plus sévères, il convient d'abord de pratiquer l'extirpation d'une moitié de la glande thyroïde pour procéder à la radiothérapie aussitôt que la plaie est cicatrisée. En présence de phénomènes très graves, on peut recourir aux rayons de Röntgen avant d'intervenir chirurgicalement, mais il importe de ne pas perdre de vue que, par suite de la métamorphose vasculaire, cette manière de faire augmente le danger d'hémorrhagie lors de l'extirpation du goitre. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 mai 1905.) — L. CH.

Des indications et de l'exécution de l'opération césarienne, par M. H. Dauber.

Les progrès accomplis dans la technique de l'opération césarienne nous engagent à résumer les résultats obtenus à la clinique de Wurtzbourg, par M. le professeur Hofmeier, résultats que l'auteur fait connaître dans ce mémoire.

Sur les 30 malades opérées à cette clinique, 26 le furent pour dystocie pelvienne (15 bassins rachitiques, 10 bassins ostéomalaciques, 1 bassin de Nägele), 3 pour des myomes enclavés dans le petit bassin et 1 pour éclampsie grave. Chez toutes les femmes ostéomalaciques, on fit en même temps la castration double; chez les autres, on recourut, suivant les circonstances, soit à l'opération de Porro, soit à l'hystérectomie supravaginale, la première étant réservée aux cas — les moins nombreux — où le moignon utérin paraissait infecté.

Au point de vue du manuel opératoire, on conseille d'habitude d'inciser la paroi abdominale assez haut, afin de se mettre à l'abri des éventrations. Mais c'est là, semble-t-il, une précaution inutile, car, chez les 30 opérées en question, bien qu'on ait pratiqué la laparotomie basse, il ne se produisit aucune hernie de la cicatrice, et, d'autre part, ce dernier mode d'incision a l'avantage de faciliter la luxation de l'utérus en avant, et permet ainsi d'opérer le plus souvent en dehors de la cavité abdominale. Cette luxation n'est pas cependant toujours possible, à moins de donner à l'ouverture abdominale des dimensions exagérées, et, dans 6 cas, il fallut inciser l'utérus *in situ;* il n'y eut pourtant pas d'accident, bien que cette manière de faire expose à la souillure de la séreuse par le liquide amniotique.

En ce qui concerne l'hystérotomie, on recourut 9 fois à l'incision transversale du fond de l'utérus. A vrai dire, ce genre d'incision ne parut ni diminuer l'abondance de l'hémorrhagie — dans 1 cas cependant celle-ci fut très faible —, ni exposer moins à rencontrer le placenta, puisque ce dernier se trouva inséré 7 fois sur le fond de l'utérus ou à son voisinage immédiat. Les principaux avantages que l'on a attribués à l'incision transversale du fond par rapport à l'incision médiane longitudinale sont donc discutables.

La suture de l'utérus doit être exécutée avec le plus grand soin, afin de prévenir les ruptures ultérieures. Dans ce but, on fera un premier plan de sutures profondes séro-musculaires, en ayant soin que les fils ne pénètrent pas dans la caduque ou la cavité utérine; ces sutures ne seront nouées qu'après l'application d'un second plan de sutures séro-musculaires plus superficielles. Le tout est recouvert d'un surjet séro-séreux.

Comme complication spéciale de l'opération césarienne, on a signalé les hémorrhagies par inertie : sur 30 cas, elles ne se produisirent pourtant que 7 fois, et sans grande abondance. Il est vrai qu'avant l'opération toutes les malades recevaient deux injections sous-cutanées d'ergotine. Si malgré cette précaution l'hémorrhagie survient, on la combat par le massage de l'utérus et par l'attouchement de la cavité utérine avec des compresses imbibées d'une solution très chaude.

En ce qui concerne les enfants, les résultats de cette série opératoire furent très satisfaisants, puisque 25 enfants demeurèrent vivants. Pour les mères, il se produisit 4 décès : un d'eux étant dû à l'éclampsie, la mortalité opératoire fut de 10 %; elle s'abaisserait encore — à 8.3 % dans la présente statistique — si l'on pouvait ne jamais opérer que des femmes non encore infectées. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 2.) — R. DE B.

De l'étiologie et de la pathogénie de l'angine de Plaut-Vincent, de la stomacace, de la stomatite gangreneuse idiopathique, du noma, de la stomatite mercurielle gangreneuse et de la gangrène pulmonaire, par M. S. Róna.

Comme suite à ses études sur l'ulcère gangreneux des organes génitaux, la diphtérie des plaies et la gangrène d'hôpital des anciens, l'auteur a étendu ses recherches aux diverses affections mentionnées dans le titre de ce travail. A son avis, la lésion des organes génitaux désignée autrefois sous les noms de chancre gangreneux, diphtéritique ou phagédénique n'a rien de commun avec le chancre mou ou ulcère de Ducrey : elle constitue une maladie infectieuse locale à part, dont la marche typique conduit à une gangrène étendue. On trouve presque régulièrement dans les tissus nécrosés superficiels du foyer infectieux un spirille et un bacille de 3 à 4 μ de long sur 0 μ 4 de large; dans la profondeur des tissus affectés on n'observe que ce dernier. Il arrive parfois que des principes toxiques émanant du foyer infectieux pénètrent dans le sang et provoquent des symptômes d'intoxication générale.

Or, à côté de ces affections génitales, il existe d'autres formes de nécrose et de gangrène consécutives à une infection venant du dehors, lesquelles, tant par leurs caractères cliniques que par leur flore bactérienne typique, se distinguent de tout autre processus inflammatoire et correspondent très exactement à ce que les anciens auteurs appelaient diphtérie des plaies et gangrène d'hôpital; et le processus local serait ici identique à celui des lésions génitales dont il vient d'être question : les bacilles qu'on y rencontre sont également les mêmes, avec cette seule légère différence qu'ils sont généralement un peu plus grands.

En ce qui concerne maintenant l'angine de Vincent, la stomatite ulcéreuse et gangreneuse, le noma, toutes ces affections, d'après M. Róna, doivent, à l'heure actuelle, être considérées comme une seule et même maladie ne présentant que quelques variantes d'intensité et de tendance à s'étendre plus ou moins : ce qui le prouve, c'est leur commune localisation, ainsi que l'identité de leurs caractères cliniques, anatomo-pathologiques, morphologiques et bactériologiques; ces affections sont toujours le résultat d'une infection d'origine externe dépendant elle-même d'une prédisposition locale consécutive à diverses influences déprimantes et affaiblissantes. Dans tous ces cas, on constate aussi la présence d'un spirille et d'un bacille fusiforme qu'il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de différencier des spirilles et bacilles décrits par M. Vincent et considérés par cet auteur comme caractéristiques de la gangrène nosocomiale.

Quant à la stomatite ulcéreuse et gangreneuse d'origine mercurielle, elle ne se distingue des précédentes que par le seul fait qu'ici la faiblesse générale, la prédisposition locale, la diminution de vitalité et de résistance des tissus sont le résultat de l'usage du mercure : les formes bacillaires que l'on y trouve régulièrement sont identiques à celles que l'on rencontre, d'une part, dans les affections précédentes et à celles que l'on observe, d'autre part, dans toute cavité buccale peu soignée, et qui ont déjà été décrites en 1883 par M. Miller.

L'auteur est disposé à admettre que, dans toutes ces lésions, la salive sert de véhicule à l'élément infectieux; il reconnait, toutefois, que ses conclusions demandent encore à être confirmées par des essais de culture des bacilles incriminés et par des expériences d'inoculation sur les animaux. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIV, 2-3.) — s. k.

Examen anatomique d'une môle hydatiforme au début, par M. A. Stoffel.

L'auteur rend compte des observations qu'il a eu l'occasion de faire sur une môle hydatiforme d'un âge relativement très peu avancé.

Une jeune femme qui, lors de ses premières couches, avait dû subir la délivrance artificielle en raison d'adhérences placentaires, se trouvait enceinte tout au plus de deux mois, quand il fallut lui faire un curettage pour des hémorrhagies persistantes que l'on croyait dues à un avortement. Au cours de cette intervention, on ramena une petite môle creuse, profonde de 4 centimètres, et dont la surface était couverte d'un semis de nodules dont les plus gros atteignaient le volume d'un pois.

Au point de vue histologique, le fait le plus saillant était la grande puissance d'accroissement présentée par les franges choriales, et dont témoignaient leur nombre, leur volume, l'accumulation de leurs éléments cellulaires et leur force de pénétration aussi bien du côté des tissus maternels que des enveloppes fœtales. Le processus de dégénérescence ayant abouti à la constitution de ce produit pathologique était non moins marqué et se traduisait par l'aspect trouble, la tuméfaction hydropique ou la vacuolisation des protoplasmas cellulaires et quelquefois par leur transformation en filaments fibrineux.

Les fragments de muqueuse retirés par le curettage présentaient, pour leur part, des altérations intéressantes au point de vue de la genèse des môles. En plus des caractères habituels à toute caduque, on observait sur cette muqueuse une accumulation colossale de leucocytes et une augmentation de l'épaisseur des travées conjonctives, phénomènes qui semblaient indiquer l'existence d'un processus inflammatoire. On remarquait, en outre, la présence d'un grand nombre de diplocoques en chaînettes : la plupart étaient agglomérés en foyers, mais certains se rencontraient aussi dans les cellules déciduales ou même dans l'intérieur des vaisseaux. Leurs caractères morphologiques et leur situation dans les tissus empêchant de les confondre avec de simples saprophytes, M. Stoffel pense qu'il ne pouvait s'agir que de streptocoques.

Selon toute apparence, cette môle devait donc son origine à une endométrite. Pareille hypothèse pathogénique a déjà été émise pour d'autres cas, mais, sauf dans un fait où l'on a rencontré quelques microbes, jamais encore cette théorie n'avait pu s'appuyer sur des constatations histologiques et bactériologiques positives. Le peu de fréquence des microbes dans les tumeurs de ce genre ne saurait être invoquée contre elle : il est possible, en effet, que les germes disparaissent des môles d'un âge un peu avancé, comme le sont la plupart de celles qu'on recueille. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai 1905.) — r. de b.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Une opération pour la cure de l'hygroma chronique et, en particulier, de l'hygroma prérotulien, par M. Ph. Hoffmann.

Depuis plus de neuf ans, l'auteur traite l'hygroma prérotulien par un procédé qui, tout en étant beaucoup plus simple que les opérations d'excision ou de curettage auxquelles on a habituellement recours, donnerait des résultats très satisfaisants.

L'intervention préconisée par M. Hoffmann consiste à ponctionner la bourse séreuse, à scarifier ses parois, à exprimer son contenu liquide et à maintenir ensuite en contact les parois de la poche jusqu'à ce que leurs surfaces cruentées soient réunies, de manière à oblitérer la cavité.

A cet effet, on enfonce, à la base de la bourse séreuse distendue, un long ténotome ou un scarificateur *ad hoc* et, après avoir pratiqué sur la surface interne de l'hygroma une série de petites incisions, on retire l'instrument et on évacue l'épanchement à travers l'étroite plaie cutanée. Cela fait, on applique sur la bourse un épais et large coussinet de gaze, que l'on fixe avec des bandes d'emplâtre adhésif enveloppant complètement le membre : elles commencent à 5 centimètres environ au-dessus du bord supérieur de la bourse et s'étendent à la même distance au-dessous de son bord inférieur. On complète par un pansement approprié. Il va de soi que l'on doit placer un tampon de coton dans le creux poplité de façon à protéger les tendons saillants de cette région, ainsi que la peau sus-jacente, contre les effets de la pression. Les surfaces cruentées sont maintenues en contact jusqu'à ce que leur réunion soit complète, ce qui nécessite une quinzaine de jours. Les bandelettes adhésives doivent être renouvelées ou renforcées aussitôt qu'on les sent relâchées et, en règle générale, tous les deux ou trois jours.

La ponction cutanée mise à part, l'opération est à peu près indolore et ne nécessite pas d'anesthésie; le revêtement interne de la bourse séreuse est, en effet, relativement peu sensible, et la scarification ne provoque pas beaucoup de douleur, à la condition que le tranchant de l'instrument n'appuie pas trop fort contre le bord de la plaie cutanée. Après l'intervention, le patient n'a besoin ni de garder le lit, ni de se servir de béquilles. Il peut même se livrer aussitôt à n'importe quelle occupation, pourvu qu'elle ne nécessite pas l'acte de s'agenouiller.

Au cours de ces neuf dernières années, l'auteur a eu l'occasion d'opérer par le procédé en question 104 cas d'hygroma chronique prérotulien : chez 2 malades, l'intervention a dû être répétée deux fois, et chez 4, trois fois, tandis que, dans les 98 autres cas, elle fut d'emblée couronnée de succès.

M. Hoffmann a fréquemment eu recours à la même opération dans les cas d'hygroma des bourses poplitées, mais sans obtenir de résultats aussi constants que pour l'hygroma prérotulien, ce dernier, grâce au plan résistant constitué par la rotule, se prêtant à la compression beaucoup plus facilement que les bourses situées dans la profondeur du creux poplité. (*New York Med. Journ.*, 6 mai 1905.) — l. ch.

Sarcomes de l'utérus et remarques sur la radiothérapie de cette affection, par M. H. Grad.

La radiothérapie ne semble pas avoir grande influence sur les tumeurs cancéreuses. Cependant, à l'égard du sarcome, elle est peut-être plus efficace (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 30); tout au moins, à en juger d'après l'observation relatée dans le présent travail, elle pourrait servir de premier temps à une opération dirigée contre des tumeurs de ce genre, primitivement inopérables.

Une femme de quarante-trois ans avait depuis six mois des pertes sanguinolentes et des douleurs pelviennes. On reconnut à ce moment chez elle la présence d'une petite tumeur polypoïde qu'on crut être la cause des métrorrhagies et que l'on enleva. Mais cette opération n'amena pas d'amélioration et l'état de la malade s'aggrava. Un nouvel examen, fait six mois plus tard, montra le vagin induré, le col ulcéré et détruit, le fond de l'utérus élevé, et ne pouvant être délimité avec certitude, en raison sans doute de la présence d'adhérences, enfin le petit bassin rempli par une tumeur fixe et dure. On porta le diagnostic de cancer inopérable et, à tout hasard, on recourut à la radiothérapie, appliquée par l'abdomen, le périnée et le vagin. Au bout de trois semaines, on fut assez surpris de constater que, sans avoir disparu, la tumeur avait diminué de volume, qu'elle était mobile, que les tissus environnants étaient redevenus souples et que le col paraissait recouvert de granulations de bon aloi. D'autre part, la radiothérapie ayant dû être interrompue pour cause de dermite, le moment parut favorable pour une hystérectomie. L'opération fut assez laborieuse, en raison des adhérences et de la friabilité de la tumeur; toutefois, elle put être menée à bien et la malade guérit. Pour faciliter la cicatrisation de la plaie vaginale, on pratiqua encore quelques séances de radiothérapie et, au bout de deux mois, cette femme quitta l'hôpital en bon état de santé, avec une cicatrice vaginale souple.

Dix mois plus tard, il se fit une récidive rectale qui, cette fois, fut traitée sans succès par les rayons de Röntgen et le radium, et, deux ans après l'opération, on apprit que la malade avait succombé à un « cancer du rectum ». L'examen microscopique de l'utérus enlevé avait cependant démontré qu'il ne s'agissait pas d'un cancer, mais bien d'un sarcome. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai 1905.) — r. de b.

Un cas d'urticaire menstruelle,
par M. D. M. Miller.

On a maintes fois signalé des éruptions érythémateuses survenant pendant les règles, mais les cas d'urticaire vraie associée à la menstruation paraissent assez rares. Aussi nous semble-t-il intéressant de résumer ici l'observation publiée par M. Miller.

Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans, qui commença à être réglée à l'âge de douze ans. D'abord irrégulière, la menstruation est, depuis deux ans, devenue normale, revenant toutes les quatre semaines et ayant une durée de trois ou quatre jours. Depuis que les périodes menstruelles ont acquis ce caractère de régularité, elles sont toujours précédées d'une atteinte d'urticaire. Celle-ci se montre sept ou huit jours avant l'époque pour disparaître d'ordinaire quatre ou cinq jours plus tard. Parfois, cependant, l'éruption persiste jusqu'au moment où s'établit le flux menstruel, voire même pendant le premier ou les deux premiers jours des règles. Dans l'intervalle, la jeune fille reste complètement indemne de toute éruption.

Il y a huit mois, sous l'influence d'un changement de résidence, la patiente a vu ses règles manquer deux fois, et pendant ces deux mois elle n'a présenté aucune éruption, ce qui prouve que l'affection cutanée en question est bien sous la dépendance de la menstruation.

L'urticaire revêt, chez cette malade, le type ordinaire et s'accompagne d'une sensation de brûlure avec démangeaison. Limitée habituellement à la peau, elle intéresse parfois la muqueuse buccale, mais jamais on n'a noté ni douleurs abdominales, ni aucun autre phénomène susceptible de faire soupçonner la participation de la muqueuse de l'intestin ou d'un autre viscère au processus morbide.

Ajoutons que, la dermatose mise à part, cette jeune fille est tout à fait bien portante, encore que d'un tempérament nerveux. Ni ses sœurs, ni sa mère, ni aucun membre féminin de sa famille, pas plus du côté maternel que du côté paternel, ne présentent rien de semblable à l'urticaire en question. (*Med. Record*, 13 mai 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS ITALIENNES

La côlonoplication comme moyen de traitement des côlonectasies essentielles totales ou partielles; la première côlonoplication effectuée dans un cas de mégalocôlon, par M. P. Bastianelli.

On sait que, dans la dilatation idiopathique ou congénitale du côlon (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 369-371), le traitement médical est loin d'être toujours couronné de succès, de sorte que l'on se voit assez souvent obligé d'intervenir chirurgicalement, en ayant recours soit à une opération palliative (colostomie, entéro-anastomose, colopexie), soit à la résection intestinale. Celle-ci doit évidemment être considérée comme l'opération de choix, mais elle n'est applicable qu'aux ectasies partielles du côlon; de plus, elle constitue une intervention qui n'est pas exempte d'une certaine gravité, surtout lorsqu'elle doit porter sur un segment plus ou moins long du côlon. En présence de cet état de choses et des analogies qui existent, au point de vue anatomique et fonctionnel, entre l'estomac et le gros intestin, M. Parlavecchio s'est demandé s'il ne conviendrait pas de traiter la côlonectasie par une opération conservatrice similaire à celle que l'on pratique avec succès contre la dilatation de l'estomac et qui est connue sous le nom de gastroplication. Les recherches expérimentales qu'il a instituées à cet égard ayant donné des résultats encourageants, M. Bastianelli n'hésita pas, à son tour, à essayer la « côlonoplication » sur l'homme.

Le malade chez lequel l'auteur effectua cette opération était un garçon de quatorze ans, qui, à l'âge de quatre ans, avait commencé à présenter les symptômes d'une dilatation du côlon. Les troubles morbides allèrent toujours en s'accentuant et entraînèrent à la longue des phénomènes de cachexie, qui semblaient imposer une intervention chirurgicale. Après avoir pratiqué une incision de 16 centimètres de long, commençant à deux doigts au-dessus de l'ombilic et allant vers le pubis, M. Bastianelli explora méthodiquement l'abdomen et, ayant constaté que le stercorome renfermé dans la partie ectasiée du côlon pourrait gêner l'opération de réduction du calibre de l'intestin, il procéda préalablement à une côlotomie. Le côlon une fois attiré au dehors et débarrassé des matières fécales, on sutura la plaie intestinale, profitant de cette entérorraphie pour commencer la côlonoplication : une première série de sutures (à quatre plans) réduisit la superficie du côlon de 12 centimètres. On fit, en outre, trois autres plis sur une longueur d'environ 40 centimètres, de sorte que finalement le côlon transverse et le côlon descendant — qui, à l'ouverture de l'abdomen, se présentaient sous la forme de deux volumineuses tumeurs figurant assez bien, suivant la comparaison classique de Walker, une cuisse et une jambe fléchie — étaient considérablement réduits dans toute leur étendue, leur diamètre ne dépassant guère celui de l'avant-bras d'un adulte. Aussi fut-il très facile de faire réintégrer au côlon sa place dans l'abdomen. Les suites opératoires ne présentèrent absolument rien d'anormal, et, au bout de vingt jours, les fonctions intestinales se trouvèrent rétablies si bien que l'opéré eut, dès lors, tous les matins, une selle régulière et spontanée, sans la moindre douleur. En même temps, le volume de l'abdomen redevint normal et l'état général ne tarda pas à s'améliorer.

En présence de ce résultat, M. Bastianelli estime que l'intervention dont il s'agit constitue le traitement de choix de la dilatation du côlon, car, tout en remédiant radicalement à la lésion primitive, elle présente, sur l'exérèse de l'intestin ectasié, l'avantage d'être une opération conservatrice et applicable tant aux dilatations totales qu'aux ectasies partielles du côlon. Elle est, de plus, facile à mettre en pratique, et cela alors même qu'elle se complique, comme dans le cas que nous venons de relater, d'une côlotomie avec côlorraphie. Il y a mieux : ces deux interventions préalables ne sont pas sans faciliter l'acte opératoire, à tel point que l'auteur se demande s'il ne conviendrait pas d'ériger systématiquement la côlotomie évacuatrice en temps préliminaire de la côlonoplication. (*Policlinico*, 14 mai 1905.) — L. CH.

Sur un procédé de délimitation de l'estomac,
par M. G. Curlo.

Le procédé décrit par M. Curlo est basé sur l'emploi de la percussion auscultée, qui, depuis quelques années, est, comme on le sait, assez souvent utilisée en vue de délimiter les organes internes.

Voici quel est le *modus faciendi* adopté par l'auteur :

On commence par distendre modérément l'estomac, en faisant ingérer au patient 1 gramme de bicarbonate de soude et 1 gramme d'acide citrique, pris séparément dans un peu d'eau. L'auscultation est pratiquée, de préférence, à l'aide du phonendoscope, mais, à défaut de celui-ci, un stéthoscope ordinaire peut être employé. D'après l'expérience de M. Curlo, il existerait deux points d'élection, où la percussion de l'estomac donnerait lieu à des sons particulièrement intenses : l'un de ces foyers d'auscultation, qui paraît correspondre au grand cul-de-sac de l'organe, est situé sur la ligne axillaire gauche, au niveau du septième ou du huitième espace intercostal; l'autre siège à l'épigastre, à 3 centimètres environ au-dessous de l'appendice xiphoïde. Après avoir confié à un aide le phonendoscope ou le stéthoscope, placé sur le premier de ces points, ou l'avoir fixé au moyen d'une ceinture, on percute de bas en haut sur une série de lignes verticales et parallèles, en allant de la ligne axillaire gauche vers la ligne sternale. Tant que la percussion est faite en dehors de l'estomac, l'oreille appliquée sur le stéthoscope ne perçoit que des sons qui paraissent éloignés, mais, aussitôt que la paroi stomacale est atteinte, le son devient intense, comme s'il prenait naissance au voisinage même du conduit auditif. En marquant chacun des points où l'on constate ces renforcements et en les réunissant, on obtient une ligne courbe à concavité dirigée en haut, qui correspond à la grande courbure de l'estomac. On peut compléter et vérifier cette exploration, en percutant en sens inverse, c'est-à-dire en allant de la ligne sternale vers la ligne axillaire gauche, en même temps que l'on ausculte cette fois, non pas au niveau du grand cul-de-sac de l'estomac, mais au point d'élection sous-xiphoïdien.

Il va sans dire que dans les cas où le côlon, fortement distendu par des gaz, vient se placer au-devant de l'estomac, la délimitation de celui-ci par le procédé en question devient impossible. Il est encore une autre cause d'erreur qu'il importe de ne pas perdre de vue : c'est l'existence possible d'une gastroptose. En pareille occurrence, on s'apercevra, d'ailleurs, que la percussion de la région ne donne pas la sonorité caractéristique et que, de plus, l'espace semi-lunaire de Traube est notablement réduit. Cela étant, on cherchera plus bas les deux foyers d'auscultation stomacale : ceux-ci une fois trouvés, la limite inférieure du viscère sera facile à déterminer en procédant comme nous venons de l'indiquer.

M. Curlo a eu l'occasion d'expérimenter la méthode dont il s'agit sur un grand nombre de sujets, en en vérifiant toujours les résultats par d'autres procédés d'exploration — notamment, dans quelques cas, par la radioscopie —, et il a été à même de se convaincre qu'elle permet de délimiter très exactement l'estomac. (*Clinica medica italiana*, avril 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

Un nouveau signe de la syphilis congénitale,
par M. V. Joukovsky.

Le diagnostic de la syphilis héréditaire étant assez souvent fort malaisé à faire, surtout lorsqu'il s'agit de nouveau-nés, il nous paraît utile de signaler ici un phénomène particulier qui — à en juger par l'expérience de M. Joukovsky — serait de nature à faciliter ce diagnostic.

Il s'agit d'un trouble trophique des téguments cutanés, se caractérisant essentiellement par une sécheresse et une mobilité anormales de l'épiderme. Chez les enfants relativement peu maigres, cette anomalie s'observe seulement dans certaines régions du corps, notamment sur le thorax, l'abdomen et le cou, plus rarement sur les membres supérieurs et inférieurs, et parfois exclusivement sur la paume de la main et la plante du pied. Mais il est des cas où le même phénomène est plus généralisé, et il semble alors que l'épiderme, légèrement soulevé, recouvre le corps du bébé comme une fine chemise. A chaque mouvement du nourrisson, l'épiderme s'anime d'une sorte d'ondulation; ce dernier symptôme, joint à la finesse de la couche tégumentaire soulevée sur une grande étendue, donne à l'anomalie en question un cachet tout à fait particulier et la différencie d'avec le simple plissement de la peau, tel qu'on le note dans les cas d'atrophie cutanée.

Au bout de quelques jours, on voit s'ajouter aux phénomènes susmentionnés une desquamation lamellée, en même temps que la peau se fend dans toute son épaisseur et prend une teinte gris sale, presque cadavérique.

L'auteur a eu l'occasion d'observer ces troubles trophiques chez 18 nourrissons, dont 12 succombèrent à l'âge de trois à six jours, 2 autres n'ayant pas vécu plus de dix jours. Chez quelques-uns d'entre eux, la mort survint brusquement; à l'autopsie, on trouva chez tous les lésions caractéristiques de la syphilis viscérale (encéphalite interstitielle, altérations du foie, des reins, des poumons, etc.). Or, pendant la vie, on n'avait pu constater, chez ces petits patients, aucun des signes classiques par lesquels se révèle habituellement la vérole congénitale.

Chez les enfants qui survécurent, on nota une desquamation tardive, avec formation des fissures et des ragades propres à l'évolution ultérieure de la syphilis héréditaire, d'abord au niveau des plis des extrémités supérieures et inférieures, ensuite à la face.

Par une série d'examens histologiques, M. Joukovsky fut à même de se rendre compte que le phénomène en question reconnaît pour cause un processus spécifique, qui se traduit par une atrophie de la couche de Malpighi avec épaississement de la couche cornée. Ce processus aurait pour point de départ des lésions dégénératives du système vasculaire, qui se développeraient encore pendant la vie intra-utérine.

Se basant sur les faits que nous venons de résumer, l'auteur n'hésite pas à attribuer au trouble trophique dont il s'agit une valeur diagnostique d'autant plus grande que ce trouble se manifesterait aussitôt après la naissance. (*Méd. Obozr.*, LXIII, 7.) — L. CH.

Contribution à l'étiologie de l'appendicite, par M. M. Nazarov.

D'après M. Nazarov, l'appendicite, loin d'être une simple lésion locale, constituerait dans la très grande majorité des cas, sinon toujours, une manifestation de la tuberculose. En soumettant à un examen minutieux les sujets atteints d'appendicite, l'auteur a constamment été à même — tout au moins chez les adultes — de déceler des signes d'infection tuberculeuse, tellement peu marqués, il est vrai, que le patient n'y attachait pas d'importance. Parmi ces signes, il convient de noter une nutrition défectueuse (amaigrissement ou pannicule adipeux peu développé), une pigmentation particulière de la peau (teinte gris sale), la présence d'une matité avec expiration prolongée au niveau d'un seul ou des deux sommets pulmonaires, et de râles crépitants au même endroit, ainsi que sous l'angle de l'omoplate. D'autre part, en interrogeant soigneusement le malade, on apprend généralement que, de temps à autre, il éprouve des douleurs au côté ou au niveau de l'omoplate, que parfois il a eu des frissons avec accès de fièvre; dans les antécédents personnels, on trouve une pleurésie ou une pneumonie et, dans les antécédents héréditaires, on note un ou plusieurs décès par tuberculose ou affections pulmonaires. Ce qui militerait également en faveur de la nature tuberculeuse de l'appendicite, c'est que celle-ci survient souvent en l'absence d'écarts de régime tant soit peu considérables.

Sans doute, quelques-uns des signes que nous venons de mentionner peuvent faire défaut, mais, à en juger par l'expérience de M. Nazarov, on observerait la plupart de ces symptômes chez tout individu adulte atteint d'appendicite. Par contre, chez les enfants, l'examen le plus complet ne dénote fréquemment aucun indice de tuberculose; toutefois, là encore les mêmes phénomènes se retrouvent, sinon chez le petit patient lui-même, du moins chez l'un de ses ascendants.

Tout en reconnaissant que ses vues ne pourraient être confirmées ou infirmées que par l'examen anatomo-pathologique systématique des ganglions bronchiques et mésentériques des sujets ayant succombé à une appendicite ou, tout au moins, ayant eu, pendant la vie, une ou plusieurs atteintes de cette maladie, l'auteur a cependant, d'ores et déjà, essayé de traiter l'appendicite par les moyens thérapeutiques que l'on emploie habituellement contre la tuberculose (gaïacol, ichtyol, etc.), et toujours cette médication lui a donné d'excellents résultats, rendant souvent inutile l'intervention chirurgicale dans des cas où celle-ci paraissait devoir s'imposer. (*Vratcheb. Gaz.*, 7 mai 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS TCHÈQUES

Signification du ralentissement expiratoire du pouls, de la tachycardie orthostatique et du signe d'Erben, par M. R. Vanysek.

On se rappelle les recherches que M. Vanysek a instituées sur le ralentissement expiratoire du pouls chez les neurasthéniques, ralentissement assez considérable pour pouvoir simuler une arythmie par cardiopathie organique (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 428). Ce phénomène, d'une part, le signe d'Erben (*Vaguspuls*) et la tachycardie orthostatique décrite par M. Thomayer (Voir *Semaine Médicale;* 1903, p. 284), d'autre part, forment une sorte de triade symptomatique, qui témoigne d'une exagération de l'excitabilité des centres régulateurs de l'activité cardiaque.

D'après l'expérience de l'auteur, cette triade s'observerait non seulement dans la neurasthénie, mais encore chez les convalescents d'affections fébriles, ainsi qu'à la suite d'intoxications et — à titre de phénomène purement physiologique — chez les enfants, à la période de croissance.

Chez les neurasthéniques, les trois symptômes en question ne sont pas toujours d'une égale intensité, la tachycardie orthostatique marchant de pair avec le phénomène d'Erben et étant habituellement très marquée, alors que le ralentissement expiratoire du pouls reste souvent relativement peu accentué.

Au cours de la convalescence des maladies pyrétiques, l'accélération du rythme cardiaque pendant la station debout et le signe d'Erben s'observent chez presque tous les sujets; quant au ralentissement expiratoire du pouls, M. Vanysek ne l'a noté que 11 fois sur 25 cas examinés à cet égard.

L'auteur a eu l'occasion de constater la présence de la triade symptomatique dont il s'agit dans les intoxications tant aiguës (phosphore) que chroniques, notamment dans 2 cas d'empoisonnement chronique par le sulfure de carbone, que nous avons signalés ici même (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 112).

Il résulte de ces faits que la coexistence des trois symptômes en question n'est pas dépourvue d'une certaine valeur clinique : *chez l'adulte*, et en l'absence d'une pyrexie ou d'une intoxication récente, elle milite en faveur de la neurasthénie. Par son système nerveux, le neurasthénique se rapprocherait donc à la fois du convalescent affaibli par une maladie fébrile et de l'enfant. (*Sbornik klinicky*, VI, 4.) — L. CH.

Des tumeurs placentaires, par M. V. Pitha.

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de tumeur placentaire et ayant trouvé, au musée de la clinique obstétricale de la Faculté tchèque de médecine de Prague, dirigée par M. Pawlik, des préparations se rapportant à 2 autres faits du même genre, l'auteur a mis à profit tant ces observations personnelles que 60 autres faits qu'il a pu trouver dans la littérature médicale pour dégager les traits essentiels qui caractérisent les néoplasmes du placenta.

Quelle que soit la position de ces tumeurs par rapports aux autres parties de la masse placentaire, on constate toujours qu'elles sont en connexion plus ou moins étroite avec le chorion. L'examen microscopique prouve, d'ailleurs, que les néoplasmes en question représentent tout simplement des villosités choriales ayant subi une métamorphose angiomateuse. Aussi M. Pitha propose-t-il de les désigner sous le nom de *télangiectasie des villosités choriales*. Et, de fait, il ne s'agit pas ici de véritables tumeurs, mais d'une anomalie de développement des vaisseaux, localisée à une certaine étendue des villosités du chorion.

Au point de vue pathogénique, l'auteur n'admet aucune des hypothèses qui font jouer, dans ce processus morbide, un rôle aux lésions inflammatoires soit de la muqueuse utérine, soit des parties fœtales du placenta : partant de ce fait que presque toujours le microscope montre, en pareille occurrence, les capillaires gorgés d'hématies, M. Pitha attribue la plus grande importance à cette stase sanguine. Déterminée par une courbure brusque des vaisseaux au niveau de leur insertion sur le placenta, par une dilatation variqueuse de la veine ombilicale, ou par toute autre cause (torsion pathologique du cordon, tension extrême de la veine, etc.) susceptible de troubler la circulation sanguine dans une étendue plus ou moins considérable du chorion, cette stase peut donner lieu à une prolifération anormale de l'endothélium des capillaires, prolifération qui, jointe à un développement exagéré de tissu embryonnaire autour des capillaires, aboutit à la formation d'une télangiectasie des villosités choriales. (*Sbornik klinicky*, VI, 4.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La congélation par l'air liquide contre certaines affections cutanées.

Différents procédés ont déjà été employés pour le traitement des affections cutanées par la congélation, notamment à l'aide de pulvérisations d'éther, de chlorure d'éthyle, etc.; et c'est ainsi que nous signalions naguère les bons résultats que ce moyen thérapeutique a donnés à M. Schein dans le condylome acuminé, à M. E. Meyer dans le sycosis parasitaire (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 69). Mais dans tous ces procédés le degré de froid produit est relativement peu inférieur au point de congélation de l'eau. Or, d'après l'expérience de M. le docteur W. B. Trimble (de New-York), il semblerait que l'on pût obtenir des effets à la fois plus constants et plus rapides en ayant recours à l'air liquide, dont l'évaporation amène une congélation plus intense que celle qui est réalisée par les autres liquides volatils habituellement usités.

Le procédé dont se sert notre confrère consiste à tremper un tampon d'ouate, monté sur une baguette ou tenu par une pince, dans l'air liquide, puis à l'appliquer sur la surface à traiter, en appuyant avec une force variable suivant que l'on veut obtenir une eschare plus ou moins profonde. Ces applications ont généralement lieu une fois par semaine; on les répète jusqu'à guérison complète, aussi souvent qu'il y a lieu.

Diverses affections cutanées ont été soumises par M. Trimble à ce mode de congélation avec d'excellents résultats. Notamment, sur 5 cas de nævus pileux pigmenté, 4 ont guéri au bout de 3 à 7 séances; le dernier malade, déjà fort amélioré, continue encore son traitement. Un épithélioma du nez s'est parfaitement cicatrisé dès la deuxième application; de même, un cancroïde de la lèvre inférieure, qui avait récidivé après une guérison apparente obtenue au bout de 20 séances de radiothérapie, était entièrement épidermisé à la suite d'une seule application d'air liquide.

Enfin, contre le lupus érythémateux, ce moyen thérapeutique paraît aussi posséder quelque efficacité : dans un cas, la guérison fut complète après 3 ou 4 séances, et l'amélioration est notable chez un autre malade qui se trouve encore actuellement en traitement.

L'iridectomie comme moyen de traitement des hémorrhagies intra-oculaires spontanées.

On sait que les hémorrhagies intra-oculaires spontanées constituent une affection des plus rebelles, contre laquelle toute thérapeutique se montre généralement impuissante. Or, il résulte de l'expérience de M. le docteur Motais, professeur de clinique ophtalmologique à l'Ecole de médecine d'Angers, qu'en pareille occurrence une large iridectomie — opération que justifie l'hypertension déterminée par l'épanchement de sang à l'intérieur du globe — serait susceptible de rendre de réels services.

Notre confrère a eu recours 2 fois à cette intervention. Dans le premier de ces faits, il s'agissait d'un homme qui avait été atteint deux ans auparavant d'une hémorrhagie intra-oculaire spontanée double et qui, après une amélioration momentanée, présentait depuis lors des épanchements soudains et abondants, revenant à des intervalles irréguliers de un à trois mois. Une double et large iridectomie ayant été pratiquée, on vit la résorption des épanchements s'effectuer progressivement, et désormais on n'eut plus à enregistrer de récidive. Dans le second cas, fort analogue au précédent, la suppression des rechutes coïncida également d'une façon remarquable avec l'iridectomie.

Ajoutons que dans ces faits il ne s'agissait nullement d'un glaucome hémorrhagique pouvant expliquer l'efficacité de l'iridectomie : en effet, l'examen ophtalmoscopique montrait très nettement l'existence de lésions rétiniennes, et l'hypertension, loin d'être primitive, comme dans le glaucome, était certainement un phénomène secondaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juillet 1905.

Action des solutions métalliques très faibles sur les éléments figurés du sang et sur la désassimilation azotée.

M. Robin lit, en son nom et au nom de M. Weil, un travail dans lequel il démontre que les injections sous-cutanées des solutions métalliques très faibles (ferments métalliques) sur lesquelles l'orateur a attiré l'attention l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 397), en particulier des solutions électrolytiques d'or, déterminent une leucolyse passagère qui ne se prolonge qu'exceptionnellement au delà de vingt-quatre heures. Légère chez un individu sain dont le nombre de globules blancs est normal, la leucolyse est souvent intense dans les infections s'accompagnant de leucocytose. La destruction leucocytaire se fait surtout aux dépens des polynucléaires neutrophiles et accessoirement aux dépens des lymphocytes.

En même temps que cette leucolyse, on constate souvent, à la suite des injections en question, une augmentation du coefficient d'utilisation azotée et de l'excrétion de l'acide urique.

Bien que ces deux ordres de phénomènes puissent être liés l'un à l'autre, le fait est cependant loin d'être constant. Il faut tenir compte en outre, que, parmi les ferments métalliques, il en est plusieurs qui agissent directement sur l'élimination de l'acide urique. D'autre part, dans un cas de cancer de l'estomac, l'orateur dit avoir observé, à la suite de l'administration de ces mêmes médicaments, une leucolyse très marquée, sans augmentation parallèle de l'acide urique.

De tous ces faits, M. Robin conclut que l'élimination de l'acide urique n'est pas sous la dépendance immédiate de la destruction leucocytaire; il incline à croire que ce sont les ferments organiques solubles, contenus dans les leucocytes et mis en liberté par la leucolyse, qui agissent comme hydratants des oxydo-réducteurs et deviennent ainsi les principaux agents de la formation de l'urée et de l'acide urique.

Le bruit veineux de souffle au niveau des fémorales et son importance pronostique chez les conscrits.

M. Molle (d'Oran) lit une note dans laquelle il relate des faits montrant qu'on observe souvent chez les jeunes gens, au moment de la puberté, un état spécial analogue à la chlorose, et caractérisé, en plus des signes habituels de cette affection (palpitations, essoufflement, asthénie, etc.), par la présence de souffles veineux, parfois intenses, siégeant presque exclusivement dans les fémorales.

Dans 22 % des cas observés par l'orateur, une hygiène défectueuse et le surmenage (en particulier le surmenage inhérent au service militaire) ont entraîné à brève échéance la tuberculisation de ces sujets.

En conséquence, M. Molle estime que la recherche des bruits veineux de souffle au niveau des fémorales devrait être pratiquée avec soin, chez certains individus en apparence normaux, au cours des opérations des conseils de revision. La constatation de ce symptôme, venant souligner d'autres signes de banalité courante et fréquemment invoqués par les simulateurs, devrait imposer une réserve toute particulière pour l'incorporation des jeunes gens qui seraient porteurs de ces souffles veineux.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 juillet 1905.

La répartition des poisons intestinaux et le rôle du gros intestin.

MM. Charrin et **Le Play.** — En poursuivant nos recherches sur le rôle pathogène des poisons intestinaux (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 377-380), nous avons constaté que, suivant les segments du tube digestif, les poisons varient; ils augmentent jusqu'au niveau du cæcum, pour devenir ensuite stationnaires ou décroître. Or, fait intéressant, à mesure qu'on s'éloigne de l'estomac, les germes, surtout les anaérobies, les bacilles, deviennent de plus en plus nombreux; la courbe de la flore bactérienne se superpose à celle de la toxicité. Si même on ensemence le contenu de la couche interne de la paroi, dans le haut (duodénum, première moitié de l'iléon) la stérilité n'est pas exceptionnelle; elle est inouïe dans la zone cæcale, et l'expérience établit que, pour s'échapper hors du canal, les parasites ordinairement passent par les veines coliques. Cette prédominance toxique et microbienne fait que ce sont avant tout les processus cæcaux qui menacent le foie.

Une fois franchi la valvule de Bauhin, et en dépit de quelques ferments physiologiques du gros intestin, la nature, sans attendre la complète, la véritable élimination, tient les aliments pour de la matière morte et inutile : la putréfaction commence. En outre, la déshydratation s'opère; liquide jusque-là, le contenu se concentre et perd de 25 à 40 % d'eau; sans cette résorption la diarrhée serait constante. De plus, cette eau, chargée de principes toxiques, est résorbée par une muqueuse à la vérité spécialement construite.

L'épithélium élevé, à noyau basal, à protoplasma granuleux, offre les caractères de l'activité; ailleurs, par exemple dans le rectum, qui n'est plus qu'une sorte de canal excréteur, cet épithélium est plus bas, son noyau est plus superficiel, son contenu plus uniforme. En outre, dans le côlon ascendant la sous-muqueuse épaisse comporte un riche appareil lymphoïde, moins irrégulier dans sa répartition que les plaques de la fin de l'iléon : cette structure explique tels attributs physiologiques.

Si par une entérite chronique, des ligatures de branches mésentériques ou mieux mécaniquement ou à l'aide du fluorure de sodium, etc., on fait tomber l'épithélium, et que dans des segments égaux on emprisonne de semblables volumes de toxine diphtérique, c'est le segment cæcal qui retient le plus cette toxine et c'est aussi en filtrant au travers des parois de celui-ci qu'elle s'atténue le plus. Pour réaliser cette atténuation, deux facteurs interviennent : quelque peu l'épithélium et avant tout les leucocytes.

Evidemment, une série de causes (espèces, âge, régime, états pathologiques, etc.) font varier la toxicité de ces poisons de l'intestin; plus actifs dans les entérites aiguës, ils voient leur activité fléchir au cours des processus chroniques, si bien que dans les intestins normaux ils ne sont plus nuisibles. Peut-être l'antagonisme microbien ou toxique, l'insuffisance des milieux de culture jouent-ils un rôle et, au travers des fissures de la paroi malade, certains principes s'échappent-ils?

Quoi qu'il en soit, si nos recherches de pure physiologie nous ont conduits à voir dans l'intestin une série d'organes distincts juxtaposés, nos études concernant les poisons du tube digestif nous amènent à des conclusions analogues : le cæcum et le côlon ascendant apparaissent comme les vrais, tout au moins les principaux foyers toxi-infectieux du tube digestif.

Traitement des fractures par le mouvement.

M. J. Lucas-Championnière. — C'est en me basant sur ce principe que l'os — comme tous les éléments de l'organisme — a besoin du mouvement pour arriver au maximum de vitalité qui est nécessaire à sa réparation, que j'ai été amené à substituer au traitement classique des fractures par l'immobilisation la méthode de la mobilisation et du massage précoces.

Depuis vingt-cinq ans, j'ai soigné de la sorte un très grand nombre de fractures. Sans entrer dans une énumération détaillée, je me bornerai à dire que sont justiciables de ce moyen : toutes les fractures des extrémités supérieure et inférieure de l'humérus; certaines fractures du corps de cet os; toutes celles du coude, y compris celles de l'olécrâne; beaucoup de fractures des deux os de l'avant-bras; les fractures des divers os de la main et du pied, celles de la clavicule, de l'omoplate, presque toutes celles du péroné, beaucoup de fractures bimalléolaires, les fractures du genou, du col du fémur, bon nombre enfin de fractures du milieu de la diaphyse des os longs (jambe et bras).

L'emploi du massage et de la mobilisation précoces a pour principaux avantages de supprimer rapidement la douleur et d'abréger dans une mesure considérable la durée de la réparation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 juillet 1905.

Traitement et histologie du cancer de la langue.

M. Poirier. — J'ai enlevé depuis deux ans 21 tumeurs de la langue; 20 fois il s'agissait d'épithéliomas pavimenteux, dont 5 seulement coïncidaient avec de la leucokératose; le dernier fait concerne un papillome développé chez un syphilitique.

L'examen de ces pièces a permis de reconnaître que la rapidité d'envahissement des bourgeons épithéliomateux est très variable : tantôt, en effet, l'extension se fait surtout en surface, tantôt, au contraire, elle se fait très rapidement en profondeur, et les noyaux épithéliomateux s'insinuent de très bonne heure entre les fibres musculaires sous-jacentes.

Huit fois sur mes 20 cas on n'a pu mettre en évidence l'existence de noyaux épithéliomateux dans les ganglions enlevés, mais il n'est pas certain pour cela que ces ganglions, en apparence indemnes, ne fussent pas cancéreux. Il n'en faut donc pas moins continuer à enlever systématiquement tous les ganglions, ainsi que je l'ai conseillé.

J'ai modifié mon manuel opératoire, en ce que je pratique maintenant la laryngotomie intercrico-thyroïdienne temporaire, comme je l'ai vu faire à Londres par M. Butlin. J'emploie pour cela une canule spéciale pourvue d'un mandrin, avec laquelle on fait une simple ponction au lieu d'une incision; le procédé est simple et rapide, et supprime tout écoulement de sang dans la trachée.

J'ajouterai que les 2 malades que je vous ai présentés l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 85), et qui sont opérés actuellement l'un depuis trois ans, l'autre depuis quatre, se trouvent toujours en excellent état de santé.

M. Quénu. — Dans 2 cas de cancer de la langue, j'ai fait faire récemment l'examen histologique des ganglions et, comme dans les 8 faits dont M. Poirier vient de nous parler, on n'a pu trouver d'éléments épithéliomateux.

Je ne crois pas la trachéotomie préalable nécessaire, à la condition de faire une hémostase suffisante en liant les carotides externes au cours de la dissection des ganglions.

M. Faure. — Je me suis efforcé, dans ces derniers temps, de supprimer la trachéotomie dans les opérations sur la langue, et j'y suis arrivé assez facilement; je me tiens prêt d'ailleurs à pratiquer une laryngotomie au moindre trouble respiratoire.

M. Richelot. — Il y a une quinzaine d'années, j'ai eu l'occasion de conseiller le procédé de laryngotomie rapide, par ponction, tel qu'il vient d'être décrit par M. Poirier.

M. Sébileau. — En ce qui me concerne, je continue à préférer à la laryngotomie par ponction la laryngotomie à ciel ouvert, qui me paraît infiniment simple.

De la sérothérapie du cancer.

M. Delbet. — A la suite de la communication que M. Doyen nous a faite l'année dernière, relativement à la sérothérapie du cancer (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 414), vous avez nommé une commission chargée d'examiner les malades traités par notre confrère au moyen de son sérum anticancéreux, et cette commission m'a choisi comme rapporteur. Voici quels sont les résultats de notre étude, qui s'est limitée strictement à la question thérapeutique, et a laissé de côté la partie bactériologique.

Parmi les 26 patients que nous avons pu examiner, quelques-uns étaient atteints de cancers très avancés; 17 ont été soumis à un traitement considéré comme suffisant par M. Doyen, et 9 n'ont reçu qu'un nombre trop faible d'injections. Mais nous n'avons tenu compte que

de 23 observations, les 3 autres sujets n'ayant pu être suivis suffisamment longtemps.

Ces 23 cas peuvent être ainsi décomposés : 3 cancers non opérés et traités par la sérothérapie; 5 récidives traitées par le sérum, sans intervention; 11 tumeurs cancéreuses initiales et 4 récidives soumises à la sérothérapie combinée avec l'opération.

Dans le premier groupe, nous avons constaté 3 aggravations, dont 2 notables et 1 légère. Pour les malades de la deuxième catégorie, il y a eu 5 aggravations, dont 4 très accentuées et 1 légère. Dans la troisième série, nous avons noté 9 aggravations et 2 états stationnaires. Enfin, le quatrième groupe nous a fourni 1 guérison sans récidive depuis quatre ans et demi, pour un cas de lymphosarcome du testicule, et 3 aggravations rapides.

En résumé, sur 23 observations utilisables, nous comptons 1 guérison sans récidive, 2 états stationnaires et 20 aggravations incontestables, dont 1 particulièrement rapide. Cela étant, nous estimons que rien n'autorise à admettre que le traitement sérothérapique préconisé par M. Doyen ait une efficacité appréciable sur le cancer.

Sur l'emploi de la scopolamine comme anesthésique.

M. Defontaine (du Creusot). — Depuis le 3 mai dernier, j'ai employé dans 30 cas l'anesthésie à la scopolamine, en injectant une heure avant l'intervention 0 gr. 01 centigr. de morphine et 0 gr. 001 milligr. de scopolamine; 6 fois j'ai pu me dispenser d'administrer du chloroforme (4 cures radicales de hernie, 1 opération de hernie étranglée, 1 extraction de chicots multiples); dans les 24 autres faits, au contraire, il a fallu recourir à la chloroformisation; ce second groupe d'observations comprend notamment 11 laparotomies, 2 cures radicales de hernie, etc.

Le seul inconvénient de la scopolamine m'a paru être un état de subdélire, de divagation que quelques-uns de mes malades ont présenté dans la journée qui a suivi l'intervention; le principal avantage du procédé est à mes yeux de faciliter beaucoup la chloroformisation et de diminuer dans de notables proportions la dose de chloroforme nécessaire.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 5 juillet 1905.

Sur les affections précancéreuses.

M. von Bergmann fait une communication dans laquelle il passe en revue un certain nombre d'affections qui, sans avoir rien de cancéreux par elles-mêmes, semblent en quelque sorte préparer la voie au cancer, qui leur succède assez fréquemment.

C'est en 1874 que Paget attira l'attention sur ce sujet, en décrivant les altérations du mamelon et des téguments voisins auxquelles son nom est demeuré attaché, et qui se transforment si facilement en cancer; il faut reconnaître, toutefois, que la maladie de Paget est plutôt rare : sur 1,000 cas de cancer du sein, l'orateur n'en a vu que 7 qui reconnussent une telle origine.

Dans le même ordre d'idées, on peut citer les tumeurs malignes envahissant les cicatrices de brûlure, et aussi le cancer des ouvriers qui manipulent la paraffine, étudié par Volkmann il y a trente ans, celui des ramoneurs, etc., en un mot les cancers consécutifs aux irritations cutanées habituelles.

Une mention particulière doit être faite du psoriasis lingual, affection qui, quoi qu'on en ait dit, n'a rien à voir avec la syphilis; les papilles et les glandes muqueuses de la langue y demeurent longtemps intactes, mais à un moment donné elles peuvent proliférer vers la profondeur sous une forme atypique et prendre la structure du cancer.

On connaît encore les tumeurs carcinomateuses qui se développent sur les plaques de lupus cicatrisé ou en évolution, et aussi celles qui, d'après Kaposi, atteignent les enfants atteints de *xeroderma pigmentosum*.

Enfin, les cancers primitifs des membres sont communément consécutifs à des altérations anciennes, telles que cicatrices, trajets fistuleux, surfaces ulcérées, séborrhée sénile. On sait l'importance à cet égard des tumeurs vasculaires congénitales, soit de cette variété de *nævi* lisses, multiples, qui contiennent fréquemment de tout petits neurofibromes, soit des *nævi* fissurés et fortement pigmentés; ces productions donnent naissance à des cancers aussi souvent qu'à des sarcomes.

Les ligatures veineuses dans le traitement de la septicémie puerpérale.

M. Bumm expose une série d'arguments tendant à démontrer combien sont illogiques des opérations telles que le curettage ou l'ablation de l'utérus infecté, des trompes, des ovaires, dans le traitement de la septicémie puerpérale. Aussi l'orateur donne-t-il la préférence à la ligature des veines utéro-ovariennes et hypogastriques, soit des deux côtés, soit d'un seul, méthode qui a été employée tout d'abord par M. Freund, mais ne paraît pas être passée dans la pratique gynécologique courante. M. Bumm a opéré de la sorte 5 cas, avec 3 succès; les 2 femmes qui ont succombé étaient dans un état presque désespéré au moment de l'intervention.

Au point de vue de la technique, l'orateur a recours à la voie transpéritonéale, qui donne plus de jour que la voie extrapéritonéale. L'excision d'un segment veineux est irrationnelle et même dangereuse : il faut se contenter de lier les vaisseaux. Le seul péril de cette intervention est le risque d'infection du péritoine, au cas où existerait une périphlébite; mais cette dernière complication est rare dans les formes chroniques de l'affection, où la méthode trouve ses principales indications.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 10 juillet 1905.

La chimie des tumeurs cancéreuses.

M. Bergell communique les résultats de recherches qu'il a faites avec M. Dörpinghaus sur la constitution chimique des tumeurs cancéreuses, en particulier au point de vue des substances albuminoïdes qu'elles renferment.

On sait que ce qui permet de caractériser chimiquement les albumines, ce sont leurs aminacides : c'est en se basant sur la différenciation de ces derniers que l'on peut distinguer la protamine, la cystine, l'hémoglobine, etc. Aussi est-ce cette méthode que les auteurs ont appliquée à l'étude des tumeurs cancéreuses, celles-ci étant préalablement réduites en poudre; l'analyse de cette poudre y révèle de 85 à 90 % de substances albuminoïdes.

Les investigations de MM. Bergell et Dörpinghaus ont porté sur 3 néoplasmes, qui ont été soumis à une hydrolyse complète. Il en résulte que les substances albuminoïdes des tumeurs cancéreuses sont surtout caractérisées par leur teneur en acide glutaminique, en phénylomaline et en acide asparagique (chacun de ces composés existant dans la proportion de 5 à 10 %); ensuite par leur taux élevé en acides diaminés; enfin par les quantités relativement faibles — par rapport aux autres tissus animaux — de leucine qu'elles contiennent.

L'orateur ajoute que la poudre de cancer est très résistante à l'action de la pepsine, peu résistante au contraire à l'égard de la pancréatine.

Transmission expérimentale du cancer humain au chien.

M. Oestreich, après avoir examiné les préparations histologiques des tumeurs apparues chez des chiens à la suite de l'inoculation de cancer humain, dans les expériences de M. Lewin (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 333), déclare ne pouvoir admettre qu'il s'agisse réellement là de formations cancéreuses; à son avis, ce sont simplement des produits inflammatoires, comme on en trouve dans les granulations syphilitiques ou actinomycosiques, par exemple; on y constate notamment des éléments clairs, qui représentent des cellules endothéliales.

M. Westenhöffer partage l'opinion du précédent orateur, au sujet de la structure histologique des préparations de M. Lewin. Il se demande si au cours des inoculations on n'a pas introduit des microorganismes ayant donné naissance au tissu de granulation. Toutefois, certaines de ces productions « sarcomatoïdes » sont comparables aux cancers des souris étudiés l'année dernière par M. L. Michaelis (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 367), et en somme il n'est pas impossible que des sarcomes endothéliaux se développent aux dépens d'une tumeur inflammatoire.

M. L. Michaelis estime qu'on ne saurait voir dans les expériences de M. Lewin des exemples de transmission du cancer, puisque les tumeurs expérimentales — en admettant qu'elles aient un caractère malin — sont non pas carcinomateuses, mais sarcomateuses. Maintenant, s'agit-il de sarcome ou de tissu inflammatoire? Histologiquement, il n'y a pas de différence essentielle entre l'un et l'autre; au point de vue biologique, au contraire, il y en a une capitale, puisque le premier est malin, et traduit sa malignité par la production de métastases. Dans le cas particulier, il y a doute, pour l'orateur, sur le point de savoir s'il faut considérer les nodules hépatiques, chez les animaux de M. Lewin, comme de véritables métastases : il est possible, en effet, que la même cause irritative qui a produit la tumeur du péritoine ait aussi agi directement sur le foie. Quant à la nature de la substance irritante, on pourrait, d'après M. Michaelis, incriminer les albuminoïdes hétérogènes contenues dans le fragment de tumeur transplanté.

M. Lewin répond aux précédents orateurs que les animaux sur lesquels il a expérimenté n'ont présenté aucun symptôme infectieux; que la rate, notamment, n'avait pas chez eux l'aspect bien spécial qu'elle prend dans les infections. Il fait observer, en outre, que s'il est connu que l'on peut réaliser expérimentalement des tumeurs inflammatoires, jusqu'ici il n'existe aucun exemple que ces tumeurs aient pu être inoculées *en série*, comme le fait s'est produit dans ses expériences.

Dr Villaret.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE PARIS

Auffray (P.). Rapports entre l'alcoolisme et l'aliénation mentale dans le département des Côtes-du-Nord.

Bayle (J.). Etude sur les calcifications de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Blin (P.-A.-J.). Contribution à l'étude de la chirurgie conservatrice dans les grands traumatismes des membres.

De la Hoz (E.-S.). Champignons pathogènes et mycoses du continent américain.

Deneufbourg (H.). De l'intoxication saturnine dans ses rapports avec la grossesse.

Goldenstein (Mlle Ch.). Le pseudo-érysipèle vaso-moteur chez les tuberculeux.

Jacquier (L.-G.). Contribution à l'étude du pouls lent permanent.

Lepage (G.). Contribution à l'étude du traitement palliatif du cancer utérin par le carbure de calcium.

Meusnier (R.). Des symptômes de rétrécissement pylorique au cours des troubles digestifs des nourrissons.

Pascalidès (P.). Tumeurs blanches syphilitiques.

Roche (Ph.). Les précurseurs de Pasteur; histoire des fermentations.

Vautier (P.). Le syndrome de Babinski.

Ycard (L.). De l'étiologie des fibro-myomes de l'utérus, en particulier chez les femmes multipares.

PHYSIOLOGIE

Arnold (J.). Die Bedeutung der Fettsynthese, Fettphagocytose, Fettsekretion und Fettdegeneration für die Milch- und Kolostrumbildung. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 mai.) — Signification de la synthèse, de la phagocytose, de la sécrétion et de la dégénérescence de la graisse pour la formation du lait et du colostrum.

Beyerman (D. H.). Over het « autonomische zenuwstelsel » volgens Langley. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 6 mai.) — Sur le « système nerveux autonome » d'après Langley.

Boldyrev (V.). Le travail périodique de l'appareil digestif en dehors de la digestion. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, XI, 1-2.)

Chassevant (A.). Précis de chimie physiologique. In-8°, 428 p. avec fig.

Laulanié (F.). Eléments de physiologie. 2e éd. In-8°, 1214 p. avec fig. Asselin et Houzeau.

Leduc (S.). Influence des excitations électriques sur la pression osmotique intramusculaire. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 mai.)

Loeb (L.). The coagulation of the blood. (*Med. News*, 1er avril.) — La coagulation du sang.

Löwy (A.) et **Schrötter** (H. von). Untersuchungen über die Blutcirculation beim Menschen. In-8°, 115 p. avec fig. Berlin. — De la circulation sanguine chez l'homme.

Müller (A.) et **Saxl** (P.). Die Chlorausscheidung im Harn und ihre Beziehungen zu den Verdauungsvorgängen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 5-6.) — L'élimination du chlore par les urines et ses rapports avec la digestion.

Neustätter (O.). Menschliche Haut und Elektrizität. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 mai.) — Peau humaine et électricité.

Porcher (Ch.). Sur la physiologie de la mamelle. (*Lyon méd.*, 28 mai.)

Pugliese (A.). Contribution à la connaissance des substances anticoagulantes du sang et des organes et des tissus. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Sakharov (N.). L'oxygène est-il indispensable à l'action des ferments hydrolytiques (en russe)? (*Roussk. Vratch*, 30 avril.)

Sommer. Electromotorische Wirkungen der Finger. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er avril.) — Phénomènes électromoteurs des doigts.

Strajesko (N.). Influence exercée par les amers sur l'activité sécrétoire des glandes stomacales (en russe). (*Roussk. Vratch*, 26 mars.)

Van Gehuchten (A.). La loi de Waller. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 20 mai.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Chiari (H.). Zur Kenntnis der hämatogenen Geschwulstmetastasen im weiblichen Genitalapparate. (*Prag. med. Wochensch.*, 27 avril et 4 mai.) — Les métastases néoplasiques hématogènes des organes génitaux de la femme.

D'Amato (L.) et **Macri** (P.). Die sympathischen Ganglien des Magens bei einigen experimentellen und spontanen Magenkrankheiten. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 2.) — Les ganglions sympathiques de l'estomac dans quelques affections expérimentales ou spontanées de cet organe.

Gauckler (E.) et **Bing** (R.). Sur quelques modifications histo-pathologiques du réticulum splénique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Gerber. Ueber Wandveränderungen bei Eiterungen in starrwandigen Knochenhöhlen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 avril.) — Sur les altérations des parois dans les suppurations des cavités osseuses à parois rigides.

Hulst (S. P. L.). Zur Kenntnis der Genese des Adenokarzinoms und Karzinoms des Pankreas. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 2.)

Hunt (J. R.). A contribution to the pathology of sciatica. (*Amer. Medicine*, 15 avril.)

Kallenberger (W.). Beitrag zur Pathogenese der Varicen. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 1.)

Letulle (M.). L'appendicite et les lésions tuberculeuses de l'appendice. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, fév.)

MacLeod (J. M. H.). Notes on the histo-pathology of multiple idiopathic hæmorrhagic sarcoma. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, mai.)

Marckwald. Beginn und Wachstum der Darmkrebse. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 mai.) — Début et croissance du cancer de l'intestin.

Poulain (A.). Précis élémentaire d'anatomie pathologique. In-8°, 368 p. avec fig.

Schmorl (G.). Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden. 3e éd. In-8°, 329 p. Leipzig. — Les procédés d'examen histopathologique.

Simmonds (M.). Ueber das Angioma racemosum und serpentinum des Gehirns. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 2.)

Sterling (W.). Beitrag zur Lehre von der Morvan'schen Krankheit und der Entstehung der Höhlen im Rückenmark. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 5-6.) — Sur la maladie de Morvan et les formations cavitaires de la moelle épinière.

Wolownik (B.). Ueber das Verhalten der Knochenmarkszellen bei verschiedenen Krankheiten. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 5-6.) — Les cellules de la moelle osseuse au cours de différentes maladies.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bergell (P.) et **Schütze** (A.). Zur Frage der Antipankreatinbildung. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, L, 2.)

Casciani (P.). Influenza delle soluzioni clorurato-sodiche naturali ipotoniche sulla secrezione dello stomaco. (*Riforma med.*, 4 mars.)

Charrin et **Le Play**. Influence des acides organiques sur les tissus et, en particulier, sur le foie. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Freund (R.). Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Elektrizität auf die sekretorische Tätigkeit des Magens. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 2.) — Influence de l'électricité sur la sécrétion gastrique.

Gouget (A.). De l'influence des modifications de la tension artérielle sur l'évolution de la tuberculose expérimentale. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Katzenstein (M.). Ueber Entstehung und Wesen des arteriellen Collateralkreislaufs. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 1-3.) — Origine et constitution de la circulation artérielle collatérale.

Lissauer (M.). Experimentelle Arterienerkrankungen beim Kaninchen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 mai.) — Lésions expérimentales des artères chez le lapin.

Neisser (A.). Versuche zur Uebertragung der Syphilis auf Affen; 2. Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 mai.) — Sur la transmission expérimentale de la syphilis au singe.

Plumier (L.). Action de la digitoxine, de la digitaline et de l'alcool sur la circulation cardio-pulmonaire. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Porcher (Ch.) et **Hervieux** (Ch.). Recherches expérimentales sur les chromogènes urinaires du groupe indolique; expériences avec l'acide orthonitrophénylpropiolique; 2e mémoire. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Allchin (W. H.). On nutrition and malnutrition. (*Lancet*, 29 avril, 6, 13 et 20 mai.)

Binaghi (R.). Sul potere battericida del pus e sul suo meccanismo d'azione. (*Policlinico*, partie chir., XII, 5.)

Choumova-Sieber (Mme N.). Des principes bactéricides de la fibrine du sang (en russe). (*Roussk. Vratch*, 9 avril.)

Detre (L.) et **Sellei** (J.). Die hämolytische Wirkung des Tetanusgiftes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 mai.) — L'action hémolytique de la toxine tétanique.

Döring (H.). Ueber das Verhalten der Hämolysine bei schweren Hautverbrennungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 3.) — Les hémolysines dans les brûlures graves de la peau.

Farmer (J. B.), **Moore** (J.) et **Walker** (C.). On the resemblances existing between the Plimmer's bodies of malignant growths and certain normal constituents of reproductive cells of animals. (*Lancet*, 27 mai.) — Sur l'analogie entre les corpuscules cancéreux dits de Plimmer et certains éléments normaux des cellules reproductrices des animaux.

Forssner (G.). Ueber die Möglichkeit isolierte Eiweisskörper beziehungsweise eiweisshaltige Flüssigkeiten, welche aus einem und demselben Organismus stammen, durch die Präzipitinreaktion zu differenzieren. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 mai.) — Sur la possibilité de différencier, à l'aide de la réaction des précipitines, des albuminoïdes ou des liquides albumineux provenant d'un même organisme.

Gautrelet (J.). Parallélisme des variations de l'alcalinité apparente du sang et de l'hémoglobine en pathologie. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 28 mai.)

Homberger (E.). Ueber die Wirkung der kohlensauren Bäder. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 mai.) — Sur l'action des bains hydrocarboniques.

Quadrone (C.). Attorno ad alcuni nuovi metodi di ricerca della sensibilizzatrice specifica nel siero dei tifosi e nel siero degli animali immunizzati contro il bacillo di Eberth. (*Gazz. degli Osped.*, 21 mai.)

MÉDECINE

Beiträge zur wissenschaftlichen Medizin. Festschrift zur Feier seines 80. Geburtstages Herrn Geheimrat Dr. Georg Mayer gewidmet. In-8°, 188 p. avec portrait. Berlin. — Livre jubilaire dédié à M. G. Mayer [d'Aix-la-Chapelle].

Beketov (A.). Un cas d'occlusion des deux artères carotides et sous-clavières (en russe). (*Prakt. Vratch*, 16, 23 et 30 avril.)

Belkowski (J.) et **Starkiewicz** (W.). O zachowaniu sie roztworów kwasów, wlanych do zoladka. (*Gaz. lekarska*, 14, 21 et 28 janv.) — Sur l'action des solutions acides introduites dans l'estomac.

Bendersky (I.). Sur l'examen des malades et le massage pratiqués dans l'eau (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 23 avril.)

Bing (H. I.). Om extrasystole. (*Hospitalstidende*, 24 mai.)

Bittorf (A.). Kardiopulmonales oder durch Abknickung bedingtes Gefäss- (Aorten-) Geräusch? Zugleich über Traktionsdivertikel (-Aneurysmen) der Aorta durch tuberkulöse Drüsen. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 mai.) — Souffle vasculaire (aortique) d'origine cardiopulmonaire ou dû à une coudure.

Blumenau (N.). Un cas d'hémophilie avec tuberculose généralisée (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 16 avril.)

Blumer (G.). Aplastic anæmia associated with lymphoid hyperplasia of the bone-marrow. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, avril.) — Anémie aplastique avec hyperplasie lymphoïde de la moelle osseuse.

Broadbent (Sir William H.). Clinical illustrations of angina pectoris and pseud-angina. (*Lancet*, 27 mai.)

Carducci (A.). Contributo allo studio di alcune febbri intermittenti di difficile interpretazione. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXV, 1.)

Chénieux et **Jouhaud**. Sarcomatose généralisée simulant la lymphadénie; observations hématologiques et résultats opératoires. (*Limousin méd.*, mars.)

Chilesotti (E.). Le alterazioni secondarie del polmone nelle pleuriti essudative croniche. (*Gazz. degli Osped.*, 30 avril.)

Collins (J.). Multiple myeloma (Kahler's disease); a contribution to its symptomatology and its morbid anatomy. (*Med. Record*, 29 avril.)

Crisafi (D.). Sul preteso riflesso cardiaco. (*Riv. di clinica pediatrica*, mai.)

Cumston (C. G.). The clinical aspects and differential diagnosis of appendicitis and typhoid fever. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Cunnington (C. W.). Observations upon the blood. (*Lancet*, 6 mai.) — Le sang.

Favarger (H.). Beitrag zur Aetiologie der Herzmuskelschwäche (Myasthenia cordis). (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 mai.)

Fränkel (A.). Asthma cardiale und Angina pectoris. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 avril.)

Fürbringer. Prognose und Therapie der Albuminurie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 mai.)

Gerhardt (D.). Die Pathogenese des Ikterus. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 mai.)

Goldberg (B.). Ueber die Müller'sche Modifikation der Donné'schen Eiterprobe. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 20 mai.) — Sur la modification apportée par Müller au procédé de Donné pour déceler le pus.

Henry (F. P.). Remarks on mitral stenosis. (*Amer. Medicine*, 20 mai.)

Herter (G.). Ueber künstliche Atmung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 mai.) — De la respiration artificielle.

Higgins (H.). Is man poltophagic or psomophagic ? (*Lancet*, 27 mai.)

MALADIES INFECTIEUSES

Abbott (A. C.). Note on the occurrence of epidemic cerebrospinal meningitis in Philadelphia, winter 1904-1905. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mai.)

Albu (A.). Zur Kenntnis der sporadischen einheimischen Dysenterie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 5-6.) — Sur la dysenterie indigène sporadique.

Allaire (G.). Névrite périphérique à la suite de la varicelle. (*Gaz. méd. de Nantes*, 27 mai.)

Allbutt (T. Clifford). On influenza. (*Brit. Med. Journ.*, 6 mai.)

Bahrdt (H.). Beobachtungen über Rötelnepidemien. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 mai.) — Epidémies de rougeole.

Bassenge (R.) et **Mayer** (M.). Zur Schutzimpfung gegen Typhus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 mai.) — Sur la vaccination antityphoïdique.

Brault (J.). Contribution à l'étude de la tuberculose chez les indigènes musulmans d'Algérie. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.)

Budden (C. W.). The diazoreaction in tuberculosis. (*Brit. Med. Journ.*, 6 mai.)

Chtcherbakov (A.). Un cas de pustule maligne cutanée (en russe). (*Prakt. Vratch*, 9 avril.)

Davidsohn (C.). Tödlich verlaufener Pockenfall, mit besonders starker Beteiligung der oberen Atmungs- und Verdauungsorgane. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 mai.) — Cas mortel de variole.

Donelan (J.). A case of cerebro-spinal meningitis; lumbar puncture; recovery. (*Brit. Med. Journ.*, 27 mai.)

Eminett (P.). Un cas de typhus exanthématique chez une fillette de cinq mois (en russe). (*Roussk. Vratch*, 2 avril.)

Falcioni (D.). Esame sierodiagnostico di 100 malati presentanti il quadro clinico della infezione tifoidea. (*Riforma med.*, 4 fév.)

Forli (V.). Sulle sindromi nervose post-malariche. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXV, 1.)

Fox (H.). The nature of paratyphoid fever and its closely allied infections. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, avril.)

Frauenthal (H. W.). Gonorrheal arthritis. (*Med. News*, 13 mai.)

Göppert (F.). Zur Kenntnis der Meningitis cerebrospinalis epidemica. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 et 29 mai.)

Hamburger (E.). Atypischer Masernverlauf. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 mai.) — Rougeole à évolution atypique.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bidon (H.). Exostoses multiples, syndrome syringomyélique d'origine hystérique et tuberculose pulmonaire chez un même sujet. (*Marseille méd.*, 15 mai.)

Bresler (J.). Wie beginnen Geisteskrankheiten? In-8°, 56 p. Halle. — Sur le début des affections mentales.

Bruining (J.). Eenige gevallen van progressieve neurotische spieratrophie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 6 mai.) — Quelques cas d'atrophie musculaire progressive.

Capogrossi (A.). Studio di un caso di epilessia Jacksoniana. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXV, 1.)

Caudron (L.). Incontinence nocturne d'origine hystérique chez un adulte syphilitique; guérison. (*Nord méd.*, 15 mai.)

Chardon et **Raviart**. De la longue durée de certains cas de paralysie générale; des rémissions qui surviennent dans cette maladie; à propos d'un cas personnel. (*Echo méd. du Nord*, 14 mai.)

Craig (M.). Psychological medicine; a manual on mental diseases. In-8°, 458 p. Londres.

Crocq (J.). Les phénomènes morbides d'habitude. (*Journ. de neurol.*, 20 avril.)

Dana (C. L.). The curability of early paresis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 mai.) — La curabilité de la paralysie générale au début.

Diller (T.). A case of long standing major hysteria characterized by a paroxysmal and fixed pain, mental depression, confusion, delirium with delusions, and hallucinations terminating in sudden recovery. (*Med. Record*, 13 mai.) — Attaque prolongée de grande hystérie, caractérisée par une douleur localisée et paroxystique, de la dépression et de la confusion mentale, du délire avec illusions, des hallucinations; guérison subite.

Donath (J.). Beiträge zu den progressiven Muskelatrophien. (*Wien. med. Presse*, 21 mai.)

Dubos (C.) et **Clapiès** (F.). Considérations sur la méningite apoplectiforme, à propos d'un cas d'hémorrhagie méningée au cours de la granulie; observation; autopsie. (*Montpellier méd.*, 26 fév.)

Fedeli (C.). Di un'emiplegia in pneumonico; contributo allo studio clinico e patogenetico delle paralisi pneumoniche. (*Riforma med.*, 18 et 25 fév.)

Féré (Ch.). Auréoles névropathiques. (*Rev. de méd.*, avril.)

Frenkel (H.) et **Langstein** (L.). Ueber angeborene familiäre Hypoplasie des Kleinhirns. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 5.) — Sur l'hypoplasie familiale congénitale du cervelet.

Fürbringer. Zur Bewertung des Tremors als Zeichen des Alkoholismus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 mai.) — Valeur sémiologique du tremblement dans l'alcoolisme.

Gaussel et **Gaujoux**. Un cas de paraplégie blennorrhagique. (*Montpellier méd.*, 19 et 26 fév.)

Grazzi (V.). Disturbi psichici ed otopatie. (*Gazz. degli Osped.*, 28 mai.)

Gruner (E.) et **Bertolotti** (M.). Syndrome de la calotte pédonculaire; hémiplégie alterne sensitivo-motrice; paralysie des mouvements associés de l'élévation, de l'abaissement, de la convergence des deux globes oculaires, avec atteinte de la musculature interne des yeux et conservation parfaite des mouvements associés de la bilatéralité. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Allen (C. W.). The treatment of eczema and impetigo in children. (*Med. Record*, 20 mai.) — Le traitement de l'eczéma et de l'impétigo chez les enfants.

Bering (F.). Pili moniliformes. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXV, 1.)

Bulkley (L. D.). Dermatitis seborrhoica and its relations to alopecia and other conditions. (*Med. Record*, 13 mai.)

Buschke (A.). Ueber eine an der Brust lokalisierte bemerkenswerte Nævusform. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXV, 1.) — Variété particulière de nævus, localisée au sein.

Eger. Ueber Nagelveränderungen nach acuten Krankheiten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 mai.) — Sur les altérations des ongles consécutives aux maladies aiguës.

Fünfter internationaler Dermatologen-Kongress, abgehalten in Berlin vom 12.-17. September 1904. Verhandlungen und Berichte. T. II. In-8°, XXXII-1028 p. avec fig. Berlin. — Compte rendu du cinquième Congrès international de dermatologie, tenu à Berlin en 1904.

Hastings (T. W.). Purpura hemorrhagica. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Jadassohn (J.). Hautkrankheiten bei Stoffwechselanomalien. In-8°, 122 p. Berlin. — Les affections cutanées dans les troubles de la nutrition.

Joseph (M.). Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1. Teil : Hautkrankheiten. 5e éd. In-8°, 408 p. avec fig. Leipzig. — Traité de dermatologie.

Joukovsky (V.). Un nouveau signe de la syphilis congénitale (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 7.)

Kistiakovsky (E.). Le pityriasis rosé de Gibert (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, avril.)

CHIRURGIE

Beck (Carl). Metacarpal fissure, a fracture type not heretofore described, and some points regarding treatment of metacarpal fracture. (*New York Med. Journ.*, 20 mai.)

Caubet (H.). La tuberculose du coccyx. (*Rev. de chir.*, août et sept. 1904 et mai.)

Cohn (W.). Ueber die isolierte Ruptur der Symphysis ossium pubis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 3.)

Currie (O. J.). Transperitoneal ligature for aneurism of external iliac artery. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Dörfler (H.). Weitere Erfahrungen über Appendizitis, mit besonderer Berücksichtigung der Frühoperation. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 avril et 2 mai.) — Sur l'appendicite, notamment au point de vue de l'intervention précoce.

Döring (H.). Beitrag zur Lehre von der idiopathischen Osteopsathyrosis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 1-3.)

Ekehorn (G.). Die anatomische Form des Volvulus und Darmverschlusses bei beweglichem Cæco-colon ascendens. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 3.) — La variété anatomique du volvulus et de l'occlusion intestinale dans les cas de mobilité du cæcum et du côlon ascendant.

Emanuel (R.). Ueber chorioepitheliomartige Wucherungen in Hodenteratomen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — Des proliférations chorio-épithéliomateuses dans les tératomes du testicule.

Faure (J.-L.). Leçons de clinique et de technique chirurgicales (Charité, Hôtel-Dieu, 1899-1904). In-8°, 284 p. avec fig.

Fieschi (D.). Beitrag zum Studium der branchiogenen Neubildungen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXV, 1.) — Sur les néoplasmes branchiogènes.

Fioravanti (L.). Un caso di edema duro traumatico del dorso della mano. (*Clinica moderna*, 12 avril.)

Fischer (A.). Einige Bemerkungen zu den Operationen der Zungencarcinome. (*Pest. med.-chir. Presse*, 21 et 28 mai.) — Sur les interventions pour cancer de la langue.

Forgue. L'opération de Thiersch; l'extraction nerveuse dans le traitement de la névralgie faciale. (*Montpellier méd.*, 12 fév.)

Försterling (K.). Beitrag zur Ranulafrage. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 3.) — Sur la grenouillette.

García Lagos (H.). Angiocolitis aguda de origen apendicular; colecistotomía. (*Rev. méd. del Uruguay*, mars.)

Garmachev (V.). Des blessures occasionnées par les balles japonaises (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, avril.)

Gaudier (H.). A propos d'un cas d'acné hypertrophique du nez; son traitement instrumental. (*Echo méd. du Nord*, 7 mai.)

Giuliano (E.). Contributo al flemmone ligneo postoperativo. (*Gazz. degli Osped.*, 21 mai.)

Gorokhov (D.). Contribution à l'étude des ostéotomies (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 5.)

Greyerz (W. von). Ueber die oberhalb von Dickdarmverengerungen auftretenden Darmgeschwüre. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 1-3.) — Les ulcérations intestinales en amont des rétrécissements du gros intestin.

Gröndahl (N. B.). Om æthernarkosens indflydelse paa nyrerne; et bidrag til spörgsmaalet om narkosernes skadelighed. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai.) — Influence de l'éthérisation sur le rein.

Gross (H.). Die Lymphangiectasie der Leiste und andere Folgeerscheinungen der Lymphstauung : Die Lehre der Adenolymphocele und ihre Bedeutung für die französische Litteratur; eine historisch-kritische Studie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 3.)

Grünenwald (Th.). Ueber Struma intratrachealis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 3.)

Guibal. Kyste hydatique du foie; migration intrapéritonéale de la poche hydatique sans rupture; ascite; laparotomie; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Haberer (H.). Entwicklung und heutiger Stand der Appendizitisfrage. (*Wien. med. Presse*, 23 avril.)

Hagenbach (E.). Ueber Bruchsackdivertikel. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 3.) — Sur les diverticules du sac herniaire.

Harbin (R. M.). Ventral decubitus as an aid to drainage for diffuse purulent peritonitis. (*Med. Record*, 20 mai.)

Hardon (R. W.). Perilous calms of appendicitis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 16 fév.) — Les accalmies traîtresses de l'appendicite.

Hardouin. Un cas d'angiome du quadriceps fémoral. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Hays (G. L.). Intestinal perforation complicating typhoid fever. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 avril.)

Hermes. Ueber Spontanabstossung einer Darminvagination. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 1-3.) — Elimination spontanée d'une anse intestinale invaginée.

Hoffmann (P.). An operation for the cure of chronic bursitis, especially adapted to housemaid's knee. (*New York Med. Journ.*, 6 mai.)

Hutchinson (J.). The value of the vermiform appendix in the treatment of ulcerative and membranous colitis. (*Brit. Med. Journ.*, 13 mai.)

Inge (J. M.). Remarks on treatment of fulminating appendicitis. (*Med. News*, 13 mai.)

Ingianni (G.). Calcificazione del tendine di Achille come postumo raro della Achillotenotomia. (*Gazz. degli Osped.*, 28 mai.)

Janssen (P.). Zur Technik der Amputatio penis. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 20 mai.)

Karewski (F.). Ursache, Verhütung und Behandlung des perityphlitischen Anfalls. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 et 25 mai.) — Causes, prophylaxie et traitement de l'attaque appendiculaire.

Karpeles (M. J.). Pancreatic cyst. (*Amer. Medicine*, 13 mai.)

Kartch-Kartchevsky (S.). Des moyens de transport dans la guerre actuelle; quelques mots sur les paquets individuels de pansement (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, avril.)

Katzenstein (M.). Die Unterbindung der Aorta, ihre physiologische und ihre therapeutische Bedeutung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 3.) — La ligature de l'aorte, son importance physiologique et thérapeutique.

Keefe (J. W.). The surgery of Meckel's diverticulum. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 16 fév.)

UROLOGIE

Gallant (A. E.). Nephropexy, pro and con. (*New York Med. Journ.*, 29 avril.)

Grosz (S.). Ueber nichtgonorrhoische Urethritis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXV, 1.) — De l'uréthrite non blennorrhagique.

Guépin (A.). Le traitement de l'hypertrophie sénile de la prostate. In-16, 142 p.

Gundersen (A.). Prostatahypertrofiens operative behandling. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai.)

Hüter (C.). Hämonephrose und Nierenkrebs. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 mai.) — Hémonéphrose et cancer du rein.

Lilienthal (H.). The treatment of prostatic hypertrophy by enucleation through a suprapubic incision. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Löb (R.). Ueber Urethritis non gonorrhoica und Irritationsurethritiden. (*Monatsberichte für Urologie*, X, 4.)

Lydston (G. F.). Contribution to the plastic surgery of the urethra. (*New York Med. Journ.*, 29 avril.)

Oppel (V.). Les traumatismes sous-cutanés du rein au point de vue clinique (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XXI, 1.)

Pilcher (P. M.). Studies on the pathology and etiology of obstructive hypertrophy and atrophy of the prostate gland. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Rovsing (Th.). Indikationer og kontraindikationer for nefrektomi, særligt ved nyretuberkulose. (*Hospitalstidende*, 31 mai.) — Indications et contre-indications de la néphrectomie, notamment dans la tuberculose rénale.

Ruggles (E. W.). The cause of incontinence as a sequel of prostatectomy. (*Ann. of Surgery*, avril.)

OPHTALMOLOGIE

Pohlman (A. G.). The etiology of eye strain from a phylogenetic and ontogenetic standpoint. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 mai.) — Sur l'étiologie de l'asthénopie.

Rogers (F. T.). Reclination of the lens under certain conditions a justifiable operation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 avril.) — L'abaissement du cristallin, opération légitime dans certaines circonstances.

Salzer (F.). Leitfaden zum Augenspiegelkurs. In-8°, 107 p. avec fig. Munich. — Précis d'ophtalmoscopie.

Schweinitz (G. E. de). Concerning metastatic ophthalmitis, with the report of a case of this affection which developed 31 days after confinement. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mai.)

Seggel. Zur Frage nach dem Wesen der progressiven Myopie. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 mai.)

Standish (M.). Eye strain as a factor in functional nervous disabilities. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 23 fév.) — L'asthénopie dans les maladies nerveuses fonctionnelles.

Teillais. Nouveau symptôme oculaire de la maladie de Basedow. (*Gaz. méd. de Nantes*, 20 mai.)

Valk (F.). Rheumatism and the eye muscles. (*Med. News*, 29 avril.) — Rhumatisme et muscles de l'œil.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Doléris (J.-A.). De la bartholinite et de son traitement. (*Gynécologie*, fév.)

Durante (G.) et **Piqué** (L.). Epithélioma ectoplacentaire ou déciduome malin. (*Gynécologie*, fév.)

Filonovitch (V.). Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine à terme (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 6.)

Fleischmann (C.). Beitrag zur Kasuistik des Adenoma hidradenoides vulvæ. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.)

Fritsch (H.). Die Krankheiten der Frauen. 11e éd. In-8°, 662 p. avec fig. Leipzig. — Les maladies des femmes.

Fuchs (H.). Zur Alexander-Adams'schen Operation; Ergebnisse aus 220 Fällen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 20 mai.)

Gasparini (A.). Esiste un serio pericolo nella conservazione di parte della cervice uterina nella isterectomia sub-totale? (*Gazz. degli Osped.*, 7 mai.)

Goffe (J. R.). The technic of abdominal and vaginal operations for the relief of fibromyomatous tumors of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Grad (H.). Sarcoma of the uterus, with remarks on radiotherapy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Hammer (F.). Kasuistischer Beitrag zur Hebotomie. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 mai.) — Pubiotomie.

Hirst (J. C.). Vaginal atresia complicating labor. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Hörmann (K.). Gibt es histologische Indizien für das Chorioepithelioma « benignum »? (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 2.)

Horrocks (P.). On a case of concealed menstruation; with remarks on treatment. (*Lancet*, 13 mai.) — Hématocolpos.

Jackson (J. M.) et **Torbert** (J. R.). Glycosuria in pregnancy. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 9 fév.) — Glycosurie gravidique.

Jellett (H.). A manual of midwifery. In-8°, 1184 p. Londres. — Manuel d'obstétrique.

Kisch (E. H.). Ueber Wellenbewegung pathologischer Prozesse im Sexualleben des Weibes. (*Wien. med. Presse*, 28 mai.) — Sur la périodicité des phénomènes pathologiques au cours de la vie sexuelle de la femme.

Klisitch (R.). Contribution à l'étude de l'échinocoque des trompes de Fallope (en russe). (*Roussk. Vratch*, 23 avril.)

Knoop (C.). Beitrag zur Kasuistik der intrauterinen Fremdkörper. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 mai.) — Corps étranger intra-utérin.

Krachevsky (S.). Dilatation bimanuelle du col utérin pendant le travail (en russe). (*Roussk. Vratch*, 9 avril.)

Labhardt (A.). Bemerkungen zu den biologischen Theorien der Eklampsie. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 2.)

Lampe (R.). Beitrag zur abdominalen Radikaloperation des carcinomatösen Uterus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.)

Liepmann (W.). Zur Dienst'schen Eklampsietheorie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 avril.)

NOUVELLES

ALLEMAGNE

Nous avons signalé à plusieurs reprises la rigueur de la visite médicale que l'on fait subir aux immigrants avant leur entrée aux Etats-Unis. Afin d'éviter les frais qui leur incombent lorsque les émigrants qu'elles transportent sont refusés, les Compagnies de navigation maritime des divers pays prennent toutes les précautions nécessaires pour protéger la santé de ces passagers. Il semble que c'est à Hambourg que l'on a adopté les meilleures dispositions à cet égard : une des Compagnies faisant le service des émigrants a fait construire, il y a quelques années, de grands halls destinés à abriter ceux-ci lors de leur séjour dans ce port avant leur embarquement. Les résultats obtenus ayant été reconnus bons, et, d'autre part, ces halls étant devenus insuffisants, la Compagnie va faire construire huit baraques pouvant contenir chacune 120 lits avec chambre séparée pour le surveillant, disposées suivant les règles de l'hygiène moderne et pourvues, pour chaque groupe de quatre baraques, d'un baraquement spécial destiné à la buanderie, aux étuves, cabinets d'aisance, etc.

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Bien que la statistique de la mortalité d'une ville pendant une période donnée ait un intérêt presque exclusivement local, elle peut néanmoins permettre de se faire une idée de l'heureuse influence exercée par l'application de mesures hygiéniques rationnelles. La ville de Chicago fournit à cet égard une démonstration péremptoire.

La mortalité générale de cette grande ville était en 1893 de 21.2 ‰; en 1904 elle n'est plus que de 13.6 ‰, ce qui représente, en l'espace de douze ans, un abaissement de plus d'un tiers. Mais cette diminution est plus sensible si l'on envisage seulement les enfants : pour les nourrissons au-dessous d'un an, de 246 ‰ qu'elle était en 1893, la mortalité est descendue à 126 ‰ en 1904, soit une réduction de moitié environ; pour les enfants de un à cinq ans, la léthalité qui atteignait 35 ‰ en 1893 s'est abaissée jusqu'à 12 ‰ en 1904, c'est-à-dire des deux tiers.

Cet abaissement de la mortalité générale n'a pas été sans influence sur la durée moyenne de la vie : en 1893, l'âge moyen des décédés était de vingt-deux ans dix mois; en 1904, il s'est élevé à trente-deux ans six mois.

PRUSSE

Nous avons fait connaître il y a six semaines environ la marche de l'épidémie de méningite cérébrospinale jusqu'à la fin du mois d'avril pour l'ensemble du royaume, et jusque vers les derniers jours du mois de mai pour la Silésie (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 267-268).

Depuis lors, les renseignements qui nous sont parvenus prouvent que la situation a subi une amélioration manifeste : alors que dans la seconde quinzaine du mois de mai, on a compté 386 cas et 234 décès pour toute la Prusse, dont 333 cas et 210 décès en Silésie, dans la première moitié du mois de juin le chiffre des cas s'est abaissé à 201 avec 123 décès pour l'ensemble du royaume, et, sur ce total, la Silésie a fourni 169 cas, dont 112 mortels. C'est donc, pour la morbidité aussi bien que pour la mortalité dans le royaume entier, une diminution de 48 % environ qui s'est produite du 15 mai au 15 juin, et il est particulièrement heureux que cette diminution soit sensiblement aussi prononcée en Silésie que pour l'ensemble de la Prusse : en effet, des chiffres précités, il résulte que, dans cette province, la proportion des cas nouveaux a baissé de bien près de 50 % et celle des décès de 42 %.

Depuis le début de l'épidémie, l'affection a frappé dans les diverses provinces du royaume 3,000 personnes, dont 1,584 ont succombé; sur ce total, la Silésie entre pour 2,726 cas, dont 1,457 mortels, soit, en chiffres ronds, pour 91 % des cas et 92 % des décès.

SUISSE

Le Conseil fédéral vient de transmettre les actes de la Conférence internationale pour la protection ouvrière aux divers Etats qui y ont pris part (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 252). La question devant être maintenant réglée par une Conférence diplomatique, afin qu'une convention internationale puisse être signée, le Conseil fédéral a demandé aux gouvernements intéressés de lui faire connaître si cette proposition leur convient et, dans l'affirmative, de désigner l'époque et le lieu où devra se tenir ladite Conférence.

appréciables; la main placée dans la région lombo-costale réveille par une pression énergique de la douleur à ce niveau. Le thermomètre marque 37°8, le pouls est à 104, régulier, bien frappé. Au total, l'état du malade ne semble pas présenter de gravité immédiate, surtout après une injection de morphine qui calme les douleurs.

Le lendemain matin, la situation a notablement empiré : le patient est très abattu, la faiblesse est extrême, le pouls misérable, difficile à compter; la température atteint 38°, la langue est sèche, il y a du hoquet. Le ventre a augmenté de volume, le météorisme est considérable et l'on constate dans le flanc droit une tumeur appréciable à la vue et plus encore à la palpation, formant une voussure compacte, de consistance inégale, mais sans fluctuation, ressemblant absolument au « gâteau » de l'appendicite; par le toucher rectal, on perçoit une tumeur faisant saillie à droite dans le petit bassin.

On intervient d'urgence, sous anesthésie à la cocaïne, car la chloroformisation paraît trop dangereuse. On tombe aussitôt sur le cæcum, distendu par des gaz et pourvu d'un appendice absolument sain; sur la paroi postérieure du cæcum et dans le tissu cellulaire de la région, on trouve, par contre, une infiltration séro-sanguine considérable, constituant une énorme masse gélatineuse résistante, sans pus nulle part, qu'on peut suivre jusqu'au haut du cæcum et sur le commencement du côlon; tout le fond de la fosse iliaque droite est le siège d'un œdème dur qui forme un relief très accusé. L'état du malade ne permet pas de poursuivre davantage ces recherches; on referme l'abdomen en laissant un drain.

La mort survint six heures après l'opération. L'autopsie fit découvrir, comme origine des lésions, une tumeur de la capsule surrénale droite, ayant le volume d'une orange; sous le microscope on la reconnut pour un sarcome à petites cellules. La soudaineté des accidents s'expliquait par la rupture d'un des vaisseaux qui sillonnaient la surface du néoplasme.

Comme le fait observer l'auteur, cette apparition brusque des accidents ne permettait guère de songer à une tumeur; le seul diagnostic qui eût offert quelque vraisemblance — en dehors de l'hypothèse d'appendicite — était celui de déchirure du rein avec hématome péri-rénal; mais l'absence de tout traumatisme suffisait à le faire écarter. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juin 1905.) — F. F.

Métastase utérine d'un cancer de l'estomac apparue au cours d'une grossesse et ayant nécessité l'opération césarienne, par M. A. Couvelaire.

Il est généralement admis que les organes qui sont le siège le plus fréquent des néoplasmes malins primitifs sont le plus rarement envahis au cours de la généralisation de ces tumeurs. Aussi l'observation publiée par M. Couvelaire, et qui a trait à une métastase utérine apparue, à la fin d'une grossesse, chez une malade atteinte d'un cancer de l'estomac, mérite-t-elle d'être signalée.

Une femme de trente-cinq ans, primipare, fut admise à la clinique Baudelocque, au cours du troisième mois de sa grossesse, pour des vomissements incoercibles qui ne relevaient pas seulement de l'état de gravidité, mais aussi d'un néoplasme méconnu de l'estomac. Le diagnostic une fois établi, on mit la patiente au repos absolu et on ne l'autorisa à prendre aucune autre nourriture que du lait et de l'eau par petites quantités. Sous l'influence de ce traitement, l'intolérance gastrique s'atténua au bout de quelques jours, et la malade fut bientôt à même de quitter le service, s'alimentant régulièrement et n'ayant plus que de rares vomissements alimentaires. L'utérus gravide était, à cette époque-là, absolument normal. Pendant quatre mois, la grossesse évolua sans incident; puis, on vit apparaître un léger œdème des membres inférieurs, prédominant à gauche, non douloureux. Peu après, cette femme se fit de nouveau admettre à la clinique Baudelocque. Le toucher vaginal ne révéla alors rien d'anormal, ni au niveau du col utérin, ni du côté du segment inférieur et des culs-de-sac vaginaux. Quelques semaines plus tard, la situation de la malade s'aggrava rapidement, de nouveaux symptômes, tels que diarrhée, ascite, dyspnée, etc., s'étant montrés, en même temps que l'état général devenait mauvais. La patiente se plaignant d'éprouver des douleurs vagues dans le bas-ventre, on pratiqua le toucher vaginal et on ne fut pas peu surpris de constater que les culs-de-sac vaginaux, le col et le segment inférieur de l'utérus étaient infiltrés et indurés. Ces deux parties de la matrice, qui, un mois auparavant, ne présentaient aucune modification cliniquement appréciable, étaient transformées en un canal rigide et inextensible s'opposant à la mise en train normale du travail (la fin des dernières règles datait de trois cent et un jours), ainsi qu'à l'expulsion du fœtus par les voies naturelles. En présence de cet état de choses, on jugea nécessaire de procéder d'urgence à l'opération césarienne, mais il était déjà trop tard : l'enfant avait expulsé dans l'œuf tout son méconium et ne put être ranimé. Quant à la mère, elle succomba, moins de deux mois après l'intervention, au milieu des symptômes de cachexie et avec de nouvelles métastases au niveau du gros intestin.

L'autopsie permit de vérifier anatomiquement le diagnostic clinique, l'étude histologique du col utérin et du côlon ayant mis en évidence des colonies néoplasiques issues d'un épithélioma tubulé, partiellement colloïde, de l'estomac.

L'évolution du néoplasme gastrique avec ses métastases avait été de treize mois, ce qui est à peu près la durée moyenne des cancers de l'estomac en dehors de la puerpéralité, de sorte que la grossesse ne semble pas avoir exercé, dans ce fait, une influence appréciable sur l'allure générale de la maladie. Par contre, elle paraît avoir joué un rôle dans la localisation secondaire du néoplasme, la cause de cette localisation exceptionnelle devant précisément être cherchée dans les modifications subies par l'utérus gravide et, en particulier, dans sa vascularisation excessive, vu que les organes les plus vasculaires sont habituellement le siège de prédilection des noyaux de généralisation des tumeurs malignes. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, mai 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur la nature de l'hémophilie, par M. H. Sahli.

Ayant eu récemment l'occasion d'observer 4 cas d'hémophilie héréditaire (dont 2 appartenant à une seule et même famille), l'auteur en profita pour instituer une série de recherches visant la nature et la pathogénie, si obscures encore, de cette affection.

L'examen morphologique du sang dénota, chez les malades en question, une diminution du taux des leucocytes polynucléaires neutrophiles avec prédominance des lymphocytes; le nombre total des globules blancs était tantôt normal, tantôt légèrement diminué, de sorte que la diminution du taux des polynucléaires était à la fois relative et absolue. Dans un cas, M. Sahli s'appliqua à déterminer le degré d'alcalinité du sang, le résidu sec du sérum et le point de congélation de celui-ci, sans constater aucune anomalie dans les résultats de ces diverses recherches. Chez le même malade, l'auteur a pu s'assurer que la teneur du sang en fibrine était également normale.

Par contre, la coagulation du liquide sanguin se montra, dans les 4 cas, considérablement ralentie, et cela à une époque où les patients ne présentaient aucune hémorrhagie. Cette particularité paraît tellement constante que M. Sahli lui attribue une valeur diagnostique. Le ralentissement de la coagulation se laisse plus nettement reconnaître à la fin de ce phénomène qu'au moment du début; la différence d'avec le sang normal est surtout marquée lorsqu'on opère sur une quantité quelque peu considérable de liquide. Les constatations contradictoires que l'on relève, dans la littérature médicale, relativement à la rapidité de la coagulation du sang hémophile semblent précisément dues, tout au moins en partie, à ce que les auteurs n'ont pas suffisamment tenu compte des deux conditions qui viennent d'être indiquées. D'autre part, il importe, dans ce genre de recherches, de se conformer à certaines règles, notamment d'utiliser le sang provenant d'une plaie fraîche, et non pas d'une plaie saignant déjà depuis longtemps, et de choisir le moment où le patient n'a pas d'hémorrhagie. C'est que les choses se passent, en effet, tout autrement lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorrhagie : la coagulation du sang qui s'écoule du point lésé peut, en pareille occurrence, subir une notable accélération, probablement en raison de la richesse de ce sang en substances coagulantes dont il se charge au contact des caillots; de plus, alors même que l'on examine, à ce moment-là, du sang provenant d'une piqûre fraîche faite sur une autre partie du corps, on constate qu'il se coagule plus ou, tout au moins, aussi rapidement que le sang normal, ce qui semble devoir être envisagé comme une réaction de l'organisme contre l'hémorrhagie.

Le fait de la persistance de l'hémorrhagie hémophilique malgré l'accélération de la coagulation du sang provenant de la blessure ne peut, d'après M. Sahli, s'expliquer que par une anomalie des parois des vaisseaux lésés : à l'état normal, ces parois participeraient d'une manière active au processus chimique de l'hémostase naturelle, tandis que, chez les hémophiles, cette participation manquerait complètement ou serait réduite au minimum.

Quant au défaut de coagulabilité du sang dans les intervalles des hémorrhagies, il tiendrait à une anomalie analogue des éléments cellulaires du sang ou des organes hématopoiétiques.

La conception pathogénique dont il s'agit permettrait aussi de comprendre la fréquence des hémorrhagies spontanées au cours de l'hémophilie, le chimisme défectueux des parois vasculaires étant lié à une fragilité ou à une perméabilité anormales (hémorrhagies par diapédèse) de ces parois. La même théorie rendrait également compte du mécanisme de ces *hémophilies locales* que M. Senator a décrites, par exemple, pour le rein.

Au point de vue thérapeutique, la seule indication que comporte l'hémophilie en tant qu'anomalie constitutionnelle consiste à relever l'état général du patient, surtout en assurant une alimentation abondante et appropriée. Le régime végétarien, préconisé par quelques auteurs, n'est nullement indiqué, la préférence que lui donnent ces auteurs étant basée sur la confusion de l'hémophilie avec le scorbut. Contre les hémorrhagies, on aura surtout recours à la compression et aux pansements avec de la gélatine. Il faut se méfier des injections sous-cutanées de sérum gélatiné; l'emploi hypodermique ou interne de l'adrénaline est également contre-indiqué. L'administration de la gélatine *per os* est inoffensive, mais sans grande utilité. Quant à l'usage de l'ergotine, il ne paraît nullement fondé, et les applications locales de perchlorure de fer semblent tout aussi irrationnelles. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 3-4.) — L. CH.

Secousses rythmiques de la tête (signe de Musset) dans la maladie de Basedow, par M. J. Zeitner.

Signalées d'abord dans quelques cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 479, et 1898, p. 415), les secousses rythmiques de la tête ont ensuite été observées également dans l'insuffisance aortique et dans l'artériosclérose diffuse (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 309 et 368). De son côté, M. Zeitner a eu l'occasion de noter le même phénomène chez 4 sujets hospitalisés dans le service de M. Schlesinger, à Vienne, et qui étaient atteints de goitre exophtalmique.

Le premier de ces patients était un homme de quarante-trois ans, chez lequel la maladie de Basedow se traduisait par toute une série de symptômes caractéristiques, tels que tachycardie (146 pulsations à la minute), exophtal-

mie, signes de Stellwag et de von Gräfe, etc. On remarquait, en outre, des oscillations rythmiques de la tête, qui, du reste, variaient d'intensité d'un jour à l'autre.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de vingt-sept ans, atteinte d'un goitre exophtalmique parfaitement caractérisé avec accélération très marquée du pouls (132 pulsations à la minute), et qui présentait des secousses rythmiques, synchrones au pouls et nettement perceptibles même à distance.

Le signe de Musset était également très net chez une autre patiente, âgée de quarante-sept ans et qui, entre autres manifestations typiques de la maladie de Graves, offrait une tachycardie accentuée, son pouls battant 130 fois à la minute.

La quatrième observation relatée par l'auteur a trait à une femme de trente-cinq ans, chez laquelle le goitre était accompagné d'exophtalmie, mais sans signe de von Gräfe et sans tachycardie, la fréquence du pouls ne dépassant pas 96. Dans ce cas encore, on constatait, la tête de la malade étant au repos, des oscillations rythmiques de l'extrémité céphalique, qui étaient, il est vrai, moins marquées que dans les trois premiers faits.

En se basant sur ces observations, M. Zeitner se croit autorisé à conclure que le signe de Musset constitue une des manifestations habituelles de la maladie de Basedow et fait partie de la symptomatologie de cette affection au même titre que de celle de l'anévrysme de la crosse de l'aorte, de l'insuffisance aortique ou de l'artériosclérose diffuse.

Reste à trouver une théorie pathogénique qui soit susceptible d'expliquer la présence de ce phénomène dans les divers états morbides en question. Peu satisfait des hypothèses qui ont été proposées à cet effet par différents auteurs, M. Zeitner s'applique d'abord à analyser le mécanisme des oscillations dont il s'agit. Ces mouvements, qui se produisent autour d'un axe passant par les articulations de la tête avec la colonne vertébrale, ne peuvent être réalisés que par une pression ou une traction de la tête soit en haut, soit en bas. Or, en ce qui concerne la maladie de Basedow, on ne voit aucun substratum anatomique pour l'une ou l'autre de ces éventualités, mais la *rapidité du pouls* semble fournir une explication plausible d'une pression s'exerçant de bas en haut : la forte dilatation systolique des grosses artères produirait dans la région de la mâchoire inférieure un resserrement qui aurait pour résultat de rejeter la tête en haut, tandis que, pendant la diastole, l'extrémité céphalique retomberait par son propre poids, ce mouvement étant encore accéléré par la chute brusque de la pression artérielle.

L'auteur serait porté à admettre cette interprétation pathogénique du signe de Musset non seulement pour le goitre exophtalmique, mais aussi pour l'insuffisance aortique, voire même pour l'anévrysme de la crosse de l'aorte et pour l'artériosclérose, encore que la rapidité du pouls ne relève pas ici du même processus que dans la maladie de Basedow. Toujours est-il que la différence de pression entre la systole et la fin de la diastole peut également être très accentuée dans ces affections.

En terminant, M. Zeitner fait remarquer que le signe de Musset ne constitue qu'une exagération des oscillations rythmiques de la tête qui se produisent à l'état normal, comme l'ont déjà, du reste, noté d'autres auteurs (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 198 et 410). Chez nombre de personnes saines, M. Zeitner a pu constater l'existence de ces secousses à la simple inspection, en recommandant aux sujets de tenir la tête fortement inclinée en avant. Les oscillations sont, toutefois, en pareille occurrence, fort peu étendues. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 mai 1905.) — L. CH.

Les diverticules du sac herniaire, par M. E. HAGENBACH.

L'auteur a recueilli, au cours des cures radicales de hernies, 6 faits de sacs diverticulaires, pendant ces dernières années; la découverte en a toujours été toute fortuite, mais ce nombre d'observations démontre bien que le cloisonnement sacculaire, plus ou moins complet, et de type variable, est moins exceptionnel qu'on ne le croirait, sur la foi des statistiques classiques. M. Hagenbach a, d'ailleurs, observé tous les degrés de cette division du sac, depuis le court prolongement, voisin du collet, jusqu'à la dualité complète, et ces différentes variétés sont figurées dans son mémoire. Il rappelle aussi que deux théories pathogéniques ont été produites, pour expliquer ces diverticules : il s'agirait, d'après l'une, de diverticules congénitaux du péritoine, qui sont entraînés au dehors avec le sac; d'après l'autre, la formation en serait secondaire et mécanique, telle ou telle partie du sac, moins résistante et de tissu moins fourni, exposée à plus de tension et de pression, finissant par se distendre en doigt de gant et s'isoler de plus en plus; au niveau de l'anneau interne, des diverticules du même genre donnent naissance aux hernies rétro-péritonéales. Mais, pour en rester au sac lui-même, ces notions, tout intéressantes qu'elles soient, ne sont pas neuves; ce qui l'est davantage, et ce qu'il convient de retenir du travail de M. Hagenbach, c'est que, d'une part, les diverticules sacculaires sont plus fréquents qu'on ne le croit — et on vérifierait sans doute le fait, comme l'auteur lui-même, en les cherchant bien, pendant la cure radicale et au moment où l'on isole le collet —; que, d'autre part, cette constatation n'est pas indifférente, un diverticule laissé en état et méconnu au cours de la cure radicale pouvant fort bien devenir le siège d'une récidive. La conclusion qui s'impose est un redoublement d'attention pendant le temps de libération du sac herniaire et de son collet. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 3.) — L.

Des cellules déciduales du col utérin dans le cas de grossesse intra-utérine, par M. BLUMBERG.

Pendant la grossesse, la muqueuse utérine subit un certain nombre de transformations consistant essentiellement en la multiplication et l'hypertrophie des cellules conjonctives : elle prend alors le nom de caduque. Jusqu'ici, on pensait que ces modifications se limitent à la muqueuse du corps ou à celle de la trompe, selon qu'il s'agit de grossesse intra ou extra-utérine. Dans le présent travail, M. Blumberg démontre, à l'aide de 2 faits observés par lui, qu'elles peuvent également atteindre la muqueuse du col, bien que l'œuf soit greffé sur celle du corps.

Le premier cas concerne une multipare enceinte de cinq mois, chez laquelle on dut provoquer l'avortement pour hémorrhagies répétées dues à un placenta prævia. Ce faisant, on s'aperçut qu'il existait sur la muqueuse du col de petites tumeurs polypoïdes, grosses comme des pois ou comme des fèves, et on les extirpa du même coup. A l'examen microscopique, on reconnut au sein du stroma conjonctif de ces néoformations, outre de petits kystes glandulaires, l'existence d'un certain nombre de volumineuses cellules polygonales avec un ou deux noyaux fortement colorés, et dont les dimensions contrastaient vivement avec celles des petites cellules conjonctives voisines. Entre les unes et les autres on trouvait cependant toutes les formes de transition. Par places, ces grosses cellules s'agglôméraient en foyers audessus desquels l'épithélium cervical était aplati, particularité qui s'observe également sur l'épithélium de la muqueuse du corps quand elle se transforme en caduque. La muqueuse de ces petits polypes avait donc subi des modifications en tout semblables à celles du corps pendant la grossesse.

La seconde malade de M. Blumberg avait eu une fausse couche de trois mois ayant nécessité un curettage. Au cours de ce dernier, on excisa un petit fragment de la muqueuse du museau de tanche et on y constata des altérations de structure analogues aux précédentes.

Les faits de ce genre sont encore très rares : l'auteur n'a pu en réunir que 7, y compris les siens; il est intéressant de noter que, 5 fois sur ces 7 cas, il y avait coexistence d'un placenta prævia. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 2.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'érysipèle par le sérum de convalescents de cette affection.

Diverses tentatives ont été faites pour utiliser le sérum provenant des convalescents d'une maladie infectieuse comme agent thérapeutique chez les sujets atteints de la même affection : il y a neuf ans, nous avons signalé les essais institués dans ce sens par M. Weisbecker contre la rougeole, essais continués l'année suivante par notre confrère à propos de la scarlatine (Voir *Semaine Médicale*, 1896, Annexes, p. CXXII, et 1897, Annexes, p. LIV); c'est contre cette dernière fièvre éruptive qu'étaient également dirigées les recherches plus récentes de M. von Leyden (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 108).

S'inspirant de ces travaux, M. le docteur L. Fornaca, privatdocent de pathologie interne à la Faculté de médecine de Turin, a eu l'idée d'essayer un traitement similaire dans 9 cas graves d'érysipèle de la face. Voici comment notre confrère a procédé :

Le sang destiné aux injections était prélevé sur des sujets venant de terminer une attaque d'érysipèle et qui avaient été soumis aux modes de traitement habituels; dans un de ces faits seulement on se servit du sang d'un convalescent qui avait lui-même été traité par la sérothérapie. La dose injectée à chaque fois varia, chez la majorité des malades, de 10 à 30 c.c., la quantité totale oscillant entre 20 et 68 c.c.; une fois, cependant, on alla jusqu'à 90 c.c., la dernière injection ayant été de 50 c.c.

Les résultats obtenus par ce mode de traitement auraient été fort encourageants, l'action des injections s'étant manifestée par une amélioration notable de l'état général, avec sensation de bien-être, retour de l'appétit, disparition de la céphalée, de l'assoupissement et des phénomènes délirants. En outre, lorsqu'il existait de l'albuminurie, celle-ci s'amenda rapidement et les éléments figurés disparurent de l'urine.

En ce qui concerne les effets de la sérothérapie sur la température, ils furent assez variables : dans 3 cas, la fièvre tomba complètement dès le lendemain de la première injection; dans 2 autres, l'apyrexie fut obtenue après la deuxième piqûre; le même résultat fut atteint lors de la troisième injection dans un sixième fait; chez les 3 derniers patients, le traitement ne paraît pas avoir exercé d'influence notable sur le tracé thermique.

Quant à l'état local, il n'a pas subi de modification appréciable.

Ajoutons que, chez aucun des malades ainsi traités, on n'a noté d'accidents pouvant être imputés au moyen thérapeutique employé; aucun non plus n'a présenté de récidives.

Le xylol contre la variole.

Bien que préconisé depuis près de vingt-cinq ans, le traitement de la variole par le xylol ne paraît guère avoir été employé jusqu'ici que par de rares médecins, tels que M. Oetvös (Voir *Semaine Médicale*, 1887, p. 65).

Or, cette médication vient d'être utilisée avec succès par M. le docteur J. Belin, médecin des hôpitaux de Paris, à la suite de recherches dont M. le docteur E. Longuet rend compte dans sa thèse inaugurale.

Tout comme M. Oetvös, notre confrère fait prendre le xylol par gouttes dans du vin; il en donne, chez les adultes, de 40 à 70 gouttes chaque jour dans les formes bénignes, de 90 à 120 gouttes dans les formes graves; chez les enfants, la dose quotidienne est de 20 gouttes. L'administration du médicament est continuée jusqu'à complète dessiccation des éléments éruptifs.

Sur 335 malades traités d'après ce procédé à l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers du 1er février 1904 au 1er mars 1905, 50 seulement ont succombé, ce qui représente une mortalité de 15 % environ. Or, dans la période qui précéda immédiatement l'institution de cet essai thérapeutique, la léthalité avait atteint le taux de 31.3 %, soit plus du double.

Les principaux avantages de cette médication seraient de faire avorter l'éruption, de prévenir les cicatrices, enfin — le xylol étant éliminé en grande partie par la voie pulmonaire — de supprimer les mauvaises odeurs habituellement si intenses dans les locaux où sont soignés les varioleux.

Traitement prophylactique des éruptions sériques par l'ingestion de chlorure de calcium.

De nombreux moyens ont été préconisés pour prévenir les accidents consécutifs aux injections de sérums thérapeutiques, mais ils sont à peu près complètement abandonnés à l'heure actuelle, aucun ne s'étant montré réellement efficace. C'est pourquoi il nous paraît intéressant de signaler les bons résultats que le chlorure de calcium — médicament dont les propriétés coagulantes sont bien connues et ont été maintes fois utilisées — a donnés à M. le docteur A. Netter, médecin des hôpitaux de Paris, contre les éruptions consécutives aux injections de sérum antidiphtérique, résultats qui se trouvent consignés dans la thèse inaugurale de M. le docteur Maurice Cousin.

M. Netter fait ingérer aux enfants atteints de diphtérie, pendant trois jours consécutifs, une dose quotidienne de 1 gramme de chlorure de calcium en solution dans l'eau, la première prise étant administrée au moment de l'injection de sérum antidiphtérique. Il est prudent de répéter cette médication chaque fois que l'on fait une nouvelle injection sérothérapique.

Sur 114 petits diphtériques soumis à ce traitement prophylactique, 11 seulement eurent quelque éruption. Sur une série parallèle, comprenant le même nombre d'enfants qui avaient reçu le même sérum, et présentant la même proportion de cas graves et de cas légers, on vit survenir 20 fois une éruption. Encore parmi les 11 faits du premier groupe, 4 paraissent-ils douteux : dans un, le diagnostic ne put être vérifié, et, pour les 3 autres, l'administration du chlorure de calcium fut cessée après une seule prise ou instituée trop tard. Au reste, sans même faire abstraction de ces 4 observations, on trouve pour la première série un pourcentage de 9.64 d'éruptions, tandis que cette proportion s'élève à 17.54 dans la seconde. Le traitement préventif par le chlorure de calcium diminuerait ainsi de près de moitié la fréquence des éruptions post-sérothérapiques.

Le bisulfate de soude contre la fièvre typhoïde.

D'après l'expérience d'un confrère américain, M. le docteur J. E. Cannaday, chirurgien du Sheltering Arms Hospital de Paint Creek, on obtiendrait d'excellents résultats contre la fièvre typhoïde par l'usage interne du bisulfate de soude, sel que M. Friedländer a employé avec succès, il y a six ans, comme antiseptique chirurgical (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 48). M. Cannaday fait prendre aux dothiénentériques, toutes les trois heures, 2 grammes de bisulfate de soude dissous dans 60 grammes d'eau. Cette solution, qui ne provoque pas de nausées, est facilement acceptée par les malades.

Depuis un an qu'il a recours à ce mode de traitement, notre confrère l'a appliqué à 85 cas de fièvre typhoïde, qui lui ont donné une mortalité de 8 % seulement. Dans tous, le bisulfate de soude a agi comme désinfectant intestinal non toxique; grâce à cette médication, on a pu assurer l'antisepsie de la bouche, éviter le tympanisme abdominal et diminuer l'abondance de la diarrhée.

L'infusion de prêle comme traitement local des aphtes.

Depuis une douzaine d'années, M. le docteur Jacques de Montmollin (de Neuchâtel) emploie avec succès l'infusion forte de prêle comme traitement local des aphtes. C'est ainsi que, chez une femme âgée, atteinte d'un aphte extrêmement douloureux de la lèvre inférieure, trois bains locaux avec cette infusion suffirent pour calmer les douleurs, qui avaient jusque-là résisté aux badigeonnages à la cocaïne, et au bout de quelques jours la lésion était cicatrisée. Une autre malade, présentant des aphtes confluents de la cavité buccale et du voile du palais, assez nombreux pour empêcher la déglutition et avoir amené un certain degré d'amaigrissement, fut, elle aussi, rapidement soulagée par l'application de tampons d'ouate imbibés de l'infusion de prêle, applications qu'elle faisait elle-même devant un miroir; la guérison était complète après une semaine de ce traitement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juillet 1905.

L'albuminurie dans ses rapports avec le diabète.

M. Lancereaux donne lecture d'un travail dans lequel il soutient, contrairement à l'opinion généralement admise, que l'albuminurie qui se rencontre dans le cours du diabète n'est pas due au passage du sucre à travers les reins. L'albuminurie, en effet, est exceptionnelle dans le diabète pancréatique où la glycosurie atteint, comme on le sait, les chiffres considérables de 300, 400 et même 1,100 grammes par vingt-quatre heures, tandis qu'elle est relativement fréquente dans le diabète gras (diabète arthritique) où la glycosurie ne dépasse pas habituellement 100 grammes.

Les conditions pathogéniques de l'albuminurie dans le diabète sont, d'après l'orateur, au nombre de trois. Il faut citer tout d'abord les cas où intervient une maladie intercurrente, la tuberculose en particulier; en pareille occurrence, les urines, denses, épaisses, colorées, peu abondantes, renferment une forte proportion d'albumine floconneuse et des cylindres hyalins : il s'agit d'une néphrite épithéliale absolument indépendante du diabète, et liée à la maladie générale. En second lieu, ce peut être l'artériosclérose qui détermine une atrophie consécutive des reins; les urines sont alors peu denses, limpides, décolorées et abondantes, et ne présentent guère que des leucocytes; à l'examen microscopique, le précipité albumineux est peu abondant, et, dans beaucoup de cas, purement lactescent. Ce sont là les signes d'une néphrite artérielle qui peut être constatée par l'examen anatomique, et qui, de même que le diabète, se rattache à l'arthritisme. Cette néphrite se complique fréquemment d'urémie.

Enfin, on observe un certain nombre de diabétiques qui, sans maladie intercurrente et sans artériosclérose, présentent une albuminurie généralement abondante (2 à 4 grammes), augmentant à la suite des émotions et du surmenage, mais ne retentissant pas sur la santé générale. Les urines de ces malades ne renferment du reste ni cylindres, ni leucocytes, et leur coloration, ainsi que leur densité, sont à peu près normales. Ce *diabète albumineux*, comme l'appelle M. Lancereaux pour distinguer les sujets qui en sont atteints de ceux des deux groupes précédents, est rattaché par lui à un désordre de l'innervation bulbaire.

Pylorectomie, avec gastrectomie plus ou moins étendue, dans le cancer de l'estomac.

M. A. Poncet (de Lyon) communique, en son nom et au nom de M. X. Delore, 12 observations de cancers de l'estomac traités par la pylorectomie ou la gastrectomie, depuis deux ans, avec 4 décès et 8 guérisons.

Au point de vue de la technique opératoire, le procédé de rétablissement de la continuité digestive qui paraît préférable à l'orateur est la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, opération qui laisse au chirurgien toute latitude pour pratiquer une large exérèse; la récidive sera plus rare, de ce fait; en outre, si elle se produit, l'orifice situé à distance sera oblitéré beaucoup plus tardivement.

Quelques chirurgiens, ajoute M. Poncet, font la gastro-entérostomie dès le début de l'intervention, avant toute manœuvre de résection, afin d'assurer mieux l'asepsie de ce temps opératoire, qui nécessite la recherche de l'iléon au-dessous du mésocôlon transverse. Mais cette gastro-entérostomie « première » gêne les manœuvres opératoires suivantes; aussi vaut-il mieux pratiquer la gastro-entérostomie comme dernier temps de l'intervention.

Les suites opératoires immédiates de ces exérèses ont été relativement bénignes. Sauf dans 2 cas terminés dans le collapsus rapide, les opérés n'ont pas présenté de shock : le jour même de l'intervention, le pouls ne dépasse pas 100 pulsations à la minute; le lendemain, il a toujours été normal; quant à la température, elle a oscillé autour de 38°, dans les 8 cas guéris, pendant deux ou trois jours, pour tomber alors à la normale. Les douleurs disparaissent rapidement.

En ce qui concerne l'avenir de ces malades, l'orateur déclare que, sur 5 interventions datant d'un an, avec guérison opératoire, on n'a constaté qu'une récidive; les 3 autres pylorectomisés guéris restent en bonne santé après vingt-six mois, dix-huit mois et quinze mois.

En présence de ces résultats, M. Poncet estime que tout sujet *suspect* de cancer de l'estomac doit être soumis à une laparotomie qui, suivant les circonstances, demeurera purement exploratrice ou sera complétée par la gastrectomie. Ce faisant, on appliquera au cancer de l'estomac les règles classiques vis-à-vis des cancers des autres organes (rectum, langue, utérus, etc.), dont l'exérèse large et précoce est actuellement la seule thérapeutique efficace.

Quant à la gastro-entérostomie, elle sera réservée, à titre d'opération palliative, aux tumeurs primitives ou récidivées, anatomiquement inextirpables. Elle doit donc n'avoir que la seconde place dans la thérapeutique du cancer gastrique, car elle ne peut rien contre les néoplasmes qui n'obstruent pas le pylore.

Sur les causes de la faible mortalité infantile dans la ville du Creusot.

M. Pinard lit, à propos d'une note de M. Variot, un rapport dans lequel il établit que le taux de la mortalité infantile au Creusot, pendant la période décennale de 1893 à 1902, n'a pas dépassé 11.04 %, chiffre bien inférieur à celui de la mortalité infantile moyenne en France pendant la même période (16 %), et surtout beaucoup plus faible que celui qui a été constaté dans les centres manufacturiers ou industriels en général et dans les villes (20.8 % dans les villes de 30,000 à 100,000 habitants).

D'après le rapporteur, le facteur principal qui au Creusot diminue la mortalité infantile est l'élévation du salaire, qui permet aux femmes d'allaiter leurs enfants; en outre, la « puériculture avant la naissance » y est réalisée par ce fait que les filles mères cessent leur travail et reçoivent l'assistance vers le cinquième mois environ de leur grossesse; enfin, après l'accouchement, les femmes ne sont autorisées à reprendre leurs occupations que si un certificat médical constate qu'elles peuvent le faire sans nuire à leur santé ni à celle de leur enfant.

De l'influence du sel marin sur l'évolution des œufs et des larves d'ankylostome dans les galeries des mines de houille.

M. Calmette (de Lille) communique, en son nom et aux noms de MM. François et Breton, un certain nombre d'expériences qui confirment d'une manière générale les résultats obtenus par divers auteurs, concernant la toxicité du chlorure de sodium pour les larves d'ankylostome, et qui démontrent, en outre, que l'influence du sel ne s'exerce d'une manière réellement efficace et rapide qu'à une concentration élevée.

La présence d'eaux fortement salées dans les galeries des mines de houille peut donc rendre celles-ci réfractaires à l'infestation par l'ankylostome, comme M. Manouvriez l'a récemment soutenu, mais il est invraisemblable que l'épandage de sel marin ou la pulvérisation d'eau salée à 2 %, dans les galeries infestées où l'eau d'infiltration n'est pas chlorurée, suffise à détruire les larves d'ankylostome.

La désinfection et la préservation des mines peuvent être plus efficacement obtenues par la recherche et la guérison des mineurs porteurs du ver et par l'interdiction de déposer des déjections au fond de la mine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 juillet 1905.

De l'hypertrophie partielle des muscles striés.

M. Mignon (médecin militaire). — J'ai eu l'occasion d'observer une curieuse lésion musculaire, qui peut entraîner des erreurs de diagnostic et dont je n'ai pas trouvé la description dans les auteurs classiques. Il s'agit d'une hypertrophie partielle, siégeant notamment au niveau de la partie supérieure des muscles jumeaux ou solcaire et donnant tout à fait l'impression d'une tumeur, au point qu'elle peut faire croire, dans la région poplitée, à l'existence d'un kyste. Cette hypertrophie est surtout perceptible pendant la contraction du muscle; la tuméfaction qu'elle détermine disparaît au contraire dans le relâchement, ce qui rend le diagnostic facile, pour peu qu'on songe à la possibilité de cette lésion.

M. Potherat. — J'ai observé un fait analogue, chez une femme qui présentait, au niveau du bord inférieur du grand pectoral droit, une petite tumeur fusiforme à grand axe parallèle aux fibres du muscle. Ayant fait une incision sur cette tuméfaction, je ne trouvai aucun tissu anormal et ne pus enlever qu'une masse musculaire dont l'examen histologique a montré que la structure était normale.

M. Poirier. — Les jumeaux étant un des sièges de prédilection des ruptures musculaires, je me demande si ces hypertrophies musculaires partielles, dont M. Mignon vient de nous parler, ne correspondent pas à une inégale répartition des fibres musculaires après une rupture.

M. Michaux. — Les faits que vise M. Mignon me paraissent aussi appartenir au domaine des ruptures musculaires.

M. Tuffier. — On pourrait encore admettre l'existence d'un rapport entre ces hypertrophies partielles et les hernies musculaires.

M. Hartmann. — Celles-ci présentent des symptômes tout à fait opposés à ceux que M. Mignon a observés, puisque, dans la hernie musculaire, la tumeur disparaît lors de la contraction du muscle.

M. Guinard. — Je crois au contraire avoir expérimentalement démontré que, dans la hernie musculaire, la tumeur durcit quand le muscle se contracte.

Traitement des kystes hydatiques du foie.

M. Guinard. — Chez une femme de vingt-cinq ans, atteinte d'un volumineux kyste hydatique du foie, j'ai ponctionné la poche, j'y ai injecté une solution de formol au centième, puis j'ai largement ouvert la cavité kystique et enlevé la membrane fertile, enfin j'ai suturé soigneusement la poche, sans le moindre capitonnage, et refermé l'abdomen; le résultat a été excellent. Aussi suis-je absolument convaincu que le capitonnage est inutile dans le traitement des kystes hydatiques.

Dans un autre cas, je suis intervenu de la même façon, par la voie transpleurale, pour un kyste hydatique de la face convexe du foie, chez une femme qui avait été précédemment opérée par un de nos collègues pour un kyste de la face inférieure de l'organe. Quelques mois plus tard, la malade est revenue dans mon service avec une voussure nouvelle au niveau de ma cicatrice opératoire; j'ai fait une ponction qui m'a permis d'évacuer un litre de bile aseptique, et le liquide ne s'est pas reformé ultérieurement. On pourrait penser que cet écoulement biliaire ne se serait pas produit si j'avais pratiqué le capitonnage; mais je crois qu'il s'agit là d'un accident bien rare, et qu'il n'y a pas lieu de capitonner les kystes pour l'éviter.

M. Bazy. — Dans un cas de très volumineux kyste hydatique du foie, pour lequel je ne pouvais pas songer à employer le capitonnage, je me contentai de suturer incomplètement la poche en laissant un petit drain; celui-ci donna issue à de la bile pendant quelque temps, puis cet écoulement se tarit spontanément. Comme M. Guinard, je crois donc qu'il est tout à fait inutile de compliquer l'opération par le capitonnage, auquel d'ailleurs la plupart des chirurgiens ont renoncé.

M. Arrou. — Je puis vous citer une observation tout à fait identique à celle que M. Bazy vient de relater; il s'agit d'un malade que j'avais opéré d'un kyste hydatique du foie, par la méthode moderne, sans capitonnage; il s'est produit chez lui une fistule biliaire, mais elle a guéri très simplement.

Des opérations conservatrices dans le traitement des annexites.

M. Delbet. — J'ai eu l'occasion de pratiquer une salpingostomie, dans un cas de double salpingite, avec oblitération de l'orifice externe de la trompe, dans le but de laisser à la malade la possibilité de concevoir; le résultat a été excellent, et cette femme a eu depuis lors une grossesse normale.

Dans le traitement des annexites, j'ai, comme la plupart de nos collègues, commencé par enlever les annexes en conservant l'utérus, mais j'ai vu bien souvent mes opérées continuer à souffrir. Dans une deuxième phase de ma pratique, j'ai, au contraire, enlevé l'utérus chaque fois que l'état des annexes nécessitait l'ablation bilatérale de celles-ci; les résultats ont été excellents, et aucune des femmes que j'ai ainsi traitées n'a plus souffert du ventre; d'autre part, je n'ai jamais observé d'inconvénients sérieux résultant de la castration totale, en dehors des bouffées de chaleur qu'on peut toujours atténuer par l'administration de préparations ovariennes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 juillet 1905.

Adénomes des capsules surrénales, avec athérome généralisé et hypertension artérielle.

M. Widal relate, en son nom et au nom de M. Boidin, l'observation d'une femme de trente-six ans, alcoolique et atteinte d'ectasie aortique, qui fut prise brusquement d'une hématémèse abondante et d'une paraplégie flasque complète. La mort survint au bout de quelques jours par infection d'une eschare sacrée. La tension artérielle, mesurée pendant la vie, atteignait 20 millimètres de mercure.

L'autopsie permit de constater l'existence d'une artérite généralisée, d'ulcères de l'estomac, d'un foyer de ramollissement de la moelle et d'adénomes multiples des capsules surrénales, lesquelles étaient manifestement augmentées de volume. Il existait, en outre, une dilatation totale de l'aorte avec athérome diffus.

Les lésions vasculaires intéressaient surtout les artères gastriques : au niveau de l'ulcère le plus récent apparaissait une artériole béante, qui était le siège d'une endartérite oblitérante.

Cette observation vient donc à l'appui des expériences de M. Josué sur le rôle des capsules surrénales dans le développement de l'athérome et des recherches de MM. Vaquez, Aubertin et Ambard sur les modifications de l'hypertension artérielle qui succèdent aux altérations des mêmes organes glandulaires (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 385 et 1904, p. 45 et 63).

Gangrène d'origine nerveuse des membres inférieurs.

M. Ferrier communique un cas de gangrène massive symétrique des membres inférieurs, ayant nécessité l'amputation, chez un sujet âgé de quarante-neuf ans, dans les antécédents duquel on ne relevait que quelques atteintes légères de paludisme.

L'examen des membres amputés a décelé un athérome accentué des artères, mais sans oblitération vasculaire. Les nerfs périphériques présentaient des lésions manifestes de dégénérescence wallérienne. Peu après l'amputation, apparurent des accidents médullaires (troubles des sphincters, eschares multiples) et vasomoteurs (asphyxie locale des membres supérieurs), qui permettent d'affirmer l'origine nerveuse de cette double lésion gangreneuse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 juillet 1905.

La prolifération vésiculaire exogène dans l'échinococcose humaine.

M. Devé (de Rouen). — Un malade chez lequel on était déjà intervenu, il y a deux ans, pour un kyste hydatique du foie, fut opéré à nouveau en mai dernier pour des kystes multiples de l'abdomen : on ouvrit successivement trois poches hépatiques et on réséqua l'épiploon, qui contenait plusieurs tumeurs échinococciques. Le malade mourut le lendemain de l'opération et on découvrit à l'autopsie, en plus des trois poches intra-hépatiques évacuées, quatre kystes péri-hépatiques, un kyste pelvien et un kyste de la rate.

Deux de ces quatre kystes péri-hépatiques avaient donné naissance à un groupe de petites vésicules exogènes. Le kyste du bassin renfermait également quatre vésicules exogènes. Ces divers kystes soit primitifs, soit secondaires présentaient tous le même type hydatique, à prolifération vésiculaire exogène sans aucune hydatide endogène.

Cette notion du développement éventuel de vésicules exogènes dans les localisations les plus diverses de l'échinococcose humaine est importante à connaître pour le chirurgien, qui, après avoir pratiqué l'ablation de la vésicule mère, devra toujours s'assurer que quelque hydatide exogène ne reste pas dans la poche fibreuse évacuée.

Influence de la macération de pancréas sur la glycémie et sur le pouvoir glycolytique du sang.

MM. R. Lépine et **Boulud** (de Lyon). — L'un de nous soutient depuis plusieurs années que le pancréas exerce sur la glycolyse une action surtout *indirecte*. L'expérience suivante vient à l'appui de cette opinion :

Nous prenons quelques grammes de pancréas de bœuf; nous les broyons avec du sable stérilisé et ajoutons un poids égal d'eau distillée; après plusieurs heures de macération, nous filtrons à la bougie, et nous injectons dans la veine d'un chien 5 c.c. de ce liquide. Il ne se manifeste dans les heures consécutives aucun symptôme appréciable, et, si nous saignons l'animal dans les dix premières heures, nous n'observons ni hypoglycémie, ni augmentation du pouvoir glycolytique du sang. Il n'en est pas de même si l'on attend vingt-quatre heures; à ce moment, on constate une hypoglycémie considérable et une forte augmentation du pouvoir glycolytique du sang. Il est à noter que ces deux phénomènes, signalés par l'un de nous il y a plus de dix ans, consécutivement à l'excitation des nerfs du pancréas, ne surviennent également dans ce cas qu'après un certain nombre d'heures.

Remarquons aussi que si on ajoute *in vitro* à du sang défibriné une proportion même beaucoup plus forte de macération de pancréas, on n'observe pas d'augmentation de la glycolyse.

Sur la rapidité de l'asphyxie par submersion.

M. Gréhant. — Je découvre chez un chien une artère carotide et je fais une première prise de sang, 23 c.c. environ, pour déterminer la capacité respiratoire du sang, définie par Paul Bert, que je trouve égale à 21.20 : c'est le volume d'oxygène qui a été absorbé par 100 c.c. de sang.

Je fais ensuite une seconde prise de sang égale à 15 c.c. et j'extrais les gaz du sang artériel normal, puis je plonge la tête de l'animal dans l'eau d'une grande cuve pendant une minute (exactement de soixante à soixante-dix secondes); j'aspire du sang rouge foncé, sang de l'asphyxie, et je n'y trouve plus que 3 c.c. 3 d'oxygène pour 100 c.c., au lieu de 11 c.c. 4, chiffre normal.

La comparaison des chiffres obtenus montre qu'au bout d'une minute d'immersion dans l'eau, la proportion d'oxygène est réduite entre le tiers et le quart de la proportion que contient le sang artériel normal.

L'animal est mort par arrêt de la respiration et de la circulation. La capacité respiratoire du sang (21.20) est environ double de la quantité d'oxygène que renfermait le sang artériel normal.

Caryocinèse dans la capsule surrénale du lapin rabique.

MM. Nicolas et **Bonnamour** (de Lyon). — Trois fois sur quatre, nous avons constaté de nombreuses figures de caryocinèse dans les capsules surrénales de lapins rendus rabiques

par inoculation intracérébrale de virus fixe. Ces figures se rencontrent surtout dans la substance glomérulaire et la substance fasciculée. On en voit quelques-unes seulement dans la substance médullaire; aucune ne se trouve dans la substance réticulaire.

Ce fait, non encore signalé, présente de l'intérêt au double point de vue de la morphologie de la capsule surrénale et de l'anatomie pathologique de la rage.

LETTRES DE SUISSE

Berne, le 24 juillet 1905.

L'othématome de l'oreille droite, spécial aux lutteurs montagnards suisses.

Dès la première moitié du dix-neuvième siècle, l'othématome et les déformations de l'oreille qui en proviennent avaient été signalés dans certains établissements d'aliénés par Bird et par Ferrus. On croyait alors que ces lésions résultaient d'un ramollissement partiel du cartilage de l'oreille externe et qu'elles étaient un symptôme de paralysie générale.

Mais il a été constaté depuis lors, et par Gudden en premier lieu, que les othématomes des aliénés sont presque toujours le résultat de violences de la part des infirmiers. Aujourd'hui, du reste, la plupart des médecins admettent que les othématomes, chez les fous aussi bien que chez les sains d'esprit, ont une origine traumatique et sont dus à une fracture partielle des cartilages du pavillon de l'oreille avec rupture des petites artères qui perforent ceux-ci.

Le manuel d'otologie le plus récent, celui de MM. Schwartze et Grunert, paru cette année même, s'exprime ainsi sur cette théorie: « L'origine traumatique de l'othématome est sûrement constatée, tandis que son origine non traumatique ne repose que sur le sol vacillant de l'hypothèse. »

L'othématome des lutteurs était déjà connu des anciens, comme le prouvent différentes statues reproduisant cette déformation, entre autres la belle tête en bronze de pugiliste du musée *delle Terme*, à Rome, ainsi que celle du gladiateur Borghèse, du musée du Louvre. La même altération de l'oreille a été décrite chez les lutteurs japonais, d'abord par Virchow, puis récemment par M. Yasuraburo Sakaki. Le lutteur japonais examiné par Virchow lui assura que cette déformation, très répandue parmi ses confrères, n'était pas causée par les coups de l'adversaire, mais par la force avec laquelle le lutteur lui-même cognait le côté de sa tête contre le thorax de l'autre combattant, de sorte qu'elle était considérée comme une preuve honorable de vaillance. M. Sakaki, dans un travail soigneusement illustré, a confirmé les observations de Virchow.

Jusqu'à présent, le public médical ignorait que l'othématome des lutteurs existât aussi en Europe, ce qui est cependant le cas.

En Suisse, les montagnards et les paysans se livrent à une lutte spéciale, nommée *Schwingen*, aux règles bien déterminées, et dans laquelle les combattants cherchent mutuellement à se renverser sur le sol. Pour obtenir ce résultat, un des moyens permis est la pression violente du côté droit de la tête contre la poitrine de l'antagoniste, ce qu'on appelle *Stechen* en patois suisse.

Les lutteurs qui emploient ce mouvement ont fréquemment le cartilage de l'oreille droite brisé, et 5 % d'entre eux au moins sont atteints d'othématome de l'oreille droite ou des déformations qui en résultent.

Le tragus pouvant échapper à la pression en s'enfonçant vers la cavité du conduit auditif externe ne présente aucune lésion; par contre, l'antitragus et surtout l'anthélix subissent un écrasement qui produit des fissures des cartilages et des ruptures de leurs vaisseaux. L'extravasation sous-cutanée de sang peut former, principalement dans la partie supérieure du pavillon, une tumeur qui parfois ne dépasse pas le volume d'une amande, mais atteint dans d'autres cas celui d'un œuf de pigeon. Cette tumeur est d'abord de couleur violacée, plus ou moins fluctuante et douloureuse à la pression. Elle ne se résorbe que lentement et partiellement, en se transformant le plus souvent en bosselures irrégulières. La déformation définitive est toujours considérable et le pavillon reste dur et rétréci. Les résultats les plus fâcheux que j'aie observés, au point de vue esthétique, provenaient malheureusement d'othématomes traités chirurgicalement, par la ponction ou par l'incision.

Du reste, les lutteurs atteints de cette affection ne demandent pas, en général, à être débarrassés d'un mal qui ne les incommode guère, et refusent même le simple massage, anodin, mais trop long. J'ai eu d'ailleurs l'impression que certains d'entre eux sont presque aussi fiers de cette déformation que leurs collègues japonais.

J'ai recueilli jusqu'à présent 14 observations d'othématome de l'oreille droite parmi nos lutteurs suisses.

Je dois ajouter que cette petite affection n'influence nullement le sens de l'ouïe.

Dr A. VALENTIN,
Professeur extraordinaire d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE PARIS

Arnal (H.). Contribution à l'étude de l'utérus sénile.

Bernard (G.). L'asile des aliénés criminels de Gaillon; sa nécessité; son organisation future.

Bocquilion (E.). Etude expérimentale et comparée de l'action des différentes méthodes d'éducation physique sur le développement corporel et sur le développement de la force musculaire.

Bordessoule (E.). De la phlébite dans l'appendicectomie à froid.

Calvet (M.). Contribution à l'étude de la virulence expérimentale du bacille de Koch dans les pleurésies tuberculeuses à épanchement séreux.

Carnus (J.). Etude comparative des divers traitements de l'infection puerpérale.

Chazal (P.). Contribution à l'étude de l'hystéro-neurasthénie traumatique: le syndrome hystéro-neurasthénique provoqué par le travail à l'air comprimé.

Clainquart (L.). Les neurasthénies rurales.

Clément (E.). Sur le thorax en entonnoir.

Daget (J.). La hernie est-elle accident du travail?

Delaunay (Mme C.). De la radiothérapie dans les cancers du sein.

Delespine (J.). Métrorrhagies et affections annexielles.

Denoix (P.-F.-H.). Contribution à l'étude des luxations des quatre derniers orteils.

Dubus (A.). Contribution à l'étude de la contagion directe de la fièvre typhoïde à l'hôpital chez les enfants.

Duclaux (H.). L'ostéomyélite de la hanche; formes cliniques.

Etienne (L.-F.-M.). Maternité et misère; assistance par les refuges-ouvroirs.

Faugère (R.). Fractures du radius chez les automobilistes.

Ferlaud (C.). Des fractures diaphysaires des deux os de l'avant-bras.

Galland (F.). Contribution à l'étude des indications actuelles de l'hystérectomie vaginale.

Genevoix (A.). L'avortement provoqué dans le cas de bassin extrêmement rétréci.

Granfelt (C.). Des vomissements périodiques chez les enfants et de leurs relations avec l'appendicite.

Guenot (C.-F.). Contribution à l'étude des fractures des métatarsiens.

Gueskine (Mlle R.). Les hémolysines bactériennes.

Jouanne (G.). Contribution à l'étude de l'origine hépatique des hémorrhoïdes.

Lagleize (L.). Des injections intra-cervicales d'eau à 50 degrés pendant le travail.

Lemaitre (R.). Contribution à l'étude de la technique opératoire de la suture des plaies du cœur.

Leremboure. Plaies du nerf radial au tiers supérieur de l'avant-bras.

Morvan (P.). Contribution à l'étude de la paralysie spinale antérieure aiguë de l'adulte.

Nicolas (P.). De l'emploi du suc gastrique de porc dans le traitement des dyspepsies du nourrisson.

Noiré (H.). Règles générales de radiothérapie déduites du traitement des teignes et des cancers.

Peyrache (J.). Des tumeurs malignes de la vulve et du vagin chez la petite fille.

Poirson (Ch.). Les œdèmes lymphangitiques du bras après les exérèses larges du sein pour cancer.

Pujos (H.). De l'examen systématique et de l'ablation de l'appendice au cours des laparotomies.

Sommelet (H.). Contribution à l'étude de la gangrène symétrique des extrémités (maladie de Raynaud) chez les enfants.

Voulfovitch (Mme). Pathogénie du sommeil, en particulier dans les tumeurs cérébrales.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Donati (M.). Contributo allo studio delle formazioni limitanti il canale inguinale nell'uomo. (*Atti dell'Accad. delle scienze di Torino*, XL, 6.)

Farabeuf (L.-H.). Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires, du périnée et du pelvis. In-8°, 219 p. avec fig.

Jacobsohn (L.). Ueber Fibræ arciformes medullæ spinalis. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 16 avril.)

Klodnitzky (N.). Sur la forme et la disposition des granulations des leucocytes polynucléaires (en russe). (*Roussk. Vratch*, 30 avril.)

Morozov (D.). Un cas de situation anormale du cæcum avec mésentère commun chez un adulte (en russe). (*Roussk. Vratch*, 2 avril.)

Omeltchenko (Th.). Les cavités accessoires de l'oreille moyenne, leur développement et leur signification (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XXI, 1.)

Ruzicka (V.). Poznámky k theorii vitálního barvení histologického. (*Casopis lékaru ceskych*, 8 avril.) — Sur la théorie de la coloration vitale.

Schottländer (J.). Ueber mehreiige Follikel und mehrkernige Eizellen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — Sur les follicules à ovules multiples et sur les ovules multinucléés.

Schwalbe (G.). Jahresberichte über die Fortschritte der Anatomie und Entwicklungsgeschichte. Band IX (Literatur 1903). 3. Teil. In-8°, 1181 p. Iéna. — Revue annuelle des progrès de l'anatomie et de l'embryologie.

Selenev (I. F.). Ueber einen histologischen Fund in der Haut (anscheinend ein neuer epidermoidaler Nerv?). (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 mai.)

Sereni (S.). Ricerche sul « Nebenkern » delle cellule pancreatiche. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXV, 1.)

Sobotta (J.). Atlas d'anatomie descriptive. (Ed. française par A. Desjardins.) 1re partie: ostéologie, arthrologie, myologie. In-4°, 441 p. avec texte et planches.

Wright (G. A.) et **Preston** (C. H.). Handbook of surgical anatomy, 2e éd. In-8°, 224 p. Londres.

Yazouta (K.). Contribution à l'anatomie chirurgicale de l'artère méningée moyenne (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 30 avril.)

MÉDECINE

Faber (K.). Beiträge zur Pathologie der Verdauungsorgane, Arbeiten aus der medizinischen Klinik in Kopenhagen. T. Ier. In-8°, 318 p. avec fig. Berlin. — Pathologie des organes de la digestion.

Gans (E.). Ueber einen Fall von Indikan-Ausscheidung durch die Haut. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 mai.) — Elimination d'indican par la peau.

Hijmans van den Bergh (A. A.). Enterogene cyanose. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 18 mars.)

Kerschensteiner (H.). Zur Leukanämiefrage. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 mai.)

Marchiafava (E.). Sopra due casi di sclerosi delle arterie coronarie. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXV, 1.)

Margain (L.). Contribution à l'étude de l'origine du pigment dans le diabète bronzé et de la pathogénie de cette affection. (*Rev. de méd.*, mai.)

McFarland (J.). The etiology and pathology of gastric ulcer. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mars.)

Mering (J. von). Lehrbuch der inneren Medizin. 3e éd. In-8°, 1183 p. avec fig. Iéna. — Traité de pathologie interne.

Meyer (E.). Ueber Diabetes insipidus und andere Polyurien. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIII, 1-2.)

Müller (G.). Ungewöhnliche Dilatation des Herzens und Ausfall der Vorhofsfunction. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 5-6.) — Dilatation extrême du cœur et arrêt des oreillettes.

Naumann (H.). Zur Prophylaxe und Therapie der Lungenblutungen. (*Deutsche Aerzte-Ztg.*, 1er mai.) — Prophylaxie et traitement des hémorrhagies pulmonaires.

Oefele (von). Der Breiesser als pathologische Figur. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 25 mai.) — Le mangeur de bouillies au point de vue pathologique.

Oliveira (O. de). Do choque precordial. (*Thèse de Rio-de-Janeiro.*)

MALADIES INFECTIEUSES

Hamel. Deutsche Heilstätten für Lungenkranke; geschichtliche und statistische Mitteilungen. 2. Teil. (*Tuberkulose-Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, 4.) — Les sanatoria allemands pour tuberculeux.

Jones (W.). The diagnosis and treatment of typhoid fever. (*New York Med. Journ.*, 20 mai.)

Khokhlovkine (A.). Meningitis cerebro-spinalis epidemica apoplectiformis (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 9, 16 et 23 avril.)

Kiréiev (M.). Ueber die Alkaleszenz des Blutes bei akuten exanthematischen Infektionskrankheiten. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 13 mai.) — Sur l'alcalinité du sang dans les fièvres éruptives.

Krämer (C.). Die Häufigkeit der Tuberculose des Menschen nach den Ergebnissen von Leichenuntersuchungen und Tuberculinprüfungen, und ihre Bedeutung für die Therapie. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, L, 2.) — Sur la fréquence de la tuberculose humaine.

Lamoureux. Amygdalite à bacilles fusiformes avec stomatite. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 mai.)

Mircoli (S.). Sulla interpretazione delle iperglobulie dei tubercolosi e dell'eccitamento da tubercolina. (*Gazz. degli Osped.*, 30 avril.)

Mourzine (M.). La fièvre typhoïde dans l'armée [russe] de 1887 à 1902 (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, avril.)

Panichi (L.). Osservazioni sulla malaria umana. (*Policlinico*, 14 mai.)

Parsons (H. F.). The epidemiology of influenza. (*Brit. Med. Journ.*, 6 mai.)

Pasteur (W.). On pneumococcal sore-throat, with notes of a fatal case. (*Lancet*, 27 mai.) — Sur l'angine pneumococcique.

Perrin (M.) et **Blum** (P.). Petite épidémie de variole à Nancy en 1904. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er et 15 mai.)

Souza (C. de). Pneumococcia num hemophilico. (*Rev. med. de S. Paulo*, 30 avril.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Halipré (A.). Aphasie amnésique. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 avril et 10 mai.)

Haskovec (L.). Opar pasovy a innervacni segmenty misni. (*Casopis lékaru ceskych*, 15 avril.) — Le zona dans ses rapports avec les territoires segmentaires de l'innervation sensitive.

Heiberg (P.). Et tilfælde af myxœdem kompliceret med et bulløst hududslet. (*Ugeskrift for Læger*, 27 avril.) — Myxœdème compliqué d'un exanthème bulleux.

Herz (M.). Die Entstehung des Quinquaudschen Phänomens. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 mai.)

Hoffmann (H.) et **Marx** (H.). Zur Kenntnis des Quinquaud'schen Zeichens. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 mai.) — Sur le signe de Quinquaud.

Holden (W. A.). A case of mind blindness unique in that the entire mesial surface of both occipital lobes and both optic radiations were preserved. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — Cécité psychique avec intégrité de la totalité de la face interne des deux lobes occipitaux et des deux radiations optiques.

Holst (M. von). Kasuistischer Beitrag zur Aetiologie der Myelitis transversa lumbalis acuta. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 mai.)

Lannois (M.) et **Jambon** (A.). Thrombophlébite du sinus longitudinal supérieur chez un paralytique général. (*Lyon méd.*, 14 mai.)

Leszynsky (W. M.). The disorders of the nervous system arising in the course of chronic nephritis. (*Med. Record*, 20 mai.)

Leubuscher (P.) et **Bibrowicz** (W.). Die Neurasthenie in Arbeiterkreisen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 mai.) — La neurasthénie dans la classe ouvrière.

Marburg (O.). Die topische Diagnostik der Mittelhirnkrankheiten. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 mai et 1er juin.) — Sur le diagnostic du siège des affections mésocéphaliques.

Meyer (E.). Ueber psychische Infektion (inducirtes Irresein). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 mai.) — De la folie communiquée.

Monro (T. K.). 2 cases of unilateral convulsions and paralysis in young subjects associated with exudative erythema. (*Brit. Med. Journ.*, 27 mai.)

Nery (M.). Da curabilidade da paralysia geral progressiva. (*Rev. med.-cirurgico do Brazil*, janv., fév. et mars.)

Neurath (R.). Klinische Studien über Poliomyelitis: Klinische Untersuchungen an 240 Fällen von spinaler Kinderlähmung. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 5.) — Recherches cliniques sur 240 cas de paralysie spinale infantile.

Paquet (A.). Sur un cas de myélite syphilitique précoce. (*Echo méd. du Nord*, 28 mai.)

Pennato (P.). Morbo di Parkinson post-infettivo e famigliare. (*Riforma med.*, 11 fév.)

Redlich (E.). Ueber Steigerung der Hautreflexe auf der paretischen Seite bei organischen Hemiparesen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mai.) — Sur l'exagération des réflexes cutanés du côté atteint au cours des hémiparésies d'origine organique.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Klotz (H. G.). Intramuscular injections of insoluble preparations of mercury in syphilis. (*Med. News*, 29 avril.)

Kreibich (K.) et **Polland** (R.). Refraktometrische Untersuchungen exsudativer Dermatosen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXV, 1.)

Malinowski (F.). Hydroa vacciniformis. (*Gaz. lekarska*, 11 et 18 fév.)

Martin-Roux (H.). Mycosis fongoïde à ulcérations profondes et multiples, traité et guéri par les toxines solubles du streptocoque de l'érysipèle. (*Rev. de méd.*, mai.)

Meyer (O.). Ueber Pikrinsäureverwendung bei Hautkrankheiten, besonders bei Ekzem. (*Therap. Monatsh.*, mai.) — Sur l'emploi de l'acide picrique dans les dermatoses, notamment dans l'eczéma.

Miller (D. J. M.). A case of menstrual urticaria. (*Med. Record*, 13 mai.)

Möller (M.). Den mikroskopiska undersökningen af sekreten vid prostitutions-besiktningen. (*Hygiea*, avril.) — L'examen microscopique des sécrétions lors de la visite des prostituées.

Roth (V.). Zur Kasuistik des hyperkeratotischen gonorrhoischen Exanthemes. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 mai.)

Willson (R. N.). Syphilis with late or absent secondary eruption. (*New York Med. Journ.*, 20 mai.)

Zeissl (M. von). Die Diagnose und Behandlung der venerischen Erkrankungen und ihrer Complicationen beim Manne und Weibe. 3e éd. In-8°, 300 p. avec fig. Vienne. — Diagnostic et traitement des maladies vénériennes et de leurs complications.

PARASITOLOGIE

Bernabei (C.). Echinococco latente del fegato; ascesso occulto da echinococco. (*Riforma med.*, 28 janv. et 4 fév.)

Leichtenstern (O.). Studien über Strongyloides stercoralis (Bavay) (Anguillula intestinalis und stercoralis), nebst Bemerkungen über Ancylostomum duodenale. (*Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, XXII, 2.)

Letulle (M.). La bilharziose intestinale. (*Arch. de parasitol.*, IX, 3.)

Messineo (G.). Ulteriore ricerche sulla azione patogena degli elminti intestinali. (*Giorn. med. del R.° Esercito*, avril.)

Prowazek (S.). Ueber den Erreger der Kohlhernie (*Plasmodiophora brassicæ* Woronin) und die Einschlüsse in den Carcinomzellen. (*Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, XXII, 2.) — Sur l'agent pathogène de la maladie du chou et les inclusions des cellules cancéreuses.

Schaudinn (F.) et **Hoffmann** (E.). Ueber Spirochaete pallida bei Syphilis und die Unterschiede dieser Form gegenüber anderen Arten dieser Gattung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 mai.)

Schulze (F. E.). Cytorhyctes luis Siegel. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 mai.)

Stenitzer (R. von). Ueber Trypanosomen. (*Wien. med. Wochensch.*, 29 avril et 6 mai.)

Stiles (C. W.). The new Asiatic blood fluke (Schistosoma japonicum, 1904; Schistosoma Cattoi, 1905) of man and cats. (*Amer. Medicine*, 20 mai.)

Tenholt (A.). Ueber Anchylostomiasis. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 mai.)

Wright (J. H.). The biology of the microorganism of actinomycosis. (*Publications of the Massachusetts General Hospital*, I, 1.)

CHIRURGIE

Kokoris (D.). Ueber akute primäre Kolitis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 mai.)

König (F.). Ueber die Berechtigung frühzeitiger blutiger Eingriffe bei subcutanen Knochenbrüchen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 3.) — Sur la légitimité de l'intervention sanglante précoce dans les fractures sous-cutanées.

Kritzky. Les suites d'un traumatisme du thorax avec ruptures des viscères abdominaux (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, avril.)

Kuhn (H.). Zur Kasuistik und Therapie der Elephantiasis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 mai.)

Lauenstein (C.) et **Revenstorf** (H.). Wie ist die Entstehung der Blutungen in der Schleimhaut operativ entfernter Wurmfortsätze zu erklären? Insbesondere: Ist es wahrscheinlich, dass diese Schleimhaut-Blutungen zurückzuführen sind auf die mechanischen Insulte des Wurmfortsatzes und seines Mesenteriolums bei der Operation? (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 1-3.) — Les hémorrhagies de la muqueuse appendiculaire sont-elles imputables au traumatisme que subit l'appendice ou son méso au cours de l'opération?

Laval (E.). Guide chirurgical du praticien pour les opérations journalières, avant, pendant et après chaque opération. In-18, 680 p. avec fig.

Lendorf (A.). Om kronisk parotitis. (*Hospitalstidende*, 3 et 10 mai.)

Lewis (D.). Immediate abdominal section. (*New York Med. Journ.*, 6 et 13 mai.)

Libman (E.). Sarcoma of the small intestine, with extensive metastasis in the heart muscle and embolism of the superior mesenteric artery. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — Sarcome de l'intestin grêle, avec métastase volumineuse dans le myocarde et embolie de l'artère mésentérique supérieure.

Lifchitz (I.). Des poussées inflammatoires dans les lymphangiomes (en russe). (*Roussk. Vratch*, 30 avril.)

Lilienfeld. Die Luxatio ossis lunati volaris eine Luxatio ossis capitati dorsalis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 3.)

Lorenz (H.). Ein Beitrag zur Lehre von der Invagination. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 1-3.)

Mabit. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des kystes hydatiques de l'abdomen. (*Rev. de chir.*, mai.)

Magalhaes (C.). Ferimento do peito por arma de fogo; extracção da bala; cura. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 avril.) — Plaie du poumon par arme à feu; extraction de la balle; guérison.

Mally et **Richon** (L.). Contribution à l'étude des impotences fonctionnelles consécutives aux traumatismes articulaires; amyotrophies réflexes; altérations des centres trophiques spinaux; traitement des affections articulaires traumatiques. (*Rev. de chir.*, fév., avril, mai, juillet, août, sept. et oct. 1904; mars, avril et mai.)

Marchetti (L.). Contributo alla cura delle ulceri varicose e delle superfici granulanti col metodo di Scott Schley. (*Gazz. degli Osped.*, 21 mai.)

Marsh (J. P.). Report of a case of laminectomy for gunshot wound of the spine. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — Laminectomie pour plaie de la moelle par coup de feu.

Martinet et **Bégouin**. Rupture de la vessie chez un jeune homme de 23 ans auquel avait été pratiquée une double cure radicale de hernie inguinale. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 14 mai.)

Matti (H.). Beiträge zur Chirurgie des Magenkrebses; über 97 (101) Magenresektionen wegen Carcinom, mit Berücksichtigung der Fernresultate hinsichtlich Radikalheilung und Wiederherstellung der Magenfunktionen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 1-3.) — 97 (101) gastrectomies pour cancer, notamment au point de vue de la guérison définitive et du rétablissement des fonctions de l'estomac.

McArthur (L. L.). Pneumatocele of the cranium. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 mai.)

Montini (A.). Ferita del fegato; emorragia epatica; resezione di costa; tamponamento; guarigione. (*Gazz. degli Osped.*, 18 mai.) — Plaie du foie; hémorrhagie hépatique; résection d'une côte; tamponnement; guérison.

Mosetig-Moorhof (von). Ueber Radikaloperationen bei tuberkulöser Koxitis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 mai.)

Moullin (C. Mansell). The after-history of patients upon whom gastric operations have been performed; second series. (*Brit. Med. Journ.*, 13 mai.) — Résultats éloignés de quelques opérations sur l'estomac.

Müller (A.). Zur Kenntnis der Hodenembryome. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 3.) — Sur les embryomes testiculaires.

Mumford (J. G.). Certain aspects of bile duct disease. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 2 mars.) — Sur quelques particularités des affections des voies biliaires.

Neumann (A.). Zur Behandlung der Herzverletzungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 mai.) — Le traitement des plaies du cœur.

Nové-Josserand (G.). Précis d'orthopédie. In-18, 595 p. avec fig.

Pedrazzini (F.). I traumi del capo e le loro conseguenze indirette sull'encefalo. (*Gazz. med. lombarda*, 17 et 24 avril, 1er et 8 mai.)

Pers (A.). Om resektion af kolon. (*Ugeskrift for Læger*, 4 et 11 mai.)

Petrouliss (S.). Procédé vaginal de résection du rectum chez la femme (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XXI, 1.)

Pick (R. E.). Two cases of gastrostomy with examination of stomach walls by means of the cystoscope. (*Med. News*, 29 avril.)

Pólya (E. A.). Ein neues Verfahren zur Radikaloperation grosser Schenkelbrüche. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 6 mai.) — Nouveau procédé pour la cure radicale des hernies crurales volumineuses.

Rebentisch. Zur Kenntnis der Rissfrakturen der Fingerendglieder. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, mai.) — Sur les fractures par arrachement des phalangettes.

Ricard (A.) et **Launay** (P.). Technique chirurgicale. 2 vol. In-18, 1121 p. avec fig.

Richardson (M. H.). A case of chylous cyst of the abdomen. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 9 fév.)

Richter (J.). Ein Beitrag zur Kenntnis der traumatischen Luxationen des Fusses am Talocruralgelenke. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 1-3.) — Sur les luxations tibio-tarsiennes traumatiques.

UROLOGIE

Harrison (R.). Prostatectomy. (*Med. Record*, 13 mai.)

Rumpel (O.). Ueber den Wert der Kryoskopie für die Nierenchirurgie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 3.) — Valeur de la cryoscopie en chirurgie rénale.

Scheben. Beitrag zur Wirkungsweise der Edebohls'schen Operation. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 mai.) — Sur les effets de la décapsulation du rein.

Thomas (J. L.). Remarks on complete prostatectomy founded on 15 cases. (*Brit. Med. Journ.*, 20 mai.)

Thorndike (P.). Has the catheter a place in the treatment of chronic prostatic hypertrophy? (*Ann. of Surgery*, avril.)

Watson (F. S.). Some anatomical points connected with the performance of prostatectomy, with remarks upon the treatment of prostatic hypertrophy. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Wiener (J.). Suprapubic prostatectomy without ether or chloroform, by use of nitrous oxide gas anæsthesia. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Young (H. H.). Conservative perineal prostatectomy; the results of two years' experience and report of 75 operations. (*Ann. of Surgery*, avril.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Jaks (A.). Ueber die Statik und Mechanik des weiblichen Beckens. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 2.) — Statique et dynamique du bassin de la femme.

Lingen (L. von). Un cas de grossesse extra-utérine à terme (en russe). (*Roussk. Vratch*, 30 avril.)

Mayer (J.). Ueber die manuelle Lösung der Nachgeburt. (*Prag. med. Wochensch.*, 18 et 25 mai.) — Sur le décollement manuel du placenta.

McCann (F. J.). On the treatment of puerperal infection. (*Lancet*, 27 mai.)

Miller (C. C.). Inflammation of the glands of Bartholin. (*New York Med. Journ.*, 15, 22 et 29 avril et 6 mai.)

Nobl (G.). Zum Kapitel der Graviditätsdermatosen (Impetigo herpetiformis, pyodermite végétante). (*Wien. med. Wochensch.*, 20 et 27 mai.)

Perrin. Ueber einen Fall von Ileus nach Salpingitis gonorrhoica. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 mai.)

Pick (L.). Zur Lehre vom Epithelioma chorioectodermale. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 mai.)

Pitha (V.). O nádorech placentárních. (*Sbornik klinický*, VI, 4.) — Les tumeurs placentaires.

Polano (O.). Das klinische Verhalten des Adenomyoma corporis uteri. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 2.)

Reed (C. B.). Persistent mentoposterior positions. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Reifferscheid (K.). Zur Methodik der Sterilisation. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 mai.) — Sur la technique de la stérilisation [facultative de la femme].

Riddell (J. S.). Ten abdominal sections for abnormal pregnancies and obstructed labours. (*Lancet*, 6 mai.) — Dix cas de laparotomie pour grossesse anormale et dystocie.

Schauenstein (W.). Zur Kasuistik der intraabdominalen Tumoren der Ligamenta rotunda uteri. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 mai.)

Schenk (F.). Ueber die Vermehrung der Hämagglutinine im Wochenbett. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 mai.) — Sur l'augmentation des agglutinines dans les suites de couches.

Schumann (E. A.). Secondary metastatic implantation of carcinoma in the vagina. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Seitz (L.). Zur Frage der Luteinzellenwucherung in atretischen Follikeln während der Schwangerschaft. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 mai.) — Sur les proliférations des cellules lutéiniques des follicules atrésiés, au cours de la grossesse.

Stoffel (A.). Untersuchungsergebnis eines Frühstadiums von Blasenmole, zugleich ein Beitrag zur Aetiologie derselben. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — Examen anatomique d'une môle vésiculaire au début.

Stolberg (M.). Hæmatometra in Cornu rudimentario uteri bicornis. In-8°, 87 p. Leipzig.

Tate (M. A.). Hematoma of the ovary. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Thring (E. T.). Carcinoma of the uterus and its surgical treatment. (*Lancet*, 13 mai.)

Turenne (A.). Consideraciones terapéuticas sobre dos casos de eclampsia. (*Rev. méd. del Uruguay*, mars.)

Vallois. Vomissements incoercibles; avortement provoqué; guérison. (*Montpellier méd.*, 12 mars.)

Ward (G. G.). Common causes of gynecological disease, with some remarks on prophylaxis. (*Med. News*, 13 mai.)

Wiggin (F. H.). Treatment of complete uterine and vaginal prolapse. (*Lancet*, 13 mai.)

Winckel (F. von). Handbuch der Geburtshilfe. T. II, 3e partie. In-8°, p. 1453 à 2428, avec fig. Wiesbaden. — Traité d'obstétrique.

Young (E. B.). The effect of tubal abscess upon the position of the ureter. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 16 fév.)

PÉDIATRIE

Arraga (A.). Asma y tuberculosis en la infancia. (*Arch. latino-americanos de pediatria*, avril.)

Audeoud (H.). Triple pneumonie de la base gauche chez un garçon de dix ans. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai.)

Audry et **Sarvonat**. Rétrécissement congénital du pylore chez un nourrisson. (*Lyon méd.*, 7 mai.)

Bendix (B.). Lehrbuch der Kinderheilkunde. 4e éd. In-8°, 628 p. avec fig. Vienne. — Traité de pédiatrie.

Burnet (J.). Manual of diseases of children. In-8°, 416 p. Londres. — Manuel des maladies des enfants.

Crisafi (D.). Sulla importanza del fegato e sugli effetti che in esso si determinano nelle tossi-infezioni gastro-intestinali dei bambini. In-8°, 128 p. Messine.

Curl (S. W.). Blood changes in meningitis in children. (*Lancet*, 6 mai.) — Les altérations du sang dans la méningite infantile.

Duchamp (V.). Troubles de la croissance des membres consécutifs à des lésions diverses chez des enfants. (*Loire méd.*, mai.)

Frizzoni (U.). Le anemie nell'età infantile. (*Morgagni*, fév., mars-avril et mai.)

Gutmann (M.). Contribution à l'étude de la diplégie spasmodique infantile (en russe). (*Prakt. Vratch*, 9 et 16 avril.)

Karnitzky (A.). Qu'est-ce qu'un enfant normal bien portant (en russe)? (*Roussk. Vratch*, 2 avril.)

Langstein (L.). Ein Beitrag zur Kenntnis der hämorrhagischen Erytheme im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 4.)

Monsseaux (A.). Sur la pyélonéphrite et la gravelle d'origine scarlatineuse chez l'enfant. (*Arch. de méd. des enfants*, mai.)

Morse (J. L.). The care and feeding of premature infants. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Nageotte-Wilbouchewitch (Mme). Raideur juvénile. (*Rev. de méd.*, mai.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

De Leins (A.). « Hernie » de la caisse du tympan (en russe). (*Roussk. Vratch*, 16 avril.)

Lake (R.). L'état actuel de nos connaissances au point de vue des interventions opératoires dans le vertige et les bourdonnements d'oreilles. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Melzi (U.). Contribution à l'étude du traitement de l'ozène par les injections sous-muqueuses de paraffine. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Menchikov (V.). Contribution à l'étiologie des abcès rétropharyngiens idiopathiques (en russe). (*Roussk. Vratch*, 23 avril.)

Navratil (E. von). Ueber die Indicationen und Methoden der Operation des Kehlkopfkrebses. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 3.) — Indications et technique des interventions pour cancer du larynx.

Royet. Sur une période paradoxale de l'évolution des sinusites et quelques autres causes de chronicité. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Schwab (S. I.) et **Green** (J.). A case of cerebrospinal rhinorrhœa, with retinal changes. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Smith (H.). Primary epithelioma of the uvula, with report of a case where recurrence took place after two operations for removal. (*New York Med. Journ.*, 29 avril.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Bokorny. Beitrag zur Erklärung der heftigen Giftwirkung von Sublimat. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 mai.) — De la grande toxicité du sublimé.

Da Rocha (F.). Esboço de psychiatria forense. In-8°, 481 p. S. Paulo.

Kratter (J.). Beiträge zur Lehre von den Vergiftungen. In-8°, 155 p. Leipzig. — Contribution à l'étude des empoisonnements.

Marie (P.) et **Crouzon** (O.). De l'apoplexie tardive traumatique; son importance au point de vue médico-légal. (*Rev. de méd.*, mai.)

Richter (M.). Gerichtsärztliche Diagnostik und Technik. In-8°, 304 p. avec fig. Leipzig. — Diagnostic et technique en médecine légale.

Vibert (Ch.). Affections cardio-aortiques et accidents du travail. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.)

Viviani (U.), **Simi** (G.) et **Minozzi** (A.). Triplice avvelenamento colposo per clisteri di soluzione fenica a tifose; relazione chimico-medico-legale. In-8°, 86 p. Arezzo.

Wolf (W.). Ueber die Quecksilbervergiftungen, mit besonderer Berücksichtigung der Sublimatvergiftungen vom gerichtsärztlichen Standpunkt. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 4, 8, 11 et 15 mai.) — Les intoxications mercurielles, notamment par le sublimé, envisagées au point de vue médico-légal.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Denker (A.). Zur Behandlung des Heufiebers. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 mai.) — Sur le traitement de la fièvre des foins.

Diatchkov (N.). Erythème toxique à répétition, consécutif à des injections interstitielles de salicylate de mercure (en russe). (*Prakt. Vratch*, 19 et 26 mars et 2 avril.)

Eisenmenger (R.). Ueber eine neuartige Herzmassage. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, fév.) — Nouveau procédé de massage du cœur.

Fauconnet (Ch. J.). Ein Fall von Glykosurie nach medikamentöser Quecksilberverabreichung. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 mai.) — Glycosurie consécutive à l'administration thérapeutique de mercure.

Gennari (C.). Studio sull'azione della stricnina come cardiocinetico. (*Riforma med.*, 4 mars.)

Grünberger (V.). Ein Fall von Tetanus traumaticus mit Ausgang in Heilung unter Antitoxin- und Blaulichtbehandlung. (*Prag. med. Wochensch.*, 4 mai.) — Tétanos traumatique traité par le sérum antitoxique et la lumière bleue; guérison.

Hamburger (H. J.). Orgaantherapie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 20 mai.)

Higier (H.). Zur Wirkung des Hyoscins in der neurologisch - psychiatrischen Praxis. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 mai.)

Hill (T. C.). The treatment of hemorrhoids by the general practitioner. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 2 fév.)

Hoffmann (A.). Die Behandlung der Herzinsuffizienz. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 mai.) — Le traitement de l'asystolie.

Kaplan (D. M.). On the hypodermatic use of adrenalin chloride in the treatment of asthmatic attacks. (*Med. News*, 13 mai.)

BACTÉRIOLOGIE

Bail (O.). Ueber das Aggressin des Tuberkelbazillus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 mai.)

Kirstein (F.). Ueber die Dauer der Lebensfähigkeit von Tuberkelbacillen an flugfähigen Stäubchen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, L, 2.) — De la survivance des bacilles de Koch fixés sur les poussières.

Klitine (I.). Les cultures de bacilles de la lèpre et leur action sur les animaux (en russe). (*Roussk. Vratch*, 12-19 mars.)

Klotz (O.). Some fallacies in the agglutination tests; a plea for the employment of a more uniform technic. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 avril.) — Sur certaines causes d'erreur dans l'épreuve de l'agglutination.

Korte et **Steinberg.** Ueber die agglutinierende Wirkung des Serums von Typhuskranken auf Paratyphusbazillen, nebst Bemerkungen über makroskopische und mikroskopische Serodiagnostik. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 mai.) — L'agglutination du bacille paratyphoïdique par le sérum des typhoïdiques.

Maher (S. J.). The cause of cerebrospinal meningitis. (*Med. Record*, 6 mai.)

Meinicke. Ueber die Hämolysine der choleraähnlichen Vibrionen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, L, 2.)

NOUVELLES

AFRIQUE ORIENTALE ANGLAISE

~~ Il y a deux ans et demi, en signalant l'extension de la maladie du sommeil à travers le continent africain, nous faisions prévoir que, vu les communications entre le lac Victoria Nyanza — région déjà atteinte à cette époque et où la maladie fait rage en ce moment — et l'Egypte, par la voie du Nil, il était à craindre que l'épidémie ne gagnât ce dernier pays (Voir *Semaine Médicale*, 1903, Annexes, p. II). Il semble que ce danger devienne de jour en jour plus grand, puisque d'après le dernier rapport de la commission instituée par la « Royal Society » pour l'étude de la maladie du sommeil dans l'Ouganda, l'épidémie vient d'envahir les côtes du lac Albert, d'où elle se répand vers le nord. M. le docteur Greig a constaté la présence de la *Glossina palpalis* en aval de Nimule, située sur le Nil, et il ne serait pas impossible qu'en avançant davantage vers le nord on ne découvrît d'autres points envahis par la *Glossina*, et même que quelques régions arrosées par des affluents du Nil fussent déjà plus ou moins contaminées. S'il en était malheureusement ainsi, le danger serait très grand pour les provinces méridionales de l'Egypte.

ALLEMAGNE

~~ Depuis une dizaine d'années la carrière médicale ne paraît pas attirer beaucoup les jeunes gens; au semestre d'hiver de l'année scolaire 1894-1895 le nombre des étudiants inscrits dans les diverses Facultés de médecine de l'empire s'élevait à 7,796; en 1900-1901, il s'était abaissé à 7,131, et au semestre d'hiver de 1904-1905 il n'était plus que de 5,926. Ainsi donc, en l'espace de dix ans le nombre des étudiants en médecine a diminué de 1,870; l'abaissement est surtout sensible depuis les cinq dernières années, cette seconde portion de la période décennale représentant à elle seule les deux tiers de la diminution totale.

On croit que cette situation est due en grande partie à ce que, sur l'initiative de l'Association générale des médecins allemands, on a propagé à cor et à cri que la profession était encombrée, mais il semblerait qu'il n'en est plus actuellement ainsi, du moins si l'on s'en rapporte à une déclaration récente de M. le professeur Schmidt-Rimpler (de Halle). Notre confrère estime qu'une diminution aussi considérable n'est pas justifiée, eu égard à l'augmentation constante de la population qui, d'après le dernier recensement, dépasse maintenant 60 millions.

La diminution du nombre des étudiants en médecine au cours des dix dernières années n'est pas un fait particulier à l'Allemagne : elle a été constatée dans plusieurs autres pays d'Europe, entre autres en France où le nombre des élèves nationaux a baissé d'un millier (7,779 en 1894-1895 contre 6.763 en 1904-1905). Mais, bien que le mouvement de la population française reste pour ainsi dire stationnaire, tandis que la population allemande augmente d'environ 800,000 âmes par an, la diminution des étudiants français est cependant de moitié moindre que celle des étudiants allemands. Ce n'est pas tout : si l'on tient compte des explications que nous avons déjà fournies en comparant il y a deux ans le nombre des étudiants en médecine inscrits en France et en Allemagne, on peut admettre que la diminution a été trois fois plus forte dans l'empire allemand que dans la République française (Voir *Semaine Médicale*, 1902, Annexes, CXLI).

BELGIQUE

~~ Au Congrès international de médecine mentale qui se tint à Paris, à l'occasion de l'Exposition internationale de 1889, il fut décidé qu'un Congrès des médecins aliénistes français aurait lieu chaque année. Rouen fut le siège du premier Congrès de ce genre, lequel adopta la résolution de convier à ses travaux les médecins aliénistes des pays de langue française.

La médecine mentale ayant des rapports très étroits avec la neurologie, les médecins qui s'occupent de cette branche furent amenés à prendre part à ces réunions, et le quatrième Congrès de médecine mentale tenu à la Rochelle, en 1893, consacra un fait accompli en décidant de s'associer les neurologistes : pour bien marquer ses intentions, il prit désormais le nom de : Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, et plus simplement dans la suite : Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française.

Il y a deux ans, le Congrès siégea à Bruxelles, et il semblait — bien qu'à notre avis cet acte de courtoisie eût pu se produire quelques années plus tôt — que cela dût donner toute satisfaction à nos confrères belges, dont quelques-uns prenaient part aux réunions annuelles. Mais les idées particularistes ne se font pas jour seulement dans les affaires politiques; l'amour-propre national joue parfois en médecine un rôle qui n'est pas des plus favorables aux progrès de notre art, surtout quand il s'agit de branches de la science comptant peu de représentants. N'est-il pas évident que, dans ce cas, le travail en commun d'hommes parlant la même langue est plus productif que s'il est scindé en autant de tronçons qu'il existe de pays différents?

Ces considérations n'ont pas empêché la Société belge de neurologie et la Société de médecine mentale de Belgique de provoquer périodiquement des réunions extraordinaires qu'elles intitulent « Congrès belge de neurologie et de psychiatrie », et dont la première aura lieu cette année, à Liège, au mois de septembre. Sans vouloir méconnaître en quoi que ce soit le droit de nos confrères belges à avoir leur Congrès propre, on ne peut s'empêcher de regretter cette sorte de scission, car si les Congrès, à cause de leur trop grand nombre et de leur trop fréquentes sessions, ont vu presque s'évanouir l'intérêt de leurs travaux, la venue d'un nouveau Congrès traitant des mêmes matières et s'adressant aux mêmes personnes ne peut avoir pour effet que d'aggraver ce fâcheux état de choses.

GOLFE PERSIQUE

~~ Nous avons signalé à maintes reprises, et surtout lors de la mission de notre envoyé spécial à Bassorah par la voie du golfe Persique, combien est illusoire la soi-disant défense sanitaire de l'Europe par cette voie (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 401). Depuis cette époque, la Convention sanitaire internationale signée à Paris le 3 décembre 1903 a bien indiqué le régime applicable au golfe Persique, mais jusqu'ici la station sanitaire d'Ormuz n'a pas été organisée et les navires continuent leur route étant censés passer le golfe Persique en quarantaine, mesure qui n'en est pas une, car nous savons de bonne source que le poste provisoire d'Ormuz, prévu par la Convention en attendant la construction de la station sanitaire, ne fonctionne pour ainsi dire pas. Dès lors on ne peut s'étonner si, comme nous l'annonce un correspondant occasionnel de Bender-Bouchir, la peste vient d'être constatée dans une partie des îles du golfe Persique, l'archipel de Bahrein On a suspendu le service des voyageurs entre ce point et Bender-Bouchir, le port le plus important de la côte orientale du golfe Persique, par où monte tout le commerce anglo-indien vers la Perse, et on a établi des mesures quarantenaires rigoureuses contre les provenances de Bahrein.

Si les puissances ne toléraient pas le simulacre d'organisation sanitaire du golfe Persique, l'Europe serait mieux protégée contre l'importation de la peste et du choléra.

NORVÈGE

~~ Depuis un demi-siècle la vente de l'eau-de-vie en Norvège est confiée, tout comme en Suède, à des Sociétés jouissant à cet effet d'un monopole. Lors de la mise en vigueur d'une nouvelle loi sur la matière (1894), d'après laquelle les habitants d'une localité ont le droit de décider, par vote, si le débit de l'eau-de-vie doit ou non être permis dans la commune, il fut constaté qu'il existait alors 51 Sociétés réparties dans un nombre égal de communes (3 localités seulement n'avaient pas de débit). A la fin de la première période quinquennale, il fut procédé à un vote populaire pour savoir si le débit devait ou non être maintenu : 26 de ces débits furent supprimés, mais par contre on en créa un dans 2 nouvelles communes; en 1899, il existait donc en Norvège 27 débits. Actuellement, à la suite du vote de 1904, il en existe 32 répartis dans autant de localités différentes.

Il ne faudrait pas croire que la diminution du nombre des débits correspondît à une diminution de l'alcoolisme : les relevés statistiques pendant cette période décennale prouvent que, loin d'avoir diminué, l'alcoolisme a augmenté dans les localités dépourvues de débit; cela tient à deux causes : l'une, c'est que la population s'est mise à boire ce qu'on décore dans le pays du nom de « vin », mais qui, par son bon marché, n'est qu'une mauvaise boisson alcoolisée; l'autre, c'est que le manque de débit favorise la contrebande de l'eau-de-vie.

REVUE CRITIQUE

La mort inopinée chez les pleurétiques : mort subite et mort rapide.

Dans toutes les maladies, on a signalé des décès imprévus, survenant avec une soudaineté déconcertante alors qu'on s'y attendait le moins, tristes coups pour les familles peu préparées à cette éventualité, surprises pénibles pour le médecin, parfois fort embarrassé pour poser après coup un diagnostic pathogénique, pour se rendre compte, même avec les données de l'autopsie, des véritables causes de la mort.

Quand on songe aux troubles circulatoires, respiratoires et nerveux que peut engendrer une pleurésie à épanchement, on ne s'étonne pas que cette terminaison rapide soit si particulièrement fréquente dans cette maladie.

I

On ne peut plus compter les travaux qui traitent de la *mort subite* des pleurétiques, et il semble que tout ait déjà été dit et redit sur ce sujet rebattu (1).

Cependant, en parcourant les auteurs, nous avons été frappé du peu d'attention qu'ils accordent aux symptômes des derniers moments : l'agonie n'est bien décrite que dans fort peu d'observations. Cette négligence nous paraît être la cause d'une grave confusion.

Ici on va peut-être nous arrêter : « Qui dit mort subite dit, avec le dictionnaire, mort sans agonie; il n'y a donc pas à s'étonner que ce qui n'existe pas soit passé sous silence. »

Nous répondrons seulement que le terme de *mort subite dans la pleurésie* est une expression consacrée par l'usage, mais que précisément nous croyons qu'elle est employée à tort dans un grand nombre de cas, peut-être même dans la majorité. Nous estimons qu'il convient de réserver ce terme de *subit* pour une forme particulière de l'exitus et d'appeler *prompts* ou *rapides* les décès survenus alors que l'évolution de la maladie ne paraissait pas présager une issue fatale à bref délai, mais où, malgré l'inattendu et la brusquerie de la mort, celle-ci a été précédée d'une période d'agonie plus ou moins longue.

Si nous insistons sur cette distinction, qui, à première vue, pourrait paraître bien secondaire, c'est que, pour nous, ces deux groupes de faits cliniques correspondent en l'espèce à deux pathogénies essentiellement différentes, la mort subite étant due à l'inhibition réflexe et la mort rapide à l'asphyxie par étouffement.

Presque tous les auteurs, cependant, partagent sur ce point l'opinion de Blachez (2), disant : « A part quelques détails accessoires, les faits présentent tous une similitude frappante ». Aussi négligent-ils l'étude des symptômes agoniques et se bornent-ils dans leurs observations à cette brève notation souvent stéréotypée : *le tant, à telle heure, mort subite*. En revanche, ils s'acharnent, à l'autopsie, à rechercher les raisons anatomiques, causes du décès; les plus méticuleux sont pourtant forcés de reconnaître que deux fois sur trois ces investigations restent stériles. Ils eussent eu mieux à faire : observer et décrire l'agonie, en tirer les conclusions pathogéniques qu'elle comporte. Nous reconnaissons, toutefois, que cette recherche est plus facile à recommander qu'à pratiquer; il est rare que le médecin puisse assister aux derniers moments de son patient; il doit alors se borner à recueillir les renseignements incohérents de la famille ou des voisins de lit; et lorsque par hasard il se trouve là au moment favorable, il a autre chose à faire que s'occuper d'observations minutieuses et de théories transcendantes : la ponction d'urgence, la respiration artificielle, l'injection de caféine, réclament toute son attention, et nous ne saurions le lui reprocher.

Quelques auteurs cependant ont déjà bien vu qu'il y avait deux groupes de faits à séparer. Grisolle (1) écrivait dans son traité classique : « Lorsque la pleurésie a une issue funeste, la mort survient *le plus souvent* au milieu d'accès d'oppression et d'orthopnée; quelquefois elle arrive brusquement par syncope. » Peut-être, si Grisolle écrivait aujourd'hui que la thoracentèse est entrée si complètement dans la pratique médicale, pourrait-il appliquer les mots, *le plus souvent*, au second terme de sa proposition. L'observation du grand clinicien n'en a pas moins de valeur, encore qu'il nous paraisse avoir méconnu la mort prompte survenant aussi au milieu d'accès d'oppression et d'orthopnée.

M. Vallin (2) distingue également une forme rapide qu'il attribue à une embolie d'avec une forme tout à fait subite due à un réflexe.

M. Talamon (3), de son côté, s'exprime comme suit : « Tantôt la mort est véritablement foudroyante : le malade se redresse brusquement dans son lit, pousse un cri et retombe mort; d'autres fois, c'est en changeant d'attitude, en se retournant dans son lit ou bien au moment où on le redresse pour l'ausculter; il pâlit tout à coup, s'affaisse, le cœur cesse de battre et malgré tout ce qu'on peut faire, la mort est certaine au bout d'une minute ou deux. Dans d'autres cas on trouve le matin le malade mort, dans son lit, sans qu'aucun bruit, aucun mot ait attiré l'attention de ses voisins pendant la nuit; parfois encore c'est à la suite d'une quinte de toux, d'efforts de défécation que le sujet s'affaisse subitement et meurt. Tantôt la terminaison fatale est moins brusque; le malade est pris d'une angoisse précordiale extrême; la face devient violacée, le pouls est petit et misérable; les battements du cœur sourds, tumultueux et précipités; la mort survient au bout de cinq, dix, quinze minutes, parfois plus encore. »

Cet auteur, on le voit, a bien mis en lumière les deux types cliniques que nous considérons comme caractéristiques, sans en tirer cependant de conclusion ferme au point de vue de la pathogénie.

II

Notre étude sera brève. Nous la considérons comme préliminaire et sujette à revision, les observations complètes — on sait ce que nous entendons ici par complet — n'étant pas assez nombreuses pour nous permettre un travail fondamental.

Mettons d'abord à part, pour ne plus nous en occuper, les faits, rares d'ailleurs, où la mort inopinée est survenue indépendamment de la pleurésie et quelquefois avec des symptômes très particuliers, qui auraient pu permettre le diagnostic pathogénique : hémorrhagie gastro-intestinale (1), ouverture d'un abcès du cerveau (2), rupture d'un anévrysme, etc.

Les autres cas de mort chez les pleurétiques, c'est-à-dire ceux pour lesquels le décès est imputable à la pleurésie elle-même, peuvent être rangés en deux grandes classes : 1° ceux où l'autopsie ne donne pas d'explication suffisante de la mort; ils constituent, comme nous l'avons dit, la grande majorité, et ce sont ces faits qui nous intéresseront plus spécialement; 2° ceux où l'autopsie révèle une lésion pouvant être reconnue comme cause certaine de la mort; il s'agit alors le plus souvent de thromboses ou d'embolies formées dans le cœur ou les vaisseaux médiastinaux comprimés, d'autant plus facilement que la circulation est plus gênée et plus ralentie; plus rarement on trouve de l'œdème ou de la congestion pulmonaire, un pneumothorax.

Dans ces derniers faits la symptomatologie clinique est assez variable, ce qui n'est d'ailleurs que d'une minime importance au point de vue du diagnostic pathogénique; celui-ci se fera avec certitude sur la table d'autopsie.

Remarquons cependant que, pour les embolies cérébrales (Vallin, Potain, etc.), il est rare que l'exitus survienne avant quelques heures et même plusieurs jours; on a alors le temps de constater les signes ordinaires d'une hémiplégie.

Dans les cas de thromboses, qui siègent ordinairement dans le ventricule droit et les artères pulmonaires, les symptômes se rapprochent souvent de ceux que nous étudierons à propos de l'étouffement. Il est facile d'en saisir la raison : toute entrave à la circulation produit l'anoxémie. Fréquemment la mort est précédée, en outre, d'une angoisse et d'une douleur thoracique qui rappellent l'angine de poitrine; il n'est pas rare non plus que le malade ait la sensation qu'il vient « de se passer quelque chose d'insolite en lui », et alors il pousse un cri ou même appelle au secours.

C'est ainsi que Blachez (3) relate le cas d'un homme de quarante ans, entré à l'hôpital avec une pleurésie gauche peu abondante, datant d'un mois. Ce malade offrait une dyspnée à peine sensible au repos, sans déplacement du cœur, et son état paraissait satisfaisant, lorsque tout à coup, un soir vers huit heures, on le vit se précipiter au pied de son lit en donnant les signes d'une anxiété profonde. « J'arrivai auprès de lui cinq minutes après, dit l'auteur; il était assis sur son lit, la face anxieuse, profondément altérée, le corps couvert de sueur; la région épigastrique était le siège d'une douleur pongitive; la dyspnée est extrême; le pouls petit, très fréquent, irrégulier; les battements du cœur sont faibles et tumultueux. L'intelligence est conservée, assez du moins pour permettre au malade de me donner quelques renseignements sur l'invasion des accidents; mais tout à coup sa voix s'affaiblit, sa figure se décompose profondément, il jette quelques regards éperdus autour de lui, se cramponne à ses draps et retombe mort sur son oreiller. »

On fait l'autopsie; à droite, on trouve une pleurésie ancienne avec adhérences; à gauche la plèvre renferme 1,500 grammes de sérosité louche et une fausse membrane épaisse. Dans le ventricule droit existe un caillot cylindrique qui se continue en se bifurquant dans les artères pulmonaires.

Ici l'agonie s'est prolongée pendant une dizaine de minutes.

Dans les faits de ce genre, sa durée est d'ail-

(1) Parmi les plus importants travaux parus sur cette question, nous citerons — outre les publications mentionnées dans le courant de cet article — les thèses suivantes :
- G. F. Négrié. De la mort subite dans la pleurésie. (*Thèse de Paris*, 1864.)
- R. Holzberg. Ueber plötzlichen Tod bei Pleuritis exsudativa. (*Thèse de Halle*, 1888.)
- P. Gottschalk. Plötzlicher Tod bei Pleuritis exsudativa. (*Thèse de Berlin*, 1896.)
- P. Rascol. De la mort subite dans la pleurésie à épanchement moyen. (*Thèse de Toulouse*, 1900.)
- M. Bressel. Ueber plötzlichen Tod bei Pleuritis exsudativa in Folge von Thrombose der Arteria pulmonalis. (*Thèse de Munich*, 1901.)

(2) Blachez. De la mort subite dans la pleurésie chronique. (*Union méd.*, 4 fév. 1862, p. 213.)

(1) A. Grisolle. Traité de pathologie interne. 9e éd. T. I, p. 425. Paris, 1859.

(2) Vallin. De l'apoplexie dans les épanchements de la plèvre. (*Recueil de mém. de méd. milit.*, nov. 1871.)

(3) Ch. Talamon. La mort subite dans les pleurésies sans épanchement. (*Médecine moderne*, 14 avril 1892.)

(1) Libermann. Mort subite, après la thoracentèse, produite par une hémorrhagie de l'artère gastro-épiploïque droite avec ulcère perforant du duodénum resté latent pendant la vie. (*Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 26 nov. 1875.)

(2) O. Leichtenstern. Die plötzlichen Todesfälle bei pleuritischen Exsudaten; auf Grund zweier eigener und der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1880, XXV, p. 339.)

(3) Blachez. (*Loc. cit.*)

leurs fort variable : assez longue quand le thrombus se forme lentement, souvent très brève lorsque le thrombus se déplace et vient oblitérer un gros vaisseau. La mort est alors presque subite et pourrait en imposer, à un examen superficiel, pour une mort par syncope, quoiqu'il y ait toujours, croyons-nous, quelques instants d'agonie, quelques mouvements de défense, quelques inspirations angoissées, quelques signes que la conscience n'a pas été abolie d'un coup. Autrement dit, les symptômes sont ceux de l'asphyxie aiguë, avec certains phénomènes qui s'y surajoutent parfois.

C'est aussi par asphyxie que survient la mort lors d'une vomique trop abondante, lors d'un œdème aigu ou d'une congestion aiguë des poumons, lors de l'ouverture d'un pneumothorax. Dans ces cas on rencontre en général, outre les symptômes ordinaires de l'étouffement, quelques signes spéciaux : toux, expectoration, sonorité à la percussion, qui permettent de faire le diagnostic exact.

Aucun de ces symptômes particuliers ne s'observe d'une façon absolue chez tous les malades, mais il se trouve heureusement que c'est justement là où l'anatomie pathologique donne des renseignements précis que la clinique peut se trouver en défaut, tandis qu'au contraire celle-ci est susceptible d'éclairer les faits qui demeurent obscurs à la seule lumière des constatations de l'amphithéâtre.

III

Nous avons parlé plus haut d'étouffement, et c'est bien, en effet, le terme qui correspond le plus exactement à ce qui se passe dans ces thorax haletants, distendus par 3 ou 4 litres de liquide. Un des poumons atélectasié ne livre plus passage à l'air, à peine au sang; l'autre poumon, qui devrait faire double travail, gêné par le déplacement du médiastin, par la trop grande quantité de sang qui l'engorge, ne peut suffire à sa tâche. Mais là n'est pas la cause unique de l'asphyxie : le cœur, fatigué par la plus grande résistance des réseaux pulmonaires, dégénéré parfois par le fait d'une maladie prolongée, se trouve de plus comprimé par l'épanchement; il précipite ses battements au détriment de leur énergie, tandis que les vaisseaux du médiastin, comprimés eux aussi, déplacés, tordus ou coudés peut-être, ne laissent plus libre cours au passage du sang. Le malade est assis sur son lit, en proie à une dyspnée intense; le pouls est rapide, imperceptible; la peau se couvre de sueurs froides, la cyanose augmente de plus en plus et, si l'on n'intervient pas, la mort est imminente, la mort par étouffement.

Celle-ci peut offrir deux types extrêmes, présentant, du reste, entre eux tous les intermédiaires : l'étouffement lent, graduel d'une part; d'autre part, l'étouffement rapide, dont le mécanisme est identique, mais qui survient parfois tout à fait à l'improviste.

Pour trouver des exemples de la première forme, qui ne rentre d'ailleurs pas dans notre sujet et dont nous ne parlons que pour montrer ses analogies avec la seconde, il faut remonter au temps où le médecin hésitait, ou même se refusait à ponctionner l'épanchement pleural.

Trousseau, dans ses cliniques, en rapporte plusieurs cas, dont il tire précisément argument en faveur de la paracentèse de la poitrine.

« Dix jours avant son arrivée à l'hôpital, écrit-il par exemple (1), la malade avait été prise de point de côté avec toux, oppression et mouvements fébriles. L'examen de la poitrine nous fit reconnaître tout de suite une pleurésie avec épanchement du côté droit. La matité s'étendait jusque sous la clavicule; nous entendions du retentissement égophonique de la voix et du souffle bronchique. La toux était sèche. Une saignée que je fis pratiquer amena quelque soulagement, mais l'oppression continua à être fort grande. Le lendemain, l'orthopnée prit une extrême intensité. Le pouls devint petit, misérable, et la mort survint, sans agonie, douze jours après le début de la maladie. ».

Ici on ne peut vraiment pas parler de mort subite, ni même de mort inopinée. Aujourd'hui — en bonne partie grâce à Trousseau lui-même —, on ne laisse plus ainsi sans secours les malades « se noyer » graduellement dans leur épanchement.

Cependant, les symptômes asphyxiques peuvent s'établir d'emblée avec un caractère de haute gravité et parfois avec une rapidité telle, qu'elle ne donne pas le temps d'y remédier par la déplétion thoracique. C'est cette forme d'étouffement qui pourrait se confondre avec la mort par syncope réflexe. Il importe, cependant, de l'en distinguer.

En voici deux exemples inédits, que nous avons recueillis dans le service de M. le professeur Bard et qui nous paraissent suffisamment caractéristiques.

Un homme de soixante et un ans est atteint de pleurésie double avec épanchement plus considérable à gauche; il offre aussi une légère péricardite à épanchement. On ponctionne à deux reprises la plèvre gauche, le 18 et le 24 décembre.

Le 4 janvier, on note un peu d'agitation et d'oppression, le cœur est irrégulier, ses battements présentent un faux pas de temps à autre.

Neuf jours plus tard, après une nuit tranquille, le malade se réveille plus cyanosé et dyspnéique que de coutume. L'épanchement ne paraît pas avoir augmenté; cependant, pour supprimer ce facteur de dyspnée, on décide de pratiquer une ponction évacuatrice. Une heure environ après le début des accidents, au moment où l'on change le patient de position, on s'aperçoit que la cyanose augmente rapidement. Le trocart est immédiatement introduit et l'on soustrait quelques grammes de liquide hémorrhagique; la cyanose s'accentuant, on retire l'instrument; il se produit encore quelques expirations saccadées et le malade meurt ainsi, malgré les efforts qu'on fait pour lui conserver la vie.

Dans le second cas, la marche de l'asphyxie a été encore beaucoup plus rapide :

Une femme de trente ans toussait depuis une quinzaine. Se sentant plus souffrante, elle fait venir un médecin qui l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic d'affection pulmonaire. Elle arrive dans le service à huit heures du soir, après la visite. Le médecin de garde, en présence d'une malade paraissant fort peu atteinte, très légèrement dyspnéique, pouvant marcher facilement, l'envoie simplement au lit.

A deux heures et demie du matin, on m'appelle d'urgence auprès d'elle. Je trouve une jeune femme plutôt grasse, d'apparence robuste, un peu pâle cependant et en proie à un accès violent de dyspnée. Elle n'est pas cyanosée, mais tout le corps est couvert de sueur froide.

Je procède à un examen rapide : pas d'œdème des jambes ni de la face. Elle n'a jamais éprouvé de symptômes urémiques. Son pouls est régulier, petit, rapide; au cœur, on perçoit un souffle systolique à la pointe. Elle a toussé un peu dans la soirée, d'une toux sèche, quinteuse. L'espace de Traube est mat; en arrière il y a matité absolue de tout le poumon gauche.

Pour la percuter dans le dos, on est obligé de l'asseoir. Au premier moment cette position paraît la soulager, mais lorsqu'on l'incline davantage en avant, elle ne peut supporter cette attitude qui augmente sans doute la gêne respiratoire en refoulant les viscères abdominaux dans le thorax. Le temps de percuter le dos rapidement, et elle se renverse en arrière en cessant de respirer. La face se couvre de taches rougeâtres. Sous l'influence des mouvements de respiration artificielle, pratiqués immédiatement, elle fait encore trois ou quatre inspirations avortées, mais spontanées, puis sa pupille se dilate graduellement. Le cœur ne bat plus.

A l'autopsie, on retire de la plèvre gauche 2 litres et demi de liquide séro-fibrineux. Le muscle cardiaque est pâle, il existe un peu d'endocardite fibreuse.

IV

Il est facile de comprendre comment se produit la mort par asphyxie graduelle, dans ces cas d'épanchement qui augmentent inexorablement jusqu'à 3 et 4 litres. Il est plus difficile de concevoir comment un épanchement moyen, ne paraissant occasionner aucune gêne, peut soudain donner lieu aux accidents asphyxiques les plus justement alarmants.

Il n'est pas de théorie qu'on n'ait imaginée pour expliquer ces faits. Beaucoup sans doute contiennent une part de vérité, quelques-unes peut-être sont exclusivement applicables à certains cas spéciaux.

Un grand nombre d'auteurs (Raynaud, G. Sée, Comby, Leichtenstern, Holzberg, etc.) font jouer un rôle important aux lésions cardiaques. M. Weill (1) a insisté sur les dégénérescences du myocarde et il en a publié un exemple remarquable. M. Huchard (2) a relevé dans 3 cas des altérations des coronaires. D'autres ont invoqué la compression ou la coudure des grosses veines du médiastin (Bartels), la torsion de la base du cœur (Trousseau, Chomel); M. Rosenbach (3) pense même que le liquide déprime le diaphragme qui tire la veine cave inférieure et l'oblitère. M. Hagen-Thorn (4) croit qu'il y a paralysie du cœur par augmentation de la pression négative inspiratoire, tandis qu'il semble plus naturel d'admettre que le liquide de l'épanchement comprime le cœur et les gros vaisseaux.

En expérimentant sur le lapin, M. Bard (5) a constaté que la vie est incompatible avec une pression intrapleurale continuellement positive. Dès que l'inspiration de l'animal est insuffisante pour rendre momentanément la pression intrapleurale inférieure à la pression atmosphérique, la mort survient en quelques minutes par anoxémie et avec des convulsions asphyxiques. Sans doute, chez l'homme, doit-il se produire des phénomènes semblables quand la pression intrapleurale ne s'abaisse plus suffisamment, soit que l'épanchement augmente trop rapidement, soit que le malade se trouve dans une position défavorable et que les mouvements respiratoires diminuent d'intensité.

Quant à l'empoisonnement par les toxines microbiennes, invoqué par M. Talamon, il est probable qu'il joue un rôle en provoquant des lésions cardiaques.

Nous ne pouvons entrer ici dans la discussion de ces diverses théories. En tout cas, au point de vue clinique, et c'est ce qui nous importe, elles sont équivalentes. Le cœur peut fonctionner longtemps en suffisant tout juste à sa tâche, mais alors la plus petite aggravation dans la gêne circulatoire : augmentation de l'épanchement, position défavorable, fatigue respiratoire, repas copieux, etc., détermine la

(1) A. Trousseau. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. 3e éd. T. I, p. 658. Paris, 1868.

(1) E. Weill. De la mort subite dans la pleurésie. (*Rev. de méd.*, janvier 1887, et *Semaine Médicale*, 1887, p. 304.)

(2) Huchard. De l'influence cardiaque dans les pneumonies et les pleurésies et de la mort subite dans la pleurésie. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 20 mai 1892, et *Semaine Médicale*, 1892, p. 213.)

(3) O. Rosenbach. Die Erkrankungen des Brustfells. Vienne, 1894.

(4) O. Hagen-Thorn. Die nächste Ursache des plötzlichen Todes im Verlauf der Pleuritis, sowie nach der Entleerung pleuritischer oder intraabdominaler Exsudate (oder Tumoren). (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1888, CXI, p. 486)

(5) L. Bard. Recherches cliniques et expérimentales sur la pression des épanchements pleuraux. (*Rev. de méd.*, mars et avril 1902, p. 253 et 340.)

rupture de l'équilibre et l'apparition des symptômes d'anoxémie aiguë. Ces accidents sont d'autant plus sérieux qu'ils s'aggravent eux-mêmes en engendrant de nouvelles entraves à la circulation, comme la congestion pulmonaire, tout en diminuant la résistance du muscle cardiaque par une irrigation défectueuse.

Sans vouloir prolonger ce débat, faisons remarquer encore deux points, d'apparence paradoxale à première vue :

1° Deux fois sur trois, la mort survient chez les malades porteurs d'un épanchement à droite; cette prédominance ne peut pas provenir évidemment de la plus grande fréquence des cas de mort par réflexe, qui n'ont pas de raison de se produire quand l'exsudat occupe un côté plutôt que l'autre. Elle est probablement due au fait que les oreillettes, qui sont la partie du cœur la moins résistante, celle où le muscle est le plus faible et où la pression sanguine demeure le plus basse, sont en rapports anatomiques beaucoup plus étroits avec la plèvre droite qu'avec la plèvre gauche;

2° Il n'est pas besoin d'une quantité de liquide très considérable pour provoquer un accès de dyspnée mortel. Il faut noter, à ce propos, qu'une pleurésie à développement rapide expose plus à l'asphyxie brusque qu'une pleurésie qui s'accroît lentement et à laquelle l'organisme peut s'adapter graduellement; Trousseau a bien mis ce point en lumière. En outre, l'état du cœur, ainsi que nous l'avons dit plus haut, joue un rôle des plus importants dans l'apparition des accidents dyspnéiques. Comme M. Dieulafoy l'a fait remarquer (1), c'est surtout dans les cas d'épanchement moyen qu'on les observe; c'est que, sans doute, ce ne sont que les sujets à cœur vigoureux qui peuvent impunément laisser se développer dans leur plèvre de grands épanchements.

V

La mort par inhibition réflexe nous retiendra peu. C'est là qu'on peut vraiment parler de *mort subite*, et, par conséquent, de symptômes agoniques, il n'y en a pas à décrire.

La possibilité de la production d'un réflexe mortel, possibilité qui n'est d'ailleurs mise en doute par personne, est prouvée par de nombreuses expériences de laboratoire (Goltz, Paul Bert, Laborde), ainsi que par des faits cliniques très variés et relativement fréquents.

La plèvre est d'une extrême sensibilité à ce point de vue, et c'est à juste titre que la syncope réflexe est si redoutée dans le cours des inflammations de cette séreuse. Que la phlegmasie se communique aux nerfs avoisinants, comme le pensait Peter, et en augmente l'irritabilité, ou qu'un déplacement brusque du liquide, une augmentation de la pression intrapleurale par un effort soient la cause de cet accident, peu nous importe. En clinique, les faits sont là, indéniables. Nous n'en voulons pas donner d'exemple, et l'on n'a qu'à se reporter à ce qu'en dit M. Talamon (2) dans le travail que nous avons cité tantôt : « Ici le volume de l'épanchement est indifférent, et l'on connaît même des cas où la mort subite a terminé le cours de pleurésies sèches; sans doute, dans ces cas-là, la mort a-t-elle été provoquée par l'irritation due au frottement des fausses membranes. »

Parfois on peut être amené à prévoir une terminaison subite par inhibition quand le malade a eu déjà des syncopes ou lorsque des points douloureux très violents, une toux sèche persistante, dénotent une irritabilité particulière de la séreuse pleurale ou une propagation par contiguïté de la phlegmasie aux nerfs avoisinants.

Comme conditions étiologiques, les mouvements jouent un grand rôle; non pas seulement l'acte de se coucher du côté sain, ou de se plier en deux en avant, mouvements funestes entre tous — pour des raisons mécaniques faciles à saisir — quand l'asphyxie est imminente, mais n'importe quel déplacement brusque agitant le liquide épanché.

On ne peut s'empêcher de remarquer ici combien l'acte de la défécation est pernicieux pour les pleurétiques et combien souvent cette circonstance est signalée dans les observations de mort subite. C'est là une raison de plus pour administrer des purgatifs dans le cours de la pleurésie. Outre que cette pratique a été préconisée de tout temps pour activer la résorption du liquide épanché, elle se trouve indiquée de plus pour supprimer les efforts trop violents.

Il n'y a rien d'étonnant à ce que la mort par syncope réflexe soit particulièrement fréquente pendant ou immédiatement après une intervention opératoire. En premier lieu, la peur ou tout au moins l'émotion mettent le système nerveux du malade dans un état de moindre résistance. Dans quelques cas il faut incriminer seulement les mouvements, les changements de position nécessités pour la préparation à l'intervention. Le choc qui résulte du traumatisme lui-même peut aussi déterminer une issue fatale subite. C'est ainsi qu'un enfant observé par Raynaud est mort au moment où l'opérateur donnait le premier coup de bistouri d'une pleurotomie. Parfois l'introduction dans la plèvre d'un drain, d'un liquide irritant a été la cause de l'accident.

Dans un certain nombre de faits, le décès est survenu quelque temps après l'intervention. Nous avons relevé une observation de ce genre dans les archives de la clinique médicale de Genève : une demi-heure après une thoracentèse à gauche, qui n'avait donné que 800 grammes de liquide, le malade mourut subitement sans que personne de ceux qui l'entouraient eût perçu le moindre indice prémonitoire du décès imminent; à l'autopsie on ne trouva ni congestion, ni œdème du poumon, ni thrombose, ni embolie. Trousseau (1), sir William Broadbent (2) rapportent des cas analogues, et il paraît difficile de considérer que l'intervention n'a joué aucun rôle dans la production de la mort. On peut invoquer alors le changement des conditions d'équilibre intrathoracique, la venue en contact des deux plèvres irritées, la facilité plus grande avec laquelle se meut le liquide restant, considérations un peu hypothétiques à la vérité.

Nous ne voulons pas dire du reste que toute mort survenant après la ponction pleurale soit nécessairement une mort subite par inhibition. Nous n'oublions pas l'expectoration albumineuse, la congestion pulmonaire, favorisées aussi par la déplétion thoracique; pas plus que les cas où le liquide s'est reformé assez rapidement pour donner lieu à l'asphyxie par étouffement peu après la thoracentèse (3).

VI

Si nous voulons résumer en quelques mots les caractères principaux qui différencient la mort par asphyxie d'avec la mort par inhibition réflexe, chez les pleurétiques, nous dirons que :

Dans la mort par asphyxie, on a, comme circonstances prédisposantes, un épanchement moyen ou abondant, siégeant d'ordinaire à droite, souvent accompagné de dégénérescence cardiaque; comme signes prémonitoires, des crises de dyspnée avec orthopnée, l'impossibilité du décubitus sur le côté sain, de la cyanose, des symptômes de faiblesse cardiaque; enfin la mort, précédée de phénomènes agoniques, survient soit par asphyxie lente, graduelle, soit d'une façon plus rapide, en quelques minutes, avec de l'orthopnée, de la cyanose, un pouls filant; la conscience est conservée jusqu'à la fin;

Dans la mort par inhibition réflexe, au contraire, l'épanchement, occupant indifféremment la cavité droite ou gauche, peut être minime; il s'agit parfois même de pleurésie sèche; les signes prémonitoires sont un point de côté très violent, des syncopes, quelquefois du vertige, des tournements de tête, etc.; la mort est subite : elle a lieu par cessation de toutes les activités vitales essentielles (cerveau, cœur, poumon), avec dilatation immédiate de la pupille; la perte de connaissance est instantanée.

Il est évident, du reste, que nous ne saurions considérer la ligne qui sépare ces deux extrêmes cliniques et pathogéniques comme une limite infranchissable. Il existe naturellement, ainsi que c'est toujours le cas en pathologie, des formes intermédiaires dont il faut tenir compte. On peut, par exemple, concevoir qu'une syncope termine une crise de dyspnée. Il est bon cependant d'avoir des types servant de points de repère; et s'il se trouve que ceux que nous nous sommes efforcé de séparer sont incomplets, nous serons heureux cependant s'ils provoquent des observations plus attentives et des descriptions cliniques plus détaillées que celles que nous possédons.

La distinction que nous faisons n'est point, du reste, dénuée d'intérêt thérapeutique, et voici comment nous compléterons, à ce point de vue, la synthèse clinique que nous venons de tenter :

Dans la première forme, le traitement préventif comprend les ponctions, le décubitus du côté atteint, l'abstention de tout travail essoufflant, de tout médicament dépresseur de la respiration, tel que la morphine; le traitement curatif est réalisé par la ponction d'urgence;

Dans la seconde forme, le traitement préventif se résume à éviter les mouvements brusques, les efforts, la constipation; par contre, on pourra donner de la morphine au cas de douleurs ou de toux violentes; le traitement curatif met en œuvre le massage et l'électrisation du cœur, la respiration artificielle, les tractions rythmées de la langue, les stimulations cutanées.

Presque toujours, malheureusement, ces moyens seront trop tardivement employés et demeureront inefficaces. Mais il n'en est pas moins du devoir du médecin de ne négliger aucune des ressources thérapeutiques dont il dispose, et surtout de savoir en user avec le plus de logique possible.

Dr Maurice Roch,
Privatdocent à la Faculté de médecine de Genève.

BULLETIN

Les chimères de la croisade contre les moustiques.

Sous l'influence de l'ascendant exercé sur les esprits par les théories pathogéniques en vogue, la prophylaxie publique du paludisme, au cours de ces dernières années, a complètement changé d'orientation : basée naguère encore sur l'assainissement du sol, elle vise aujourd'hui, avant tout, la destruction des moustiques. Le rôle exclusif que l'on tend à attribuer à ces insectes dans la propagation de la malaria a suscité de nombreuses recherches expérimentales sur les conditions défavorables à leur existence, conditions que l'on croyait pouvoir utiliser, dans la suite, à titre de moyens pro-

(1) G. Dieulafoy. A propos de la thoracentèse. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, séance du 5 avril 1892, et *Semaine Médicale*, 1892, p. 126-127.) — Thoracentèse et pleurésie. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, séance du 12 avril 1892, et *Semaine Médicale*, 1892, p. 134-135.)

(2) Talamon. (*Loc. cit.*)

(1) Trousseau. Paracentèse pratiquée dans une pleurésie chronique. (*Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séances des 27 fév. et 13 mars 1850, p. 72 et 77.)

(2) W. H. Broadbent. Death after aspiration for pleuritic effusion (*Med. Times and Gaz.*, 11 nov. 1876, p. 558.)

(3) Mallez. Observations sur l'empyème. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, séance du 14 fév. 1837, p. 402.)

phylactiques à l'égard du paludisme. Toute une série de procédés ont de la sorte été proposés, ayant pour but commun de rendre les milieux habituellement infestés par les anophèles impropres au développement de ces diptères. C'est ainsi que, en vue de la destruction des larves de moustiques, on a conseillé de verser, à la surface des marais et des eaux stagnantes, du pétrole ou de l'huile, ou bien de recourir à des antiseptiques, tels que la formaline, le sulfate de cuivre, etc. Mais la multiplicité même des moyens préconisés prouve suffisamment l'inefficacité de chacun d'entre eux; aussi n'est-il guère surprenant qu'ils ne soient pas entrés dans la pratique.

Cela étant, d'aucuns se sont demandé s'il ne serait pas préférable d'avoir recours, dans la lutte contre les moustiques, à des moyens *naturels*. Récemment, par exemple, M. le docteur B. Galli-Valerio, professeur d'hygiène et de parasitologie à la Faculté de médecine de Lausanne, et Mme Jeanne Rochaz de Jongh ont institué des recherches relatives à l'action exercée sur les larves du *Culex* et de l'*Anopheles* par différents microbes ou champignons inférieurs, tels que le *Bacillus subtilis*, le *Bacillus proteus*, le *Penicillium glaucum*, l'*Aspergillus niger*, l'*Aspergillus glaucus*, l'*Actinomyces chromogenes*, etc. Il résulte de ces recherches que l'*Aspergillus niger* et l'*Aspergillus glaucus* constituent les agents les plus nuisibles pour les larves de moustiques, tout en restant, cependant, sans effet sur les insectes adultes.

A son tour, M. le docteur A. F. Mankovsky, professeur d'histologie à la Faculté de médecine d'Odessa, a dernièrement fait connaître, dans le *Roussky Vratch*, à titre de « contribution à l'étude des moyens de destruction des moustiques », des constatations qu'il a eu l'occasion de faire sur les anophèles dans un pays profondément infesté par le paludisme, la Bessarabie. Or, en réalité, il s'en faut que ces constatations puissent prétendre à une portée pratique, et si nous croyons néanmoins devoir les signaler ici, c'est plutôt pour montrer combien il est dangereux de se laisser guider par une idée préconçue et combien aussi l'engouement pour une théorie à la mode est susceptible de fausser l'interprétation des faits les plus simples.

M. Mankovsky commence par proclamer sa conviction que les moyens efficaces pour combattre les moustiques doivent être cherchés dans « les conditions défavorables créées par la nature elle-même et qui existent, sans aucun doute, dans les endroits où les moustiques sont le plus répandus ». Cette déclaration n'est pas sans surprendre le lecteur, qui, en bonne logique, serait porté à supposer exactement le contraire : les conditions défavorables à l'existence des anophèles semblent devoir se trouver, de préférence, non pas là où ces insectes sont répandus au maximum, mais dans les régions où ils sont, au contraire, peu nombreux.

Passons, toutefois, sur ce préambule et arrivons aux faits mêmes qui constituent l'objet des recherches du professeur d'Odessa. En examinant les anophèles d'une localité de la Bessarabie, M. Mankovsky constata que nombre d'entre eux (30 % au moins) présentaient, sous les ailes et aux points d'attache des pattes, de petites saillies rougeâtres, dans lesquelles notre confrère reconnut, à l'examen microscopique, des parasites appartenant à l'ordre des acariens. D'autre part, M. Mankovsky insiste sur ce fait que les anophèles en question, loin de se livrer aux mouvements rapides « qui leur sont propres », étaient peu mobiles et se laissaient facilement saisir avec les doigts. La plupart des insectes qu'il avait ainsi capturés paraissaient très amaigris, leur abdomen étant aplati et rarement distendu par le contenu du tube digestif.

Etant données les idées qui ont actuellement cours sur la pathogénie de la malaria, il était « tout naturel » de se demander si cette maladie des moustiques n'avait pas exercé une influence sur la morbidité paludéenne. Afin d'élucider ce point, le professeur russe s'adressa tout simplement au dispensaire local, où on lui répondit que, « effectivement, pendant la période dont il s'agit, on a enregistré moins de cas de paludisme que les années précédentes ».

Persuadé dès lors que le parasite en question exerce une influence des plus néfastes sur l'*Anopheles*, M. Mankovsky trace tout un programme d'études ultérieures visant la structure, le genre de vie et le mode de reproduction de cet acarien, ainsi que les voies par lesquelles il infeste les anophèles, programme qui, aux yeux de son auteur, n'est en quelque sorte que le préambule théorique d'une prophylaxie rationnelle du paludisme.

Si l'on passe en revue les arguments que le professeur d'Odessa invoque à l'appui de sa manière de voir, on est réellement surpris de voir figurer, parmi eux, des constatations aussi banales que celle de l'immobilité plus ou moins considérable des moustiques. Il est, en effet, de notion courante que, pendant la journée, les anophèles se tiennent le plus souvent immobiles et se laissent saisir avec la plus grande facilité, sans compter que, même aux heures de crépuscule, lorsqu'ils deviennent plus vifs, ils sont loin d'être doués de cette rapidité de mouvements que leur attribue M. Mankovsky, et qu'ils sont, à ce point de vue, de beaucoup inférieurs aux mouches, aux abeilles et à nombre d'autres insectes. Or, aux yeux du professeur russe, ce simple fait que les moustiques étaient peu mobiles, acquiert une véritable signification pathologique et devient l'un des deux symptômes par lesquels se traduit, en somme, l'influence — qualifiée de néfaste — exercée par le parasite sur ces diptères, l'autre symptôme étant leur maigreur. Mais, comme le fait remarquer, dans un des derniers numéros du *Roussky Vratch*, un docteur en zoologie, M. G. A. Kogevnikov (de Moscou), les moustiques sont généralement maigres pendant l'été, le développement du corps adipeux ne débutant chez eux qu'à la fin de cette saison, comme préparation à l'hibernation. Il est, du reste, difficile de juger du degré d'engraissement d'un insecte d'après les apparences extérieures, la grosseur de l'abdomen relevant aussi, en partie, de la plénitude de l'intestin et du développement des ovaires. Aussi le zoologiste russe serait-il porté à croire que les anophèles « amaigris » de M. Mankovsky étaient, en réalité, soit de jeunes individus n'ayant pas encore absorbé de sang, soit des moustiques qui venaient de pondre.

Mais il y a plus : le fait même de trouver des acariens sur les insectes est tellement banal que, d'après M. Kogevnikov, il ne présente absolument aucun intérêt, à moins que l'on ne précise l'espèce à laquelle appartient le parasite, ce que M. Mankovsky n'a pas fait.

Quoi qu'il en soit, on ne voit pas trop en quoi cette constatation peut intéresser la prophylaxie du paludisme. Le professeur d'Odessa croit, il est vrai, que les moustiques infestés par le parasite en question sont, en raison de leur état maladif, peu aptes à propager le contage paludéen. Mais les anophèles ont-ils réellement besoin d'être sains pour accomplir cette besogne, et la présence, dans leur corps, d'hématozoaires du paludisme n'est-elle pas susceptible de les rendre plus malades que ne saurait le faire le séjour d'un ectoparasite! Et, pourtant, ce sont précisément les moustiques infestés par l'hématozoaire qui transmettent la malaria.

Et que dire du raisonnement sur lequel se base M. Mankovsky pour affirmer la relation de cause à effet entre la « maladie des moustiques » et la diminution de la morbidité par paludisme! Au dispensaire local, on a enregistré moins de cas de malaria que les années précédentes. Ainsi formulée, cette constatation n'a vraiment rien de scientifique; faute de chiffres, elle ne nous renseigne pas même sur l'importance plus ou moins considérable de cette diminution dans le nombre des cas, sans compter que rien ne nous oblige de supposer que, les années précédentes, les anophèles étaient complètement indemnes des fameux parasites « d'où vient tout leur mal ». Au contraire, la présence d'acariens étant couramment constatée sur différents insectes, nous serions plutôt autorisés à croire que la trouvaille de M. Mankovsky n'avait rien d'exceptionnel et que le professeur russe aurait pu tout aussi bien la faire au cours des étés précédents.

M. Kogevnikov fait judicieusement remarquer que « tous ceux qui connaissent les conditions de l'éclosion de la malaria savent de combien de causes diverses dépend le nombre des cas de maladie, à plus forte raison celui des cas *enregistrés* ». Il est vraiment regrettable que cette vérité banale soit rappelée à un médecin par un zoologiste de profession.

Si, pour les besoins de la cause, M. Mankovsky veut absolument ignorer les nombreux faits qui témoignent que l'infection malarienne peut se propager en dehors de toute intervention des moustiques (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 177-179), il aurait dû, tout au moins, tenir compte des travaux de ses compatriotes (notamment des observations recueillies dans cette même Bessarabie par M. le docteur Müller), qui établissent, de la façon la plus péremptoire, la possibilité d'un défaut de corrélation entre la morbidité paludéenne et l'abondance des moustiques, les oscillations dans la proportion des malariques relevant, en pareille occurrence, des influences météorologiques ou telluriques (température, état hygrométrique de l'air, quantité de pluie tombée, etc.), dont le rôle, dans la pathologie humaine, reste encore considérable, malgré tous les triomphes des moustiquaires.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Contribution à l'étude d'une forme de kératite parenchymateuse sclérosante probablement tuberculeuse, par M. Marcel Chesneau.

Longtemps niée *a priori*, en raison de l'absence de vaisseaux dans la cornée, la tuberculose de cette membrane, dont la réalité est démontrée par des faits cliniques et des recherches expérimentales, a aujourd'hui acquis droit de cité en ophtalmologie; on lui reconnaît même de nombreuses variétés qui, d'après la classification peut-être un peu schématique de M. Bach, peuvent être groupées sous les quatre chefs suivants : la kératite parenchymateuse typique, la kératite sclérosante, la kératite tuberculeuse primitive, enfin la kératite tuberculeuse secondaire à des lésions conjonctivales de même nature. C'est à une forme, sinon entièrement nouvelle — car elle se rapproche de la kératite primitive de Bach —, du moins rare et peu connue, que M. Chesneau consacre le présent mémoire, basé sur 7 observations personnelles.

Le nom même qu'il attribue à l'affection en indique les caractères cliniques essentiels : c'est une kératite *parenchymateuse* — c'est-à-dire siégeant dans l'épaisseur du tissu propre de la cornée et n'intéressant pas l'épithélium antérieur non plus que la membrane de Bowman — et *sclérosante* en ce que l'infiltration cornéenne, loin d'aboutir à la caséification et à l'ulcération, a une tendance bien nette, sauf dans des cas exceptionnellement favorables terminés par résolution, à donner naissance à du tissu cicatriciel sous forme d'opacités qui permettent bien souvent le diagnostic rétrospectif.

L'étiologie de cette variété de kératite offre quelques particularités intéressantes : 6 fois sur 7, dans les cas de l'auteur, il s'agissait de jeunes filles ou de jeunes femmes (le dernier malade étant un garçon de onze ans); l'âge de prédilection paraît être de vingt-quatre à vingt-huit ans; enfin les sujets frappés présentent le

plus souvent un certain caractère de débilité, de faiblesse générale; chez plusieurs on relevait des antécédents tuberculeux héréditaires, ou même personnels.

Le début se fait habituellement par un foyer d'épisclérite — voire, dans les cas les plus graves, de sclérite —, ne différant en rien de la banale épisclérite rhumatismale, et qui, d'ordinaire peu étendu, occupe parfois cependant un tiers ou un quart de la périphérie de la cornée. Puis se produit dans l'épaisseur de cette dernière, sans relations topographiques bien nettes avec les lésions épisclérales, une véritable éruption de petits nodules jaunâtres, généralement séparés du limbe par une bande de 1 ou 2 millimètres de cornée saine. Le nombre de ces éléments est essentiellement variable; il peut du reste augmenter peu à peu du fait de poussées successives. Chacun de ces nodules mesure en moyenne de 2 à 3 millimètres de diamètre et est entouré d'une zone un peu floue, comme cotonneuse, due à l'existence d'un certain degré d'œdème cornéen.

Au bout d'un laps de temps qui atteint quelquefois deux ou trois mois, mais que le traitement est susceptible d'abréger dans de notables proportions, la guérison survient, succédant à une période de vascularisation précoce, en pinceau, réaction de défense contre l'agent pathogène; elle se fait soit par résorption, soit (et le plus fréquemment) par formation de tissu scléreux. Ajoutons que dans la majorité des cas de moyenne intensité l'iris ne participe pas au processus morbide, et que, chez aucun des malades de M. Chesneau, il n'existait de lésions du corps vitré ni du fond de l'œil.

Le pronostic est donc, somme toute, favorable; il arrive pourtant qu'après guérison la présence d'opacités cornéennes dans le champ pupillaire diminue, dans une large mesure, l'acuité visuelle.

La preuve directe de la nature tuberculeuse de cette forme de kératite fait assurément défaut. Cependant, l'habitus général des sujets qui en sont atteints, les antécédents héréditaires ou personnels qu'on relève souvent chez eux, l'absence de toute autre cause plausible, enfin et surtout la constatation du bacille de Koch, par divers auteurs, dans des cas fort voisins de ceux qu'il étudie, paraissent à M. Chesneau des arguments suffisants pour admettre le rôle de la tuberculose dans la genèse de l'affection; et l'expérimentation même est loin de contredire à cette manière de voir: s'il est vrai que d'ordinaire la tuberculose d'inoculation revêt à la cornée une forme ulcéreuse, il n'en reste pas moins que, dans certaines conditions de virulence du microbe, on a produit une kératite à forme nodulaire, dont la spécificité ne pouvait être mise en doute.

Le traitement de cette kératite parenchymateuse sclérosante comprend essentiellement l'emploi des injections sous-conjonctivales d'air stérilisé (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 318); mais, quelle que soit l'efficacité de cette thérapeutique locale, il va sans dire qu'on ne négligera pas les indications de régime et d'hygiène découlant de l'état général du sujet. (*Ann. d'oculist.*, juin 1905.) — F. F.

Sur un cas de phlébite appendiculaire, par MM. Blanc et Ninot.

La phlébite est bien connue, au cours de l'appendicite; elle constitue cependant une complication rare de l'infection appendiculaire, eu égard à l'extrême fréquence de celle-ci, et cette rareté relative fait qu'on n'y pense guère. Or, il importe de ne pas la méconnaître, pour ne pas attribuer à tout autre processus morbide les phénomènes qui relèvent purement et simplement de la phlegmasie veineuse; c'est ce que démontre le fait relaté par MM. Blanc et Ninot.

Une jeune fille de dix-huit ans fait une atteinte aiguë d'appendicite, avec ballonnement du ventre, douleur au point de McBurney, défense de la paroi, fièvre, etc. Au bout de deux jours, sous l'influence du traitement médical, la température est redevenue normale, et, pendant une semaine, le « refroidissement » paraît devoir suivre une marche régulière, quand une nouvelle ascension thermique se produit, avec oscillations entre 37°5 et 39°; on songe naturellement à une collection péri-appendiculaire; localement, on ne constate rien, cependant; mais il peut s'agir d'un abcès à siège profond, et, la fièvre persistant, on se dispose à intervenir. Or, sur ces entrefaites, la malade accuse une sensation de fourmillement et de pesanteur dans le mollet gauche; la pression dans l'interstice des jumeaux réveille, en effet, une légère douleur, et, bientôt, la phlegmatia se caractérise nettement (sensations douloureuses très vives sur le trajet des veines, œdème progressif et impotence fonctionnelle du membre). Elle évolua en un mois environ, avec des *maxima* thermiques de 39° pendant les huit premiers jours, des températures ne dépassant pas 38° durant la quinzaine suivante, enfin une période de défervescence d'une semaine. Un mois après, on fit l'ablation de l'appendice à froid, et la guérison fut normalement obtenue.

La phlébite n'est donc pas toujours un indice de gravité de l'appendicite; Fochier, du reste, a déjà insisté sur ce fait. En outre, et c'est là le point important, on voit qu'il faut songer à la possibilité de l'oblitération veineuse, au cas où une fièvre à oscillations apparaît pendant la période de refroidissement de l'appendicite, et ne prendre le bistouri, pour inciser la collection supposée, qu'après s'être assuré que tout n'est pas sous la dépendance d'une détermination veineuse de l'infection. (*Loire méd.*, mai 1905.) — F. F.

Paralysies multiples et transitoires des muscles oculaires, par M. H. Coppez.

Une femme de trente-deux ans se présente à l'auteur, se plaignant de voir trouble depuis cinq jours de l'œil gauche; à l'examen, on constate chez elle une hypermétropie légère, avec parésie de l'accommodation et du sphincter pupillaire du côté gauche. La malade ayant eu un mois auparavant une angine avec engorgement ganglionnaire, et présentant encore un peu de nasonnement de la voix, M. Coppez fait le diagnostic rétrospectif de diphtérie, et le diagnostic actuel de paralysie post-diphtérique.

Trois jours après, cette femme, qui avait reçu comme traitement des instillations d'un collyre à la pilocarpine dans l'œil gauche, revenait avec un spasme de l'accommodation de ce même côté, associé à une paralysie accommodative de l'œil droit et à une diplopie par paralysie du muscle droit inférieur du côté gauche.

Cinq jours se passent encore, et l'on note que le muscle ciliaire est paralysé des deux côtés, et que le releveur de la paupière gauche est légèrement contracturé.

Au bout de cinq autres jours, c'est au tour du droit externe droit à se prendre; il y a aussi paralysie de l'accommodation, complète à droite, incomplète à gauche.

Enfin, trois jours plus tard, apparaît une paralysie du petit oblique droit, avec spasme et parésie simultanés de l'accommodation. Ce dernier symptôme disparut du reste bientôt, mais le petit oblique, environ trois semaines après, n'avait pas encore récupéré ses fonctions, et sa paralysie paraissait prendre les caractères d'un trouble définitif. On constata à ce moment l'existence des signes de Westphal et de Romberg.

Il est donc vraisemblable qu'il s'agissait d'un cas de *tabes incipiens*, et tout aussi bien les ophtalmoplégies sont un symptôme fréquent de début de la maladie de Duchenne; mais il est sans doute bien exceptionnel qu'elles affectent le caractère fugace qu'elles avaient — sauf en ce qui concerne la paralysie du petit oblique — chez la malade de M. Coppez. (*Policlinique*, 15 mai 1905.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

La ligature de l'aorte, son importance physiologique et thérapeutique, par M. Katzenstein.

Quelles sont les suites physiologiques de la ligature expérimentale de l'aorte? Quels en ont été les résultats, dans les faits humains jusqu'ici publiés? Quelles conclusions tirer, de ces deux ordres de prémisses, en ce qui concerne la légitimité et les indications de l'opération, chez l'homme? Telles sont les différentes questions que M. Katzenstein s'est posées.

Ses expériences ont porté sur 45 animaux, presque tous des chiens; elles avaient pour but de vérifier si, après la ligature de l'aorte au-dessus de sa bifurcation, le sang retrouvait sa voie vers les membres inférieurs, comment et au bout de combien de temps cette circulation collatérale se rétablissait. L'étude de la pression dans l'artère fémorale, déjà entreprise par M. Sonnenburg, en 1876, a été un premier élément d'appréciation. Ce chirurgien avait conclu de ses recherches qu'après la ligature de l'aorte la pression tombe dans la fémorale, mais qu'elle remonte très vite: au bout de 700 secondes, des pulsations appréciables au manomètre reparaîtraient déjà. Or, le résultat a été tout différent entre les mains de M. Katzenstein: le retour de la pression a toujours été beaucoup plus lent, et cette contradiction serait due, d'après l'auteur, à la difficulté de lier réellement l'aorte, d'en aveugler totalement et de façon durable la lumière; pour cela, il s'est servi d'un fil métallique ou de grosse soie et d'un double fil, réalisant deux ligatures superposées: par cette technique, le vaisseau est bien et dûment fermé. Or, la pression dans la fémorale remonte, non point en quelques minutes, mais dans les premières vingt-quatre heures, et c'est même au cours de cette première journée qu'elle se relève le plus; le mouvement réascensionnel se poursuit ensuite, beaucoup plus lent; chez un chien, treize semaines environ après la ligature aortique, la pression fémorale avait repris sa teneur ancienne.

C'est aux injections que l'auteur s'est ensuite adressé: pour révéler les fins réseaux anastomotiques, elles exigent, d'ailleurs, une technique assez minutieuse; elles étaient faites à la gélatine, additionnée de bismuth, pour permettre de radiographier les pièces et de les étudier ainsi plus aisément. Les voies collatérales occupent surtout la paroi abdominale, dans la zone intermédiaire à la mammaire interne et à l'épigastrique, et la région lombaire; elles sont représentées par de très fins vaisseaux, qui se dilatent peu à peu: encore faut-il qu'ils soient en état de le faire et que leur élasticité s'y prête.

Dans ce développement de la circulation collatérale, et cette poussée anastomotique, c'est le cœur qui joue le rôle principal: il se trouve soumis à un surcroît de travail, la pression étant notablement surélevée dans tout le système artériel, comme en témoignent les mensurations manométriques prises à la carotide; à mesure que la pression remonte dans la fémorale (au-dessous de la ligature aortique), elle s'abaisse et se rapproche de la normale dans la carotide. Aussi le cœur doit-il être, lui aussi, en état de faire face à cet excès d'efforts, qui détermine l'hypertrophie du ventricule gauche, d'abord, et ensuite sa dilatation.

C'est donc sur le cœur que la ligature de l'aorte fait sentir gravement ses effets, dans les jours ou les semaines qui suivent l'opération, et par le cœur que la mort se produit souvent; on peut ajouter tout de suite que, une fois connu ce mécanisme du rétablissement circulatoire anastomotique, la sclérose vasculaire, d'une part, et l'état morbide du cœur, d'autre part, deviendraient des contre-indications formelles à la ligature aortique.

Est-elle, d'ailleurs, jamais indiquée? Nous avons vu qu'elle pouvait n'être suivie que d'accidents tout passagers et bénins; les paralysies du train postérieur, que M. Katzenstein a observées aussi et analysées, ne sont que superficielles et temporaires, et reconnaissent une origine périphérique; il survient également des troubles circulatoires graves de la vessie, dans les deux premiers jours, et, 2 fois, l'auteur a noté la perforation vésicale. Pareille complication n'a pas été signalée chez l'homme. Malgré tout, on ne peut oublier que les 14 cas publiés de ligature chirurgicale de l'aorte se sont tous jugés par la mort, reculée jusqu'au cinquante-septième jour, dans le cas de Keen, jusqu'au trente-quatrième, dans celui de Tillaux, mais,

en général, précoce; 3 fois, l'insuffisance cardiaque paraît avoir été la cause principale de la terminaison rapide; 6 fois, elle intervint certainement pour hâter le dénouement.

Ces résultats sont donc fort peu encourageants, et, pour M. Katzenstein, il ne semble pas qu'il y ait aucune indication valable à recourir de nouveau à une intervention aussi meurtrière. Pour les hémorrhagies, on sait depuis longtemps que la double ligature dans le foyer est la méthode de choix et qu'à lier au-dessus un gros tronc, on n'obtient qu'une hémostase moins assurée. Quant aux anévrysmes ilio-pelviens, pour lesquels surtout on a été amené à jeter un fil jusque sur l'aorte, le rétablissement de la circulation, démontré par les expériences, et relativement assez rapide, permet de conclure à l'inefficacité réelle d'une intervention qui entraîne, d'autre part, d'aussi considérables dangers. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 3.) — L.

Un cas d'élimination d'indican par la peau, par M. E. Gans.

Considéré autrefois comme un produit de la décomposition des matières albuminoïdes résultant des fermentations intestinales, l'indican a été, au cours de ces dernières années, trouvé dans un grand nombre d'états morbides complètement indépendants de fermentations intraintestinales anormales, tels que suppurations chroniques, néoplasmes, diabète sucré, oxalurie, etc. En pareille occurrence, c'est habituellement dans les urines que l'on trouve cette matière chromogène, de sorte que, cliniquement parlant, le terme d'*indicanurie* est devenu comme le synonyme d'indican. Les traités de médecine ne mentionnent guère l'élimination de ce produit par la sueur; or, comme en témoigne l'observation relatée par M. Gans, et quelques autres faits analogues publiés antérieurement, ce mode d'élimination de l'indican peut parfois acquérir une importance considérable.

Le cas rapporté par l'auteur a trait à une femme de trente-cinq ans, qui, sans avoir jamais été sérieusement malade, était cependant toujours irritable, fatiguée, et se plaignait de constipation avec météorisme, de légers vertiges, etc. Un jour, à la fin d'une période menstruelle, elle remarqua une coloration singulière de sa chemise : au niveau de la partie correspondant au dos, depuis le cou et jusqu'au sacrum, on voyait des milliers de petites taches bleues, rondes, punctiformes ou grosses comme des têtes d'épingle, et qui n'étaient perceptibles à l'extérieur de la chemise que si l'on examinait celle-ci par transparence. Il existait aussi quelques points bleus au niveau des deux seins. Les jours suivants, le nombre des taches sur le linge, journellement renouvelé, diminua assez rapidement, mais le phénomène n'en persista pas moins pendant quatre mois environ, s'accentuant surtout aux époques menstruelles. Après une pause de quelques mois, le mari de cette femme étant tombé gravement malade, les taches bleues firent, chez elle, leur réapparition, se reproduisant pendant toute la durée de la maladie du mari, laquelle inspirait à la patiente de vives inquiétudes. Ce ne fut qu'après la guérison du malade que le phénomène cessa, et depuis il ne se renouvela plus. Lors de la première apparition des taches, l'urine contenait 0.026 ‰ d'indican; trois mois plus tard, la proportion d'indican était de 0.035 par litre. D'autre part, l'analyse chimique des taches sur le linge, pratiquée par M. J. Axmann (qui a, lui-même, eu l'occasion d'observer 2 autres cas d'indicanidrose), démontra qu'elles étaient constituées par de l'indican éliminé avec la sueur.

M. Gans estime que, dans ce fait, la signification clinique de cette élimination d'indican est très complexe, le phénomène paraissant dû non seulement aux fermentations anormales provoquées par la stase des matières intestinales (constipation chronique), mais aussi à des troubles des échanges organiques relevant d'influences nerveuses; de plus, la menstruation semble également avoir joué un certain rôle dans la production de l'indican.

Quoi qu'il en soit, l'auteur n'a trouvé dans la littérature médicale que 4 observations d'élimination d'indican par la peau. Il est, toutefois, d'avis que, pour savoir si le phénomène en question est réellement aussi rare qu'il paraît l'être, on doit, au préalable, rechercher systématiquement, chez un grand nombre de sujets, la présence d'indican dans la sueur. C'est alors seulement que l'on sera à même de se rendre compte des rapports qui pourraient exister entre l'élimination cutanée d'indican et certains états pathologiques, et de voir si l'indicanidrose et l'indicanurie présentent la même signification diagnostique. Enfin, il y aurait également lieu de rechercher l'influence que l'indican pourrait exercer sur la peau ellemême; les cas d'idiosyncrasie à l'égard de certains aliments, qui s'accompagnent d'urticaire ou d'eczéma et dans lesquels on constate en même temps une augmentation d'indican dans les urines, laisseraient, en effet, supposer l'existence de certaines relations entre ce produit et les affections intestinales, d'une part, et les affections cutanées, d'autre part. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 mai 1905.) — L. CH.

Anatomie et pathogénie de la tumeur du sterno-cléido-mastoïdien des nouveau-nés, par M. L. Pincus.

Chez quelques nouveau-nés on observe, après la naissance, une petite tumeur sur l'un ou l'autre des sterno-cléido-mastoïdiens, tumeur qu'on impute généralement à un hématome dû lui-même à une rupture musculaire au cours des tractions subies par la tête dans les accouchements laborieux, notamment au cas de présentation du siège. Cette explication est malheureusement insuffisante quand il s'agit, ce qui est fréquent, d'un accouchement absolument normal. Une pièce recueillie par M. Pincus permet de mieux concevoir la cause de cette lésion.

Un enfant, né de parents non diathésiques, dont l'expulsion avait été tout à fait spontanée et qui pesait seulement 2,915 grammes, mourut au quatorzième jour. Quarante-huit heures après sa naissance, on avait remarqué sur son sterno-cléido-mastoïdien gauche, à l'union des deux chefs sternal et claviculaire, l'existence d'une petite tumeur du volume d'une noisette; il n'existait pourtant ni torticolis, ni altération du squelette de la face. La pièce fut donc recueillie à l'autopsie et l'examen microscopique démontra qu'elle était formée par un noyau de myosite fibreuse, sans trace de pigment sanguin ni d'hématome. Par contre, le muscle, qui fut examiné en même temps, offrait une myosite diffuse, paraissant déjà de date ancienne, mais dont l'existence était incontestable, car les fibres musculaires se montraient en partie dégénérées ou segmentées.

Chez cet enfant existait donc une myosite antérieure à la rupture, et à laquelle il fallait sans doute imputer celle-ci. Quant à la cause même de cette myosite, il est plus difficile de la déterminer; on peut seulement noter que la mère, d'aspect très anémié, avait subi quatre semaines avant ses couches un traumatisme assez violent, ayant porté sur la partie inférieure de l'abdomen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 20 mai 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

La néphrite chronique interstitielle et l'alcalinité de l'urine, deux causes communes de l'incontinence d'urine chez les enfants, par M. J. R. Clemens.

Peu satisfait du traitement symptomatique de l'incontinence d'urine par la belladone, et cherchant à se rendre compte des facteurs étiologiques de cet état morbide, M. Clemens a été à même de se convaincre que les quatre causes les plus communes de l'incontinence sont, par ordre de fréquence, l'hyperacidité de l'urine (incontinence diurne et nocturne), l'existence de végétations adénoïdes (incontinence nocturne), la néphrite chronique interstitielle et l'alcalinité des urines (incontinence pendant le jour et la nuit dans les deux cas).

Nombre de cliniciens contestent, il est vrai, la fréquence de la néphrite chronique interstitielle chez les enfants en bas âge, mais l'auteur se demande quel autre diagnostic on peut porter en présence d'un enfant de quatre à huit ans, pâle, émacié, sujet à des maux de tête, qui, le matin, au réveil, a la face boursouflée, et chez lequel l'analyse de l'urine — celle-ci étant d'une densité très faible — révèle des traces d'albumine, en même temps que le microscope y décèle quelques cylindres. De plus, on note, en pareille occurrence, une hypertrophie du cœur, la pointe battant en dehors de la ligne mamelonnaire; le second bruit aortique est accentué et le pouls est dur. Cet ensemble symptomatique est d'autant plus significatif que, la plupart du temps, on relève la scarlatine dans les antécédents du petit patient.

Sans doute, à l'autopsie des enfants ayant succombé à la scarlatine ou à ses suites, on trouve, en fait de lésions rénales, soit une néphrite aiguë, soit une néphrite chronique parenchymateuse, d'où l'on conclut que la néphrite chronique interstitielle n'existe guère dans le jeune âge, sans tenir compte que l'examen clinique peut, seul, renseigner sur l'état des reins chez les enfants qui survivent à leur scarlatine.

Une autre cause fréquente de l'incontinence est l'alcalinité persistante de l'urine, due probablement à des carbonates. On ne remarque pas, en pareil cas, de signes de cystite, et l'urine reste parfaitement stérile. Le seul traitement qui réussisse à enrayer cette forme d'incontinence consiste dans l'emploi du phosphate acide de soude.

Dans 148 cas d'incontinence d'urine que M. Clemens a observés durant l'année dernière, il n'a jamais eu l'occasion de recourir à la belladone, et, néanmoins, il a toujours pu obtenir la guérison, sauf lorsque cet état morbide était dû à une affection organique, telle que la néphrite, ainsi que dans les faits où la réaction de l'urine, primitivement hyperacide, devenait, par suite du traitement, trop alcaline, ou inversement. La grande difficulté du traitement réside, en effet, dans la neutralisation exacte de l'hyperacidité ou de l'alcalinité et dans la persistance de la réaction ainsi obtenue. (*Arch. of Pediatrics*, mars 1905.) — L. CH.

L'acide formique contre les affections rhumatismales, par M. L. B. Couch.

Ayant appris, il y a trois ans, qu'un agriculteur avait été rapidement guéri d'un rhumatisme chronique par des piqûres d'abeilles (1), M. Couch institua des recherches sur la nature chimique du venin de ces hyménoptères et fut à même de se convaincre que l'acide formique en constitue le principal élément. Supposant que l'effet thérapeutique des piqûres était dû surtout à cet acide, l'auteur se livra à une série d'essais cliniques avec cette substance et ne tarda pas à constater qu'elle est très efficace dans toutes les variétés de rhumatisme et dans les névralgies. C'est ainsi que, grâce à des injections sous-cutanées d'acide formique, M. Couch a pu obtenir, dans l'espace de quarante-huit heures, la guérison d'un rhumatisme articulaire aigu avec fièvre dépassant 39°5. Le même procédé de traitement a également donné de bons résultats dans l'arthrite déformante, le lumbago, la névralgie sciatique, etc.

L'auteur recommande d'utiliser pour ces injections, de préférence, une solution d'acide formique à 2.5 % et, en tous cas, de ne pas dépasser le taux de 3 %, les solutions plus concentrées déterminant des eschares fort difficiles à guérir. Comme les injections dont il s'agit sont très douloureuses, il convient d'injecter, au préalable, quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1 % ou d'un autre analgésique quelconque.

M. Couch pratique ces injections au niveau des parties externes des membres ou du côté des muscles extenseurs, et il ne dépasse jamais

(1) Rappelons à ce propos que M. P. Terc a naguère préconisé les piqûres d'abeilles comme moyen de diagnostic et de traitement du rhumatisme articulaire aigu (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 162). — L. CH.

la dose de VIII gouttes (tant pour la cocaïne que pour l'acide formique) par piqûre. Si l'on injecte des quantités plus considérables d'acide formique, on voit se former des indurations douloureuses, qui se résorbent très lentement. D'ordinaire, l'auteur choisit, pour faire ces injections, les points les plus douloureux, en ayant soin, toutefois, de laisser entre les piqûres un intervalle d au moins 5 centimètres. Il n'a jamais pratiqué plus de 30 injections dans une seule et même séance; il est, d'ailleurs, préférable de ne faire que 12 ou 15 piqûres et d'appliquer le traitement, le lendemain, à une autre région. On doit, autant que possible, éviter les troncs nerveux, les injections qui portent sur ces troncs étant susceptibles de provoquer des douleurs intenses pendant vingt-quatre heures. Les piqûres peuvent être répétées quotidiennement ou tous les deux jours, jusqu'à ce que les phénomènes douloureux aient complètement disparu. En général, on n'observerait pas de rechutes à la suite de ce traitement, à la condition que le patient s'appliquât à suivre rigoureusement un régime approprié. (*Med. Record*, 24 juin 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS ITALIENNES

La réaction au bleu de méthylène [en urologie] et sa valeur clinique, par M. M. Russo.

L'auteur a entrepris une série de recherches en vue de trouver un réactif, facile à préparer et inaltérable, qui fût susceptible de remplacer le liquide diazoïque d'Ehrlich, lequel n'est pas exempt de certains inconvénients. On sait, en effet, que, pour obtenir la diazo-réaction, on doit éviter non seulement les causes d'erreurs inhérentes au réactif lui-même (préparation ancienne, trop grande quantité de nitrite de soude, impuretés de l'acide sulfanilique ou de l'ammoniaque), mais encore celles qui sont propres à l'urine (acidité, fermentations, etc.). Or, M. Russo a été à même de s'assurer qu'on peut avantageusement substituer au réactif d'Ehrlich une solution de bleu de méthylène, cette substance colorante donnant au contact de certaines urines pathologiques (notamment dans la fièvre typhoïde) une réaction très nette, qui se traduit par une coloration vert de menthe ou vert émeraude (1).

Voici quelle est la manière de procéder adoptée par l'auteur :

Dans un tube à essai renfermant 4 ou 5 c.c. d'urine à examiner, on verse quatre gouttes d'une solution aqueuse de bleu de méthylène chimiquement pur, au taux de 1 ‰ et ne contenant pas de granules de substance colorante en suspension; puis on agite légèrement, et aussitôt on voit le liquide se colorer uniformément. Si la coloration ainsi obtenue est vert de menthe ou vert émeraude, c'est que la réaction est positive. Il convient, au contraire, de ne pas attacher une grande valeur à la coloration vert clair ou vert bleuâtre, la première s'observant souvent à la période où les malades s'acheminent déjà vers la guérison, et la seconde dans les cas de constipation habituelle, lorsque l'urine renferme une grande proportion d'indican.

Si on laisse les tubes à essai au repos, les colorations susmentionnées se maintiennent dix jours environ pour disparaître ensuite progressivement, en même temps que des granules de substance colorante se rassemblent à la surface de l'urine, mais même à ce moment-là il suffit d'agiter fortement le tube, de manière à redissoudre le réactif, pour voir réapparaître la coloration, un peu plus pâle, cependant.

En vue de cette réaction, M. Russo s'est servi d'urine fraîche, en ayant soin de la filtrer toutes les fois qu'elle était troublée par des phosphates ou par de l'urate acide de soude.

L'auteur a pu se convaincre que l'ébullition et l'évaporation de l'urine, ou encore l'administration de bon nombre de médicaments — tels que le benzonaphtol, le salol, le calomel, le valérianate et le bichlorure de quinine, la caféine, la digitale, etc. —, n'altèrent nullement la réaction dont il s'agit. D'autre part, il a eu maintes fois l'occasion de constater que cette réaction fait défaut chez l'individu bien portant, dans les conditions physiologiques les plus diverses, ainsi que pendant la grossesse, le travail et les suites de couches.

Pour ce qui est des différents états morbides, M. Russo a remarqué que la réaction est toujours négative dans la scarlatine, la varicelle, la varioloïde, l'influenza, la bronchite aiguë ou chronique, la pneumonie lobaire, la gastrite, tant aiguë que chronique, les gastro-entérites fébriles, l'appendicite, la lithiase rénale, la néphrite aiguë ou chronique, le rhumatisme articulaire, l'abcès du foie, les affections mitrales, l'épilepsie, la neurasthénie et la fièvre paludéenne.

Elle se montre, par contre, constamment positive dans la fièvre typhoïde, à partir du deuxième ou troisième jour de la maladie. Fait curieux, à chaque phase de cette affection correspond une des deux colorations caractéristiques : à la première période, on constate toujours la coloration vert de menthe; dès le début de la période de déclin et jusqu'à la convalescence, on voit la coloration évoluer suivant une sorte de courbe, qui commence au vert clair pour aboutir graduellement à la couleur primitive du réactif (indice de guérison), laquelle se maintient dès lors, à moins qu'il ne survienne une rechute. La coloration vert émeraude est, au contraire, caractéristique de la période d'acmé et persiste, dans les cas graves, jusqu'à la mort.

Etant donnée la présence constante de cette réaction dans la dothiénentérie, M. Russo estime qu'elle offre une grande valeur au point de vue du diagnostic différentiel de cette maladie d'avec les gastro-entérites fébriles, dans lesquelles il ne l'a jamais notée.

Dans la rougeole, la réaction au bleu de méthylène se montre lors des premières manifestations de l'exanthème et disparaît dès que celui-ci commence à s'atténuer.

Dans la variole, la réaction devient positive à l'apparition des éléments éruptifs et se maintient jusqu'au commencement de la période de dessiccation. Là encore, elle présente une grande valeur diagnostique, puisque, constante chez les varioleux, elle fait absolument défaut dans la varicelle et la varioloïde.

Fait curieux, dans toutes les maladies susmentionnées, la réaction diminue d'intensité, en même temps que les symptômes cliniques s'atténuent, pour disparaître avec la guérison, de sorte qu'il y a un parallélisme parfait entre la réaction et l'évolution du processus morbide.

L'auteur a également recherché la réaction dont il s'agit chez des tuberculeux, et, bien que le nombre des cas examinés à cet égard soit assez restreint (85), il ne s'en croit pas moins autorisé à conclure que, dans la première période de la tuberculose, la réaction est toujours négative, alors même que l'on trouve dans l'expectoration des bacilles de Koch; pour ce qui est de la seconde période, l'absence de réaction au bleu de méthylène est d'un bon pronostic, tandis que sa constatation est de mauvais augure. La réaction ne paraît, d'ailleurs, être en rapport ni avec la température, ni avec la quantité des bacilles de Koch, mais bien avec le degré d'extension des lésions pulmonaires.

En se basant sur l'ensemble de ces faits, M. Russo estime que la réaction au bleu de méthylène peut avantageusement remplacer la diazo-réaction d'Ehrlich, et cela non seulement parce que le réactif en question est inaltérable, d'une préparation rapide et d'un maniement facile, mais encore et surtout parce que la réaction au bleu de méthylène s'observe dans un nombre beaucoup plus limité de maladies infectieuses que la diazo-réaction; elle présente, en outre, une valeur clinique et pronostique plus considérable, ses colorations indiquant exactement la période même de la maladie, tandis que la réapparition de la couleur primitive du réactif correspond à la guérison. (*Riforma med.*, 13 mai 1905.) — L. CH.

(1) Il n'est peut-être pas sans intérêt de rappeler à ce propos que différents auteurs ont déjà préconisé des réactifs à base de couleurs d'aniline pour l'examen clinique des urines, notamment en vue de rechercher les pigments biliaires : nous citerons en particulier le procédé de M. F. A. Monckton, qui utilise précisément le virage au vert des solutions de bleu de méthylène (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 387). Mais les recherches ultérieures de M. Maurice Roch paraissent démontrer que la métachromasie sur laquelle est basé ce procédé, et aussi celui de M. F. Baudouin, à la fuchsine (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 398), tient simplement à un phénomène physique — superposition de la teinte jaune de l'urine à la couleur propre du réactif — et non à la formation d'une combinaison chimique nouvelle, ce qui lui enlève la plus grande partie de sa valeur (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 103). — L. CH.

Sur la perméabilité des parois intestinales à l'égard des bactéries, par M. S. Rindone.

La question du passage des microorganismes à travers la paroi intestinale ayant soulevé de nombreuses controverses, il nous paraît intéressant de résumer les résultats d'une longue série de recherches expérimentales que M. Rindone a instituées à cet égard.

L'auteur a été à même de se rendre compte que la migration des microbes de l'intérieur de l'intestin dans la cavité péritonéale est toujours liée à un état nécrotique ou à une désorganisation intense de la paroi intestinale dans toute son épaisseur. A conditions égales de nécrose des parois, la pénétration des microorganismes se produit plus facilement en cas d'étranglement de l'intestin que lors de contusion de celui-ci; elle se fait encore moins aisément à travers la paroi intestinale nécrosée sous l'action de substances chimiques ou par asphyxie locale.

Quant à la perméabilité de l'intestin à l'égard des microbes au niveau de l'insertion du mésentère, elle s'établit également sous l'influence de la nécrose ou de graves lésions destructives, et cela seulement lorsque ces altérations intéressent toute l'épaisseur de la paroi.

D'autre part, M. Rindone a pu s'assurer que des lésions graves et irréparables de la séreuse ne rendent point l'intestin perméable aux bactéries et qu'il en est de même pour les altérations de la tunique musculaire. Par contre, des lésions similaires de la muqueuse intestinale paraissent susceptibles, dans certaines conditions, de permettre la pénétration des microbes intestinaux dans les ganglions mésentériques et dans le torrent circulatoire. C'est ainsi que, chez un chien sacrifié trois jours après avoir reçu, en injection rectale, 10 c.c. d'une solution d'acide sulfurique, et chez lequel la muqueuse et la sous-muqueuse étaient fortement ulcérées et endommagées dans tout le rectum et la portion inférieure du côlon, l'examen bactériologique du sang du cœur et du suc de la rate donna un résultat positif, en y révélant la présence du *Bacterium coli* et du staphylocoque doré. (*Riforma med.*, 6 mai 1905.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le régime hyperchloruré contre la pharyngite sèche.

Ayant à donner ses soins à un homme de soixante-deux ans, atteint d'une pharyngite sèche avec troubles du goût et diminution des réflexes, qui depuis trois ans résistait aux médications habituelles, M. le docteur C. Chauveau (de Paris) put constater que les urines renfermaient une proportion de chlorures quelque peu inférieure à la normale (8 gr. 20 centigr. en vingt-quatre heures), car le malade, ancien eczémateux, avait dès longtemps supprimé les condiments, et notamment le sel, de son alimentation. Cela étant, notre confrère eut l'idée d'essayer une cure d'hyperchloruration, et cette tentative thérapeutique fut couronnée de succès : au bout de trois semaines, l'affection pharyngée se trouva notablement améliorée; la muqueuse avait perdu sa teinte rouge sombre et était devenue plus humide, la salivation s'était rétablie et le patient, ayant récupéré la sensibilité gustative, pouvait distinguer facilement les différentes saveurs; en outre, la sensation de « colle enduisant les parois pharyngées » avait disparu et la déglutition s'effectuait facilement. A part quelques îlots secs sur la paroi postérieure du pharynx, il ne subsiste plus actuellement, comme trace de l'état antérieur, qu'une diminution relative des réflexes.

Se basant sur ce fait, M. Chauveau est porté à admettre que la teneur du régime alimentaire en chlorure de sodium n'est pas sans influence sur l'état des parois pharyngées; il lui semble même possible d'opposer le pharynx congestif des hyperchlorurés au pharynx sec propre aux hypochlorurés, ce qui permettrait d'instituer un traitement pathogénique pour chacune de ces deux variétés de pharyngite.

L'hyperémie active par l'air chaud comme temps préliminaire de la désinfection chirurgicale.

Partant de cette considération que le bain d'air chaud, tel qu'il est préconisé par M. Bier pour produire l'hyperémie active (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 140), détermine une sudation extrêmement abondante, susceptible de chasser de la profondeur des téguments tous les microbes qui y sont contenus, M. le docteur K. Vogel, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Bonn, a eu l'idée d'utiliser cette décharge sudorale pour faciliter l'action des liquides désinfectants sur la peau et assurer ainsi une asepsie plus parfaite des téguments. Mais les recherches que notre confrère a instituées à ce sujet dans le service de M. Bier lui-même, à l'hôpital Saint-Jean de Bonn, ont montré que, pour obtenir un résultat satisfaisant, il était indispensable de maintenir la région à aseptiser dans l'air chaud pendant une demi-heure au moins, et c'est là une circonstance qui ne permet guère au procédé en question d'entrer dans la pratique courante, du moins en ce qui concerne la désinfection des mains du chirurgien.

Il est cependant tel cas où ce moyen paraît susceptible de présenter des avantages appréciables. C'est ainsi que, chez un homme qui devait subir une suture tendineuse secondaire pour une plaie de la paume de la main ayant suppuré pendant plusieurs semaines, on prescrivit une série de bains locaux d'air chaud, les jours qui précédèrent l'opération, et M. Vogel estime que dans l'espèce cette pratique a eu de réels avantages. Aussi croit-il ce procédé appelé à rendre des services dans les faits de ce genre, (sutures tendineuses ou nerveuses), ainsi que dans les interventions sur les articulations.

La latéro-position gauche dans les opérations sur l'appendice.

Depuis un certain temps, M. le professeur H. Schlange, chirurgien de l'hôpital civil de Hanovre, a l'habitude, au cours des laparotomies pour appendicite, de faire coucher le malade sur le côté gauche aussitôt après l'ouverture de l'abdomen, de telle sorte que le côté droit du patient se trouve à 12 ou 15 centimètres de la table, tandis que son dos forme, avec le plan de celle-ci, un angle de 30° à 35°. Cette position aurait, en pareille occurrence, des avantages analogues à ceux de la position de Trendelenburg dans les interventions sur le bassin, et cela notamment lorsqu'il s'agit d'une appendicite au début, n'ayant encore déterminé ni abcès ni adhérences.

Dans l'opération à froid, la position dont il s'agit serait également indiquée, en ce qu'elle faciliterait beaucoup l'appendicectomie, même lorsque l'extrémité de l'organe est fixée dans l'excavation pelvienne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 24 et 31 juillet 1905.

La physiologie du placenta.

MM. Charrin et **Goupil**. — Au cours de recherches sur les fonctions du placenta, nous avons constaté que cet organe retient diverses substances protéiques (hémolysines, précipitines, lysines, agglutinines, alexines, etc.), ainsi que des matières colorantes et des alcaloïdes. Mais ces diverses substances sont difficiles à doser dans le sang, aussi nous sommes-nous adressés pour plus de facilité au glucose.

Si l'on injecte du sucre de raisin à une chienne pleine (19 grammes pour une femelle de 19 kilos), cinq heures après l'hyperglycémie est manifeste dans le sang maternel, tandis qu'elle est peu marquée dans la circulation des rejetons. D'autre part, le dosage du glycogène hépatique prouve que le déficit en glucose du sang du fœtus ne tient pas à l'accroissement glycogénique dans le foie de ce fœtus. En outre, quand, par les artères ombilicales d'un placenta humain frais, on injecte une solution de glucose, le liquide revient par la veine du cordon et s'écoule à la surface des cotylédons; le premier (veine) n'a perdu qu'environ un cinquième de son sucre; dans le second (cotylédons), la perte peut dépasser les deux tiers. On ne saurait, d'ailleurs, exclusivement invoquer l'action de la dilution, attendu que, si à la solution sucrée on ajoute du sulfate d'ammoniaque ou mieux de l'urée en proportion semblable à celle du glucose, les diminutions sont infiniment moindres. Du reste, lorsqu'on mélange du placenta frais à une solution de glucose, on peut constater, après passage à la presse et filtration, que le liquide a perdu une partie de son sucre. Dans ces conditions, le placenta semble retenir le produit pour ainsi dire mécaniquement, physiquement; son propre tissu intervient, si bien que dans le cas où l'on se sert d'un délivre ancien, expulsé depuis deux jours, la rétention du sucre s'atténue; de plus, le suc placentaire seul est relativement impuissant; enfin, sur ce placenta mis en contact avec du glucose et pressé avec soin, on peut déceler la présence du glucose.

Au total, en dehors de son rôle de filtre et de ses fonctions de glande interne, le placenta retient des produits nuisibles et même des substances utiles. De tels attributs font que le fœtus se trouve relativement protégé contre des intoxications; en outre, au point de vue de la teneur alimentaire, grâce à des propriétés placentaires, l'arrivée de quantités excessives et partant nuisibles se trouve empêchée; le nouvel être reçoit certains produits au fur et à mesure de ses besoins. Ainsi, tout en demeurant un élément passif, le placenta s'élève à la dignité d'organe actif. Notons que le pouvoir de fixer des poisons fait comprendre comment, au cours de diverses auto-intoxications, telles que l'éclampsie, on a pu constater que l'extrait placentaire, qui, à l'état normal, est peu nuisible, devient très toxique; parfois même cette augmentation de toxicité a pu à tort faire localiser à ce niveau le point de départ du mal.

Expériences de lavage mécanique du sang.

M. Ch. Répin. — Au moyen du dispositif que j'ai décrit l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 238), j'ai effectué un certain nombre d'essais de lavage mécanique du sang sur l'animal vivant, notamment sur la chèvre : pour cela, le trocart qui sert à la fois à aspirer le sang de l'animal et à lui restituer les hématies, séparées du plasma et mises en suspension dans du sérum artificiel isotonique (chlorure de sodium à 8 %, glucose ou saccharose à 10 %), était placé dans la jugulaire; le volume de sang traité par heure a varié de un à trois litres.

Au cours de ces expériences, j'ai pu constater que, tant que la quantité de plasma soustraite n'excède pas un cinquième environ du volume total, l'animal ne manifeste aucune gêne, et, consécutivement, il ne se produit pas d'hémoglobinurie, ce qui prouve que les globules n'ont pas été lésés. Lorsque, au contraire, la limite sus-indiquée est dépassée, on voit survenir une dyspnée légère; celle-ci disparaît bientôt si l'on arrête l'opération, mais, si l'on persiste, elle est suivie des signes les plus nets de l'œdème aigu du poumon. Des expériences directes faites sur le poumon de mouton fraîchement détaché m'ont permis de me convaincre que cet accident est dû à la diminution de viscosité du plasma, résultant de l'introduction d'une grande quantité d'eau. On peut en retarder l'apparition en réinjectant moins de sérum artificiel qu'on a retiré de plasma. Du reste, rien n'empêche d'arrêter l'opération dès l'apparition de la dyspnée, pour ne la continuer qu'au bout de quelques heures.

Au point de vue thérapeutique, cette « déplasmation » ne pourrait évidemment rien contre les poisons ou toxines fixés sur les globules; elle me paraît, au contraire, devoir être plus efficace que la saignée habituelle là où le poison reste en circulation dans le sang, comme c'est le cas dans l'urémie et l'éclampsie.

Les échanges respiratoires pendant un séjour prolongé à 4,350 mètres d'altitude.

M. G. Kuss adresse une note relative à des expériences d'où il résulte que le séjour prolongé en haute montagne (mont Blanc) ne modifie pas sensiblement les combustions organiques, en tant que celles-ci sont mesurées par les échanges respiratoires. On peut constater une légère augmentation de l'oxygène consommé, ce qui s'explique par le supplément de travail des muscles respiratoires, occasionné par une augmentation concomitante de la ventilation pulmonaire. Quant au débit respiratoire, s'il est habituellement un peu plus élevé qu'en plaine, la différence, dans la majorité des cas, n'excède pas 7 à 11 %.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 juillet 1905.

De l'anesthésie mixte par la scopolamine-morphine et le chloroforme.

M. Monod. — J'ai employé 5 fois la méthode mixte d'anesthésie par la scopolamine-morphine et le chloroforme, que M. Walther a récemment préconisée (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 319). Dans 4 cas, le résultat a été tout à fait satisfaisant, mais il n'en fut pas de même dans le cinquième : l'injection de scopolamine-morphine avait été pratiquée deux heures avant le commencement de la chloroformisation; or, la malade, chez laquelle j'avais fait une cholécystostomie, fut prise d'une syncope vingt minutes après la fin de la chloroformisation, et l'on dut pratiquer la respiration artificielle pendant plus d'une demi-heure, en même temps que l'on avait recours aux injections d'éther et de caféine; après vingt minutes de mort apparente, le pouls devint de nouveau perceptible et la patiente reprit bientôt connaissance.

Je ne pense pas qu'on puisse attribuer cet accident à la morphine, car cette femme avait déjà supporté d'une façon très normale des injections de morphine. Au reste, il ne s'agit pas là d'un fait isolé : la *Semaine Médicale* a publié, cette année même, un article dans lequel on signale 12 cas de mort.

M. Walther. — J'ai actuellement 112 observations d'anesthésie à la scopolamine-morphine, sans aucun incident qui puisse être rapproché de celui que M. Monod vient de nous citer. Quant aux 12 cas de mort relatés dans la *Semaine Médicale*, ils ont été discutés par M. Terrier, qui estime qu'il est difficile de les considérer tous comme réellement imputables à la scopolamine.

Résection du ganglion cervical supérieur du sympathique pour névralgie faciale rebelle.

M. Delbet. — Je désire vous communiquer 3 observations montrant les excellents effets que la résection du ganglion cervical supérieur du sympathique est susceptible de donner en cas de névralgie faciale rebelle.

Mon premier malade — un infirmier de Bicêtre — avait déjà subi la résection des nerfs sus-orbitaire et sous-orbitaire, quand je lui fis en 1901 l'ablation du ganglion de Gasser; cette opération fut suivie d'une cessation momentanée des douleurs, mais celles-ci reparurent huit mois après mon intervention. En août 1902, j'eus recours à la résection du ganglion cervical supérieur; j'ai revu cet homme tout récemment, c'est-à-dire près de trois ans après ma dernière opération; les accès se sont progressivement espacés, tout en diminuant d'intensité, et, s'il n'est pas complètement guéri, il est extrêmement amélioré.

Chez mon deuxième patient, déjà opéré sans succès par M. Guinard, l'ablation du ganglion cervical supérieur a été presque immédiatement suivie d'une amélioration considérable, caractérisée par de très longues accalmies; actuellement — dix mois après mon intervention —, le malade ne souffre plus.

Enfin, le troisième fait a trait à un homme chez lequel la résection des nerfs sous-orbitaire et maxillaire supérieur, pratiquée par M. Potherat, a été suivie d'une accalmie de vingt mois; il y a neuf mois, j'ai enlevé le ganglion cervical supérieur, et le résultat est jusqu'ici très satisfaisant.

Des hypertrophies musculaires partielles.

M. Poncet (de Lyon). — J'ai eu l'occasion d'observer un cas tout à fait analogue à ceux sur lesquels M. Mignon a attiré votre attention dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 356). Il s'agit d'un homme chez lequel j'avais porté le diagnostic de kyste poplité, et tel était aussi le diagnostic de tous ceux qui, dans mon service, avaient examiné le malade; or, l'opération montra qu'il n'y avait pas trace de kyste et que la tuméfaction était due à une hypertrophie partielle du jumeau interne.

J'ai en outre vu, chez un ecclésiastique, une hypertrophie simple du masséter, formant une tumeur aussi apparente à l'état de repos qu'à l'état de contraction. Là encore, j'avais cru à un néoplasme et il n'y avait, en réalité, aucune lésion appréciable, en dehors d'une augmentation de volume du muscle.

M. Arrou. — J'ai opéré, il y a huit ans, dans le service de M. Monod, un malade atteint d'une hypertrophie du masséter; je ne trouvai rien dans ce muscle, dont je prélevai un fragment qui, sous le microscope, avait une structure absolument normale.

M. Faure. — Il y a un mois, dans une tumeur de la plante du pied, que l'on croyait être un lipome, je n'ai constaté que des faisceaux musculaires anormalement gros, sans la moindre trace de tumeur.

Sérothérapie du cancer.

M. Kirmisson. — J'ai employé le traitement sérothérapique de M. Doyen dans 2 cas. Le premier concerne un enfant de deux mois et demi, atteint d'une tumeur du rein, et chez lequel 15 injections ont été faites du 23 janvier au 20 mars; le résultat a été nul, car le traitement n'a pas empêché l'aggravation du mal. Le second fait a trait à un jeune garçon de quatorze ans, atteint d'un lymphadénome de l'aisselle; malgré le sérum de M. Doyen, l'aggravation a été extrêmement rapide.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 juillet 1905.

Cure de déchloruration dans les maladies du cœur.

M. Vaquez. — Nous avons déjà montré, avec M. Digne, que les petits et les grands accidents des cardiopathies ne sont amendés que par le phénomène de la polyurie chlorurique (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 306 et 331). Parfois le seul repos au lit, avec alimentation déchlorurée, pourra provoquer une débâcle suffisant à assurer la guérison, mais le fait est rare, au moins chez les brightiques. En pareil cas, l'alimentation déchlorurée est supérieure à la diète lactée, puisque, avec ce dernier régime, le malade continue à absorber une dose de 3 à 5 grammes de sel par jour.

D'autre part, nous avons pu nous assurer qu'au cours de l'administration des diurétiques, chez les cardiaques, la persistance d'une alimentation chlorurée retarde la crise de polyurie chlorurique, ou la rend incomplète.

Chez les sujets atteints de lésions mitrales ou aortiques avec faible tension artérielle, les petits et les grands accidents asystoliques nous ont toujours paru légitimer l'emploi momentané des préparations digitaliques associées à un régime déchloruré et suivies au besoin de l'usage plus prolongé de la théobromine.

Mais si, chez ces mêmes malades, on constate de l'hypertension artérielle et de la sclérose du rein, on aura recours, au contraire, comme médication fondamentale, à la théobromine, et accessoirement à de faibles doses de digitale. La cure de déchloruration pourra entre temps céder la place à un régime hyperchloruré; en principe, cependant, chez tous les cardiaques, c'est à une alimentation très peu chlorurée qu'il faut donner la préférence. En outre, lorsque des accidents, si légers soient-ils, se sont déjà manifestés, il importe de prescrire préventivement chaque mois une cure digitalique avec déchloruration de trois ou quatre jours de durée, suivie pendant une semaine de l'administration de la théobromine (1 gr. 50 centigr. ou 2 grammes) avec un régime très peu chloruré.

En présence d'accidents plus graves, le régime des chlorures devra être réglé par un examen prolongé de la capacité chlorurique de l'organisme.

M. Achard. — Les recherches de MM. Vaquez et Digne montrent que la chloruration, pratiquée pendant la période tolérante des cardiopathies, est un moyen plus exact et plus facile que les autres d'apprécier le pronostic. Outre leur portée pratique, ces recherches ont un intérêt théorique, parce qu'elles indiquent combien est fréquent et général ce trouble de la régulation des humeurs qui détermine la rétention du chlore. Même dans les périodes où la santé paraît bonne, l'effort qu'on impose à l'organisme, en forçant et en répétant les doses de sel, fait éclater l'infériorité latente de fonctions régulatrices. Des faits du même ordre peuvent s'observer, d'ailleurs, dans d'autres états morbides que les cardiopathies.

Le pronostic peut aussi tirer quelques indices des résultats du régime déchloruré. Dans les cas les plus favorables, il fait rétrocéder les accidents de rétention; dans des cas moins heureux, il se borne à exercer sur eux ce que j'ai appelé avec M. Paisseau l'action suspensive; enfin, il peut être, chez certains cardiaques, de nul effet, et il en est de même pour les brightiques et les cirrhotiques : quand l'abstinence de sel n'empêche pas l'aggravation, le pronostic est fâcheux.

J'utilise le plus possible chez les cardiaques le lait et le régime déchloruré. Quelquefois ce dernier m'a paru plus efficace que la diète lactée : chez une cardiaque de mon service, dont l'ascite s'était résorbée sous la seule influence du repos et du régime maintenu plusieurs mois, l'hydropisie s'est reproduite pendant que la malade, entrée dans un service de chirurgie pour être opérée de varices, et immobilisée au lit, buvait 3 litres de lait par jour. Elle revint dans mon service où j'évacuai par ponction 15 litres d'ascite, et je lui redonnai aussitôt le régime déchloruré. Quand elle sortit au bout de quinze jours, elle avait le même poids qu'après la ponction.

Gangrène des orteils d'origine vasculaire.

M. Ferrier. — J'ai observé un cas de cette variété rare d'artériosclérose que Friedländer, en 1876, a décrit sous le nom d'endartérite oblitérante.

Il s'agit d'un sujet qui, dans l'espace de huit années, eut une série de gangrènes ayant frappé successivement la plupart des orteils et, en dernier lieu, nécessité au niveau du membre inférieur droit l'amputation sus-malléolaire d'abord et, ensuite, l'amputation de la cuisse.

Il n'existait que très peu de lésions névritiques; par contre, les altérations vasculaires étaient considérables, notamment celles des artères sous-jacentes à l'amputation, qui étaient pour la plupart oblitérées par une endartérite proliférante, sans foyers d'athérome ni infiltration calcaire.

L'origine vasculaire de cette gangrène imprima à l'affection un cachet clinique spécial : bien que bilatérales, les lésions ne présentèrent pas le caractère de simultanéité et de symétrie que l'on observe ordinairement dans les gangrènes d'origine nerveuse.

Anémie pernicieuse avec réaction spéciale du sang et de la moelle osseuse.

M. Clerc relate, au nom de MM. Lesné et Laederich et au sien, l'observation d'un jeune homme âgé de vingt-sept ans, chez lequel se développèrent les signes d'une anémie progressive qui entraîna la mort au bout de quelques semaines. L'examen du sang pratiqué pendant la vie permit de constater qu'il y avait seulement 690,000 globules rouges et 3,100 globules blancs par millimètre cube. Sur 100 leucocytes, 11 étaient des polynucléaires, 67 des grands mononucléaires et 22 des lymphocytes. Il n'existait ni anisocytose, ni polychromatophilie; les myélocytes granuleux et les hématies nucléées faisaient défaut.

L'autopsie ne montra aucune lésion appréciable des viscères, mais la moelle osseuse était le siège d'une prolifération marquée. Cette prolifération ne portait ni sur les myélocytes granuleux, ni sur les hématies nucléées, mais presque exclusivement sur les lymphocytes et sur les myélocytes basophiles non granuleux. Il s'agissait donc d'une anémie pernicieuse à la fois aplastique et plastique.

Hyperplasie surrénale au cours des néphrites.

M. Vaquez dit, à propos de la communication faite au cours de la dernière séance par MM. Widal et Boidin (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 356), que, dans toutes les néphrites hypertensives qu'il a observées, il a constaté avec M. Aubertin la lésion surrénale que celui-ci et M. Ambard ont précédemment décrite (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 63), et dont MM. Ménétrier et Bloch (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 284), puis MM. Widal et Boidin ont relaté depuis lors des observations.

L'orateur complète la description de cette lésion, en ce qui concerne ses stades initiaux, caractérisés surtout par une prolifération adénomateuse non graisseuse de la couche glomérulaire; par l'apparition d'un nodule hyperplasique limité et enkysté de la couche fasciculée; puis, par une éruption de nodules hyperplasiques mal limités débutant à la fois en plusieurs points de la même capsule; enfin, par l'hyperplasie totale déjà décrite par MM. Aubertin et Ambard, ou bien par un adénome vrai avec hyperplasie de tout le reste de la glande (différent, par conséquent, comme l'a fait récemment remarquer M. Ménétrier, de l'adénome graisseux vulgaire).

Tels seraient les différents aspects d'une lésion qui, désormais, semble faire partie du tableau anatomique de la néphrite atrophique, comme l'hypertension fait partie de son tableau clinique.

M. Boidin présente un jeune homme de vingt-trois ans, atteint à la fois de gigantisme et d'acromégalie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 juillet 1905.

Le sang au point de vue leucocytaire dans la tuberculose pulmonaire.

MM. Simon et **Spillmann** (de Nancy). — Nous avons fait l'analyse quantitative et qualitative du sang, au point de vue leucocytaire, dans 12 cas de tuberculose pulmonaire.

Chez la plupart de nos malades, nous avons constaté une hyperleucocytose modérée. Celle-ci, quand la tuberculose est à une période avancée, consiste surtout en une polynucléose, tandis que les mononucléaires sont en nombre normal et les lymphocytes très diminués; dans certains cas, les éosinophiles sont notablement augmentés.

Bien qu'il n'y ait pas à cet égard de formule leucocytaire bien nettement établie, on peut cependant tirer de l'examen du sang quelques renseignements intéressants au point de vue du pronostic : d'une façon générale, plus on trouve de polynucléaires, plus il est probable que les lésions sont en pleine évolution, surtout si les mononucléaires et les lymphocytes sont diminués. Quand le chiffre des polynucléaires est normal, et que les mononucléaires sont abondants, le pronostic semble plus favorable.

Modifications histologiques du sang après les hémorrhagies.

MM. Jolly et **Stini.** — Une série d'expériences que nous avons faites sur des rats blancs âgés de six mois à un an nous a montré qu'après la saignée il se produit dans le sang une augmentation rapide de la proportion des leucocytes à noyau polymorphe, en même temps qu'apparaissent des globules rouges nucléés. Nous avons, en outre, rencontré à peu près constamment, chez nos animaux, des hématies ponctuées d'un grain central; elles étaient moins nombreuses toutefois que les globules rouges nucléés.

L'apparition de ces globules spéciaux, à la suite d'une perte sanguine, chez des animaux dont le sang n'en contenait pas avant la saignée, nous paraît prouver la nature nucléaire des grains colorables intra-globulaires.

Liquide céphalo-rachidien dans l'urémie nerveuse.

M. Carrière (de Lille) communique le résultat des recherches qu'il a faites sur le liquide

céphalo-rachidien de plusieurs sujets morts d'urémie nerveuse. Dans tous ces cas, ce liquide a été trouvé plus abondant que d'habitude; sa pression était élevée, son point cryoscopique au-dessous de la normale. Le taux de l'urée était supérieur, celui des chlorures inférieur à la moyenne. La quantité des phosphates et des sulfates était augmentée. Enfin on a noté, dans 2 cas sur 8, la présence de la substance réductrice de l'oxyde de cuivre, et dans 3 cas celle de la sérine et de la globuline.

L'examen microscopique après centrifugation est resté négatif.

Modifications des cellules pyramidales de l'écorce dans un cas de paraplégie spasmodique.

MM. Haushalter et **Collin** (de Nancy) relatent l'observation d'un enfant de trois mois, atteint depuis sa naissance de paraplégie spasmodique, à l'autopsie duquel on n'a constaté comme unique lésion qu'une absence totale de différenciation de la substance chromatique des cellules pyramidales de l'écorce au niveau de la région rolandique. On ne saurait dire s'il s'agit ici d'une chromatolyse congénitale ou d'un défaut de développement de la substance chromatique. Quant à l'hypothèse d'une chromatolyse survenue après la naissance, elle ne peut être soutenue, car, chez un enfant mort dans les mêmes conditions que celui-ci, la substance chromatique était abondamment représentée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE PARIS

Aïbinder (Mlle R.). L'action antiémétique et eupeptique du citrate de soude dans l'intolérance gastrique des nourrissons; étude clinique; action physiologique.

Aïtoff (V.). Contribution à l'étude des effets du sulfure de carbone.

André (L.). De l'influence du climat dans le traitement des tuberculeux.

Bargain (L.). Contribution à l'étude du suicide chez les persécutés.

Benon (R.). Les troubles psychiques chez les hémiplégiques organiques internés.

Bomby (R.). Le caféisme.

Cousin (M.). Des éruptions consécutives aux injections de sérum antidiphtérique et de leur traitement prophylactique par l'ingestion de chlorure de calcium.

De la Foulhouze (R.). Les injections intratrachéales d'huile gomenolée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Dumont (A.-A.). Les habitations ouvrières dans les grands centres industriels et plus particulièrement dans la région du Nord.

Ertzbischoff (A.-H.-M.). Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus chez les vierges et les nullipares; étiologie; pathogénie; traitement.

Fonce (M.). La laryngo-trachéo-bronchoscopie en France.

Girard (L.). Des tumeurs extra-inguinales du ligament rond.

Gras (G.). Des collections pelviennes suppurées ouvertes spontanément dans la vessie chez la femme.

Guillot (H.). Traitement du catarrhe tubaire et tubo-tympanique par l'air chaud.

Inda (J.). Des dangers de la suralimentation chez le nourrisson.

Kruyt. Traitement psycho-thérapique de la morphinomanie (méthode de Joffroy).

Le Droumaguet (Y.). Le cancer gingival.

Le Glay (J.). De l'occlusion intestinale consécutive à la position de Trendelenburg.

Longuet (E.). Le xylol dans le traitement de la variole.

Marais (E.). De l'alimentation d'une ville en eau potable.

Moreau (M.). Des essais de traitement de l'insuffisance ovarienne par les greffes de l'ovaire.

Nicaise (V.). Des indications et de la valeur thérapeutique de la néphrectomie dans le traitement du kyste hydatique du rein (néphrectomie totale et néphrectomie partielle).

Nicolaevici (V. G.). Le délire dans les maladies infectieuses.

Renaut (L.). De la transmission de la syphilis par l'allaitement au point de vue juridique et déontologique.

Robert (F.-A.-H.). Syphilis de la rate.

Saillant (G.). Contribution à l'étude des décubitus aigus et chroniques chez les déments paralytiques.

Spiral (H.). Etude sur les essais expérimentaux d'inoculation peladique à l'homme.

Vaudet (P.). Technique précise de radiothérapie; instrumentation pratique; thérapeutique.

Wickersheimer (Ch.-A.-E.). La médecine et les médecins en France à l'époque de la Renaissance.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Rolly. Ueber die Neubildung von Glykogen bei glykogenfreien und auf Karenz gesetzten Kaninchen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIII, 1-2.) — La néoformation de glycogène chez des lapins « déglycogénés » et à jeun.

Salaghi (S.). Imprégnation des tissus de l'organisme par des précipités électrolytiques. (*Arch. ital. de biol.*, XLIII, 1.)

Sasaki (K.). Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung der Extraktivstoffe des Fleisches für die Magenverdauung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 mai.) — Sur la signification des matières extractives de la viande pour la digestion gastrique.

Schifone (O.). Degli effetti sulla struttura e sulla funzione della corteccia cerebrale consecutivi alle estese resezioni craniche e durali. (*Policlinico*, partie chir., XII, 1, 3, 4 et 5.)

Scott (J.). The influence of cobra venom on the proteid metabolism. (*New York Med. Journ.*, 13 mai.)

Stadler (E.). Ueber die Massenverhältnisse des Kaninchenherzens bei experimentell erzeugter Trikuspidalinsufficienz. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIII, 1-2.) — Sur les dimensions du cœur du lapin dans l'insuffisance tricuspide expérimentale.

Wassermann (A.) et **Citron** (J.). Ueber die Bildungsstätten der Typhusimmunkörper; ein Beitrag zur Frage der localen Immunität der Gewebe. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, L, 2.) — Sur le lieu de formation des anticorps typhiques.

Wolownik (B.). Experimentelle Untersuchungen über das Adrenalin. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 2.)

Zamboni (G.). Sugli effetti della resezione dei nervi del pancreas; 1a nota. (*Riforma med.*, 7 janv.)

MÉDECINE

Hnátek (J.). Polymyositis acuta hæmorrhagica. (*Wien. med. Presse*, 7 mai.)

Howard (C. P.). Symptomatology and diagnosis of gastric ulcer. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mars.)

Kirchner (A.). Wie ist bei Untersuchungen, besonders bei Gutachten, die Herzspitze topographisch zu bestimmen? (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 mai.) — Sur la détermination clinique du siège de la pointe du cœur, notamment en vue des expertises.

Klemperer (G.). Lehrbuch der inneren Medizin. T. Ier. In-8°, 582 p. Berlin. — Traité de pathologie interne.

Kouchev (N.). Le cytodiagnostic des pleurésies avec épanchement (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 23 et 30 avril.)

Krause (P.). Ueber langdauernde Fieberzustände unklaren Ursprungs. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIII, 1-2.) — Sur les états fébriles prolongés d'origine obscure.

Kühnel (A.). Ein Fall von Perforation einer verkästen Bronchialdrüse in den Oesophagus und in den rechten Hauptbronchus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 mai.) — Perforation d'un ganglion bronchique caséifié dans l'œsophage et dans la bronche droite.

Lemoine et **Gallois**. La pleurésie blennorrhagique. (*Nord méd.*, 1er mai.)

Levy (I. H.). Two cases of chronic splenic anæmia (twin sisters, one with achylia gastrica. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Malherbe (H.). La néphrite syphilitique secondaire; un cas de néphrite aiguë au cours de la période secondaire. (*Gaz. méd. de Nantes*, 6 mai.)

Mann (J. D.). On the causes and treatment of œdema. (*Brit. Med. Journ.*, 20 mai.)

Matignon (J.). Un cas de déformation thoracique précoce consécutive à une pleurésie aiguë. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

Sanford (H. L.) et **Dolley** (D. H.). A clinical and pathological report of a case of splenic anæmia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Ballet (G.) et **Laignel-Lavastine**. Un cas d'acromégalie avec lésions hyperplasiques du corps pituitaire, du corps thyroïde et des capsules surrénales. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

Dupouy (R.). Hystérie avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche; appoint alcoolique; hallucinations multiples rapportées uniquement à ce même côté par la malade. (*Arch. de neurol.*, avril.)

Meige (H.). Scoliose alternante avec lombosciatique droite. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

Pick (A.). Ueber sogenannten Transitivismus (Wernicke) bei Geisteskranken. (*Prag. med. Wochensch.*, 11 et 18 mai.) — Sur le « transitivisme » chez les aliénés.

Pieri (A.). Contributo alla conoscenza dei disturbi mentali nel cancro. (*Clinica moderna*, 26 avril.)

Reichardt (M.). Zur Entstehung des Hirndrucks bei Hirngeschwülsten und anderen Hirnkrankheiten und über eine bei diesen zu beobachtende besondere Art der Hirnschwellung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVIII, 2-4.) — Pathogénie de l'hypertension intracrânienne dans les tumeurs du cerveau et dans d'autres affections de cet organe.

Sabrazès (J.). Mouvements athétoïdes stéréotypés des doigts associés à la parole chez un tabétique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 7 mai.)

Santoro (G.). Un caso di polineurite. (*Gazz. degli Osped.*, 23 mai.)

Schaffer (K.). Zur Pathogenese der Tay-Sachsschen amaurotischen Idiotie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 16 mai.)

Sicuriani (F.). Sopra due casi di isterismo maschile. (*Clinica moderna*, 19 avril.)

Sill (E. M.). Sporadic cretinism; observations based on 16 personal cases. (*Med. News*, 6 mai.)

Sobel (J.). A case of syphilitic pseudo-paralysis. (*Med. News*, 29 avril.)

Spiller (W. G.) et **Posey** (W. C.). Recurrent oculomotor palsy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.) — Récidive d'une paralysie du nerf oculo-moteur commun.

Spratling (W. P.). Puberty and adolescence in their relation to the ætiology of epilepsy. (*New York Med. Journ.*, 20 mai.)

Tramonti (E.). Un caso di miopatia primitiva con deficienza mentale. (*Gazz. degli Osped.*, 14 mai.)

Turner (W. A.). The prognosis of epilepsy. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 16 fév.)

Veraguth (O.). Trauma und organische Nervenkrankheiten. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 mai.)

Virchoubsky (A.). Contribution à l'étude de l'hémiatrophie progressive de la face (en russe). (*Prakt. Vratch*, 23 et 30 avril.)

Vitek (V.). Ein neuer Reflex auf der Planta pedis. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mai.)

Vogt (H.) et **Franck** (O.). Ueber jugendliche Paralyse. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 mai.) — Sur la paralysie générale juvénile.

Wallbaum (G. W.). Ueber funktionelle nervöse Störungen bei Telephonistinnen nach elektrischen Unfällen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 mai.) — Sur certains troubles nerveux fonctionnels survenant chez les employées du téléphone à la suite de chocs électriques.

Zeitner (J.). Rhythmische pulsatorische Kopfbewegungen (das sogenannte Musset'sche Zeichen) bei Morbus Basedowii. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 mai.) — Le signe de Musset dans le goitre exophtalmique.

Zoppelli (U.). Un caso di meningite con afasia amnesica venuto a guarigione. (*Gazz. degli Osped.*, 30 avril.)

CHIRURGIE

Price (J.). Surgical intervention in cases of general peritonitis from typhoid fever and acute gonococcus infection. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, avril.)

Rodman (W. L.). The surgical treatment of gastric ulcer. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mars.)

Ruotte (F.). De la luxation des tendons péroniers latéraux. (*Arch. provinc. de chir.*, mars et avril.)

Santucci (A.). Resoconto clinico-statistico del turno chirurgico dell'ospedale civile di Scansano. In-8°, 96 p. Grosseto.

Schiassi (B.). Di talune cirrosi epatiche e del loro trattamento. (*Gazz. degli Osped.*, 7 mai.)

Schopf (F.). Zur Narkosefrage. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 mai.)

Schröder (H.). Zur Dauerheilung des Brustkrebses; Ergebnisse der in der Rostocker chirurgischen Klinik 1875-1901 ausgeführten Operationen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 3.) — Résultats éloignés du traitement du cancer du sein.

Simon (O.). Erfahrungen bei der operativen Behandlung des kompleten inneren Darmverschlusses. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 3.) — Résultats du traitement chirurgical de l'occlusion intestinale complète.

Singer (G.). Pseudoappendizitis und Ileocökalschmerz. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 et 18 mai.) — Pseudo-appendicite et douleur iléo-cæcale.

Soma (N.). Sull'importanza degli ascaridi nella chirurgia addominale. (*Gazz. degli Osped.*, 30 avril.)

Soulié (H.). Rate flottante coïncidant avec une ectopie du rein gauche; grave déchéance physiologique; décapsulation partielle de la rate; néphropexie; guérison. (*Arch. provinc. de chir.*, avril.)

Stern (W. G.). A successful method of treating fracture of the femur in infancy. (*New York Med. Journ.*, 20 mai.)

Stich (R.). Zur Anatomie und Klinik der Fussgelenkstuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der Resektion. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 3.) — Recherches anatomiques et cliniques sur la tuberculose du tarse, notamment au point de vue de la résection articulaire.

Stone (J. S.). Cicatricial contraction of the hand; transplantation of abdominal flap; relief. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 2 mars.) — Rétraction cicatricielle de la main; autoplastie par un lambeau abdominal; guérison.

Sturgis (F. R.). Rectal abscess containing gonococci without any accompanying gonorrhea. (*Med. Record*, 6 mai.) — Abcès du rectum contenant des gonocoques sans blennorrhagie concomitante.

Sutcliffe (W. G.). The surgical anatomy and operative treatment of tuberculous glands of neck. (*Brit. Med. Journ.*, 13 mai.) — Anatomie chirurgicale et traitement opératoire des adénopathies tuberculeuses du cou.

Tauber (S.). Hæmangioma cavernosum venosum capitis. (*Wien. med. Wochensch.*, 6 mai.)

Thiem (C.). Ueber die Grösse der Unfallfolgen bei der blutigen und unblutigen Behandlung der einfachen (subkutanen) Querbrüche der Kniescheibe. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, mai.) — Evaluation des conséquences de la fracture transversale non compliquée de la rotule après le traitement sanglant ou non sanglant de cette lésion.

Thurston (E. O.). 2 cases of gangrene with spontaneous amputation. (*Lancet*, 20 mai.)

Vincent (E.). Sur un cas de fracture du crâne, avec enfoncement et avec déchirure de l'artère méningée moyenne sans épanchement sanguin; compression de l'artère par une esquille sans hémostase spontanée; trépanation et guérison. (*Arch. provinc. de chir.*, avril.)

Vischer (A.). Ueber Osteome der Orbita und des Oberkiefers. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 1-3.) — Sur l'ostéome de l'orbite et du maxillaire supérieur.

Vogel (K.). Experimentelle Beiträge zur Frage der Desinfektion der Haut. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 juillet.) — Sur la désinfection [chirurgicale] de la peau.

Volkovitch (N.). Mécanisme, anatomie pathologique et traitement de la fracture de l'extrémité inférieure du radius (en russe). (*Roussk. Vratch*, 23 avril.)

Vrédène (R.). Des plaies pénétrantes de l'abdomen, et de leur traitement en temps de guerre (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mars et avril.)

Vvedensky (A.). Les procédés actuels de ligature du tronc brachio-céphalique et leur application aux opérations sur le médiastin antérieur (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XXI, 1.)

Wallis (F. C.). The cause and treatment of pruritus ani. (*Brit. Med. Journ.*, 13 mai.)

Weinberg. Epithélioma primitif de l'appendice développé dans la cicatrice d'oblitération chez un jeune homme de 22 ans. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Wilson (H. A.) et **Patterson** (R. V.). The combined operation of arthrodesis and transplantation of the tendon of the extensor proprius hallucis for the relief of flat-floot. (*Amer. Medicine*, 6 mai.) — L'arthrodèse associé à la greffe du tendon de l'extenseur propre du gros orteil dans le traitement du pied plat.

Wood (A. C.). Gallstone obstruction of the bowel; report of a case; removal of one stone from the bowel and a second from the gall-bladder; recovery. (*Amer. Medicine*, 13 mai.) — Occlusion intestinale due à des calculs biliaires.

Zamouravkine (K.). La caractéristique des blessures produites par les balles japonaises (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mars et avril.)

Zimmermann. Zur Entstehung von Pankreascysten durch Trauma. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 3.) — Sur l'origine traumatique des kystes du pancréas.

OPHTALMOLOGIE

Aubaret (E.). De l'insuffisance valvulaire du canal naso-lacrymal. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 4 juin.)

Aubineau (E.). Difficultés du diagnostic de la nature syphilitique de l'iritis. (*Gaz. méd. de Nantes*, 3 juin.)

Barnes (J. L.). Removal of the lens in myopia. (*Med. Record*, 17 juin.) — L'extraction du cristallin dans la myopie.

Derby (G. S.). Optic neuritis during lactation, including a reference to other ocular conditions observed in this period. (*Arch. of Ophthalmol.*, janv.)

Drew (C.). The etiology of choroiditis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 juin.)

Golovine (L.). De l'importance des cytotoxines dans la pathologie oculaire et, en particulier, dans la pathogénie de l'inflammation sympathique. (*Arch. d'ophtalmol.*, fév.)

Guiot. Considérations sur la conjonctivite granuleuse en Normandie. (*Année méd. de Caen*, mai.)

Hippel (A. von). Myopieoperation und Netzhautablösung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 juin.) — Opération de la myopie et décollement de la rétine.

Kalish (R.). Some ophthalmic suggestions. (*Med. Record*, 3 juin.)

PÉDIATRIE

Barnes (N.). The treatment of incontinence of urine in children. (*Amer. Medicine*, 24 juin.)

Nigris (G.). Ueber das Stillen und die Ursachen des Nichtstillens. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 mai.) — L'allaitement maternel et les causes de l'abstention des mères.

Oliveira (O. de). Novos estudos sobre a genese da ictericia dos recem-nascidos. (*Arch. latino-americanos de pediatria*, avril.)

Pick (R. E.). A case of sudden death in a newly born infant due to suprarenal apoplexy. (*Med. News*, 13 mai.) — Mort subite par hémorrhagie surrénale chez un nouveau-né.

Pincus (L.). Zur Anatomie und Genese der Kopfnickergeschwulst des Neugeborenen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 20 mai.) — Anatomie pathologique et pathogénie de la tumeur du sterno-cléido-mastoïdien chez les nouveau-nés.

Rakhmaninov (I.). Un cas de tétanos chez un enfant (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 7.)

Rothschild (H. de). Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson et des enfants du premier âge. T. III. In-8°, 824 p. avec fig.

Schaps (L.). Zur Frage der Conservirung der Milch durch Formaldehyd, speciell zum Zwecke der Säuglingsernährung. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, L, 2.) — Sur la conservation du lait par l'addition d'aldéhyde formique, notamment en vue de l'alimentation du nourrisson.

Silvestri (A.). Osservazioni semeiotiche di alcuni dispeptici alimentati con latte variamente trattato. (*Pediatria*, avril.) — Observations de dyspeptiques alimentés avec du lait préparé de différentes manières.

Smaniotto (E.). Studio pratico sull'uso del latte crudo e cotto formalinizzato nel lattante affetto da anormali digestioni. (*Pediatria*, avril.) — Etude sur l'emploi du lait formolé, cru ou bouilli, chez les nourrissons atteints de troubles digestifs.

Sorgente (P.). Sull'etiologia di tre casi d'idrocefalo cronico. (*Pediatria*, avril.)

Terrien (E.). Précis d'alimentation des jeunes enfants (état normal; états pathologiques). In-16, 241 p.

Torkel. Die sogenannte kongenitale Pylorushyperplasie eine Entwicklungsstörung. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 2.) — Comme quoi l'hypertrophie congénitale du pylore est due à des troubles du développement fœtal.

Zappert (J.). Ueber « paradoxes Schwitzen » beim Kinde. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 5.) — Sur la « sécrétion sudorale paradoxale » chez l'enfant.

TÉRATOLOGIE

Astrakhan (I.). Monstruosité rare chez un fœtus de sept mois (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 7.)

Fischer (H.). Two cases of rare congenital malformation. (*New York Med. Journ.*, 24 juin.)

Haggard (W. D.). Encephalomeningocele. (*Med. Record*, 10 juin.)

Naveiro (J. M.). Lesiones congénitas del corazón: trasposición de vasos, persistencia del canal arterial. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv.-fév.)

Róna (D.). Ueber Doppelbildung der Harnröhre. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 mai.) — Sur le dédoublement de l'urèthre.

Salvini (G.). Un caso di situs viscerum inversus totale. (*Tribuna med.*, juin.)

Vinograd (I.). Contribution à l'étude de la polydactylie (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 8.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Barwell (H.). On laryngeal paralyses and their diagnostic value. (*Lancet*, 3 juin.)

Bench (E. B.). The radical operation in chronic middle-ear suppuration. (*Arch. of Otol.*, fév.) — Cure radicale de l'otite moyenne purulente chronique.

Borovikov (I.). Troubles de l'équilibre par lésion des canaux demi-circulaires (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mai.)

Bryant (W. S.). Le rétrécissement de la trompe d'Eustache dans les maladies de l'oreille et son traitement. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Bulson (A. E.). The essentials of treatment of acute inflammation of the middle-ear. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 juin.) — Le traitement de l'otite moyenne aiguë.

Carter (W. W.). A case of extreme sepsis from multiple sinusitis, with description of operation. (*New York Med. Journ.*, 27 mai.)

Cerf (L.). Note sur le stridor congénital, à propos des récents travaux du professeur Massei. (*Anjou méd.*, juin.)

De Blasi (A.). Corpi estranei nell'orecchio. (*Gazz. degli Osped.*, 4 juin.)

Delie. Tabac et audition. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 28 janv.)

Gellé (E.). Examen subjectif de l'ouïe par l'épreuve de la distinction des sons successifs. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 18 fév.)

Grunert (C.). Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Ohrenheilkunde. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 juin.) — Valeur de la ponction lombaire en otologie.

Haike. Tuberculöse Ohrerkrankungen im Säuglingsalter. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 juin.) — Affections tuberculeuses de l'oreille chez le nourrisson.

Harland (W. G. B.). The problem of the treatment of laryngeal tuberculosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Jacques (P.). Otorrhée compliquée fistulisée dans le sillon rétro-maxillaire. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 28 janv.)

Lucae (A.). Du diagnostic du cholestéatome de l'oreille moyenne. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 11 fév.)

Möller (J.). Un cas de myringite tuberculeuse. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Noury (Zia). Cas rare de corps étranger du larynx. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Oltuszewski (W.). Obrazy patologii mowy w swietle nauki wspólczesnej, oraz zasady leczenia zboczen mowy. (*Gaz. lekarska*, 21 et 28 janv., 18 et 25 fév. et 4 mars.) — Les troubles de la parole et leur traitement.

Sedziak (J.). O postepach w laryngologii i rynologii w ostatnich 25-ciu latach ze szczególnem uwzglednieniem pismiennictwa polskiego. (*Kronika lekarska*, 1er et 15 mars, 1er et 15 avril et 1er mai.) — Des progrès réalisés en rhino-laryngologie pendant les vingt-cinq dernières années.

Törne (F. W.). Sällsynt fall af otitis media acuta perforativa. (*Hygiea*, avril.)

Trifiletti. Mastoïdite et neurasthénie. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Wood (G. B.). The significance of tuberculous deposits in the tonsils. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 mai.)

HYGIÈNE

Das Gesundheitswesen des preussischen Staates im Jahre 1903. In-8°, 442 p. Berlin. — Les affaires sanitaires en Prusse en 1903.

Gildersleeve (N.). Studies on the bactericidal action of copper on organisms in water. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — L'action bactéricide du cuivre sur des organismes en suspension dans l'eau.

Kermorgant. Prophylaxie des maladies endémiques en Indo-Chine. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.)

Matvéieva (Mme V.). Les maladies infectieuses aiguës dans les écoles primaires de Saint-Pétersbourg et les moyens de les combattre (en russe). (*Roussk. Vratch*, 16 avril.)

Munk (M.). Die Hygiene des Schulgebäudes. In-8°, 177 p. avec fig. Brünn. — L'hygiène des bâtiments scolaires.

Pennington (Mary E.). The action of electrically charged copper upon certain organisms in water. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — L'action exercée par des électrodes en cuivre sur certains organismes en suspension dans l'eau.

Ross (Ronald). On the logical basis of the sanitary policy of mosquito reduction. (*Brit. Med. Journ.*, 13 mai.)

Vivenza (F.). La lotta contro la tubercolosi in pratica. (*Clinica e pratica*, 15 mai.)

Voigt (L.). Beitrag zur Gewinnung der Variolavaccine. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er mai.) — Préparation du vaccin antivariolique.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Kartzev (V.). Traitement du tétanos par des injections d'émulsion de substance cérébrale (en russe). (*Prakt. Vratch*, 7 mai.)

Köhler (A.). Zur Therapie des Ulcus ventriculi und der Hyperaciditát des Magensaftes. (*Wien. med. Wochensch.*, 20 mai.) — Sur le traitement de l'ulcère de l'estomac et de l'hyperchlorhydrie gastrique.

Krenitzky (I.). Contribution à l'étude du traitement des anévrysmes de l'aorte par des injections sous-cutanées de gélatine (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 31 mars.)

Lacheta (R.). Zur Frage der Appendizitis-Therapie. (*Wien. med. Presse*, 28 mai.)

Langenhagen (M. de). Le traitement de l'entérocolite muco-membraneuse (régime alimentaire; lavages intestinaux; cures hydrominérales). (*Policlinique*, 15 avril et 1er mai.)

Lapinski (W.). Tymol kamforowy w leczeniu gruzlicy kosci, stawów i gruczolów. (*Gaz. lekarska*, 7 janv.) — Le thymol camphré contre la tuberculose des os, des articulations et des ganglions.

Larsen (C. F.). Iagttagelser og bemerkninger om brugen af alkohol ved pneumoni; et tillæg til diskussionen om alkoholvirkning. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mai.)

Lavrov (V. A.). Weiterer Beitrag zur Frage der Behandlung des Scharlachs mit Ichthyol. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 22 mai.) — Sur le traitement de la scarlatine par l'ichtyol.

Mazeran (A.). Traitement différentiel de la colite muco-membraneuse d'après ses formes cliniques. (*Lyon méd.*, 28 mai.)

Neugebauer (F.). Ein Beitrag zur Behandlung des Wundstarrkrampfes mit « Duralinfusion ». (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 mai.) — Traitement du tétanos par des injections intrarachidiennes de sérum spécifique.

Neumann (M.). Operationslose Behandlung der Angiome. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 mai.) — Traitement non chirurgical des angiomes.

Nichols (J. B.). The diet in typhoid fever. (*Amer. Medicine*, 6 mai.)

Noorden (C. von). Die Behandlung der Fettleibigkeit. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 mai.) — Le traitement de l'obésité.

Ouspensky (D.). L'opothérapie hépatique (en russe). In-8°, 31 p. Saint-Pétersbourg.

Peabody (G. L.). The treatment of epidemic cerebrospinal meningitis with injections (chiefly intraspinous) of diphtheria antitoxin. (*Med. Record*, 13 mai.)

Rejchman (M.). O leczeniu peptycznego wrzodu zoladka zapomoca glodzenia. (*Gaz. lekarska*, 7 janv.) — Traitement de l'ulcère rond de l'estomac par le jeûne.

Revello (A.). L'adrenalina nell'epitelioma ulcerato del labbro. (*Clinica moderna*, 12 avril.) — L'adrénaline contre l'épithélioma ulcéré de la lèvre.

Ritter (M.). Die neuro-dynamische Therapeutik im Anschluss an Studien und Erfahrungen über die photo-dynamische Wirkung von Fluorescenz- und Luminescenz-Stoffen auf Zellengebiete und Nervenendigungen. In-8°, 59 p. Leipzig. — La thérapeutique neurodynamique d'après nos connaissances relatives à l'action photo-dynamique des substances fluorescentes sur les cellules et les terminaisons nerveuses.

Rojansky (V.). Traitement du choléra par le bain russe (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 7.)

Roux (J.) et **Moindrot.** La ponction lombaire dans les tumeurs cérébrales. (*Loire méd.*, avril et mai.)

Siter (E. H.) et **Uhle** (A. A.). The use of iodide of silver in urethritis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mai.) — L'iodure d'argent contre l'uréthrite [blennorrhagique].

Smolianinov (A.). Un cas d'œdème malin aigu, traité avec succès par des injections d'eau oxygénée (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 31 mars.)

Todd (J. B.). Alkaline beverages in the treatment of pneumonia. (*New York Med. Journ.*, 20 mai.) — Les boissons alcalines dans le traitement de la pneumonie.

Vetrano (G.). L'acido picrico nella terapia moderna. (*Gazz. degli Osped.*, 28 mai.)

Vohryzek (V.). Pilokarpin pri meningitis cerebrospinalis epidemica. (*Casopis lékaru ceskych*, 13 mai.)

Wenckebach (K. F.). Over de beteekenis der orgaantherapie voor de praktijk. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 20 mai.)

Wolff (A. J.). Diphtheria antitoxin in cerebrospinal meningitis. (*Amer. Medicine*, 13 mai.)

Zanardi (P.). Cura dei ritardi di consolidazione delle fratture colle iniezioni irritanti di soluzioni acquose di acido osmico all'uno per cento. (*Policlinico*, 7 mai.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Mancioli (T.). La photothérapie dans le traitement de l'otite sèche. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Marcus (A.). Eine neue lokale Behandlungsmethode des Furunkels und Karbunkels. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 mai.) — Traitement du furoncle et de l'anthrax [par l'électrolyse].

Nogier (Th.). Traitement des lipomes et particulièrement de la maladie de Dercum par la radiothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 mai.)

Pfeiffer (C.). Die Darstellung der Trachea im Röntgenbild, besonders bei Struma. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 3.) — La radiographie de la trachée, notamment dans le goitre.

Quadrone (C.). Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkungen der Röntgenstrahlen. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 27 mai.) — Recherches cliniques et expérimentales sur les effets des rayons de Röntgen.

Rosenbach (O.). Bemerkungen über die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 mai.)

Severino (G.). La corrente alternativa sinusoidale e la corrente pulsante nella cura della malattia di Basedow. (*Gazz. degli Osped.*, 14 mai.)

Stieda (A.). Ueber umschriebene Knochenverdichtungen im Bereich der Substantia spongiosa im Röntgenbilde. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 3.) — Les zones circonscrites de condensation de la substance spongieuse des os, démontrées par la radioscopie.

Williams (E. G.). The X-ray treatment of malignant growths. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 6 mai.) — La radiothérapie du cancer.

Winckelmann. Behandlung der Leukämie und Pseudoleukämie mit Röntgenstrahlen. (*Therap. Monatsh.*, mai.)

BACTÉRIOLOGIE

Panichi (L.). Contributo alla conoscenza dei germi latenti (stafilococco piogeno albo) nel circolo sanguigno nell'uomo. (*Gazz. degli Osped.*, 28 mai.)

Porcile (V.). Beitrag zur differential-diagnostischen Unterscheidung der Typhus- und typhusähnlichen Bakterien mit Hilfe der Agglutination. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, L, 2.) — Diagnostic différentiel des bacilles typhoïdique et paratyphoïdiques à l'aide de l'agglutination.

Prausnitz (C.). Zur Frage der Differenzierbarkeit von Cholera- und choleraähnlichen Vibrionen mittels des Blutagars. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 mai.) — Sur la différenciation des vibrions cholérique et cholériformes par le sang-gélose.

Prochaska (A.). Bakteriologische Untersuchungen bei gonorrhoischen Allgemeininfektionen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIII, 1-2.)

Prowazek (S.). Untersuchungen über das Wesen des Vaccineerregers. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 mai.) — Sur la nature de l'agent pathogène de la vaccine.

Silva (G.). Ricerche sulla flora batterica intestinale di alcuni dispeptici, alimentati con latte vaccino variamente trattato. (*Pediatria*, avril.) — Flore bactériologique intestinale de dyspeptiques alimentés avec du lait de vache préparé de différentes manières.

Tarozzi (G.). Sulla biologia di alcuni germi anaerobici e su di un facile mezzo di cultura dei medesimi. (*Riforma med.*, 11, 18 et 25 fév.)

Trapani (P.). Di un nuovo metodo per differenziare il bacillo di Eberth dai bacilli eberthiformi e dal coli. (*Gazz. degli Osped.*, 14 mai.)

Vansteenberghe et **Grysez.** Le méningocoque et la méningite cérébro-spinale expérimentale. (*Echo méd. du Nord*, 28 mai.)

Walthard (M.) et **Reber** (H.). Beiträge zur Kenntnis der Natur und der klinischen Bedeutung der Vaginalstreptokokken : Ueber Agglutination der Vaginalstreptokokken gravider Frauen und die durch dieselben hervorgerufene Hämolyse. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 2.) — L'agglutination des streptocoques vaginaux au cours de la grossesse et l'hémolyse à laquelle ils donnent lieu.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La nouvelle loi prussienne sur les maladies transmissibles.

Depuis la promulgation de la loi d'empire sur la prophylaxie des maladies épidémiques (Voir *Semaine Médicale*, 1900, Annexes, p. CVI), divers Etats de l'Allemagne (Bavière, grand-duché de Bade, Hesse, Saxe, etc.) ont fait des règlements d'exécution de cette loi. La Prusse, le pays le plus important de la Confédération, n'avait point jusqu'ici réglé cette question : la raison en est qu'au moment où elle avait cru devoir s'en occuper, on s'est aperçu que, au lieu de faire simplement une loi d'exécution, il était préférable de procéder à une refonte de la législation sur les maladies contagieuses, laquelle, du fait qu'elle remonte à 1835, non seulement n'est plus en harmonie depuis longtemps avec l'état de la science, mais ne s'applique pas légalement à toutes les parties du royaume. Gouvernement et Parlement se sont donc décidés à faire une nouvelle loi sur les maladies transmissibles et à y englober les mesures d'exécution de la loi impériale du 30 juin 1900. Le projet de loi est resté pendant deux ans et demi devant la Chambre des députés prussiens, qui ne l'a voté en troisième lecture que le 8 avril 1905; il a été ensuite transmis à la Chambre des seigneurs, qui lui a consacré les séances des 30 et 31 mai, faisant subir au texte voté par la Chambre des députés une série de modifications que celle-ci a adoptées sans discussion le 30 juin 1905, exactement cinq ans après la promulgation de la loi d'empire.

Bien qu'elle ne soit point encore promulguée — malgré le caractère d'urgence qu'on lui a reconnu en raison des dispositions visant la méningite cérébro-spinale épidémique qui depuis plus de six mois sévit d'une manière intense dans quelques provinces du royaume de Prusse (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 207, 267 et 348), dispositions qui seront mises en vigueur le jour même de la promulgation — et que d'ailleurs elle ne devienne applicable que sur ordonnance royale, il convient néanmoins, pour tenir les lecteurs de la *Semaine Médicale* au courant de tout ce qui se fait d'important dans les divers pays, d'en indiquer l'idée directrice et les points principaux, surtout ceux qui, s'ils concernent plus particulièrement les médecins de la monarchie sus-indiquée, ne constituent pas moins un apport précieux pour la science sanitaire en général.

I

La nouvelle loi prussienne est divisée en huit chapitres, dont les trois premiers, visant la déclaration obligatoire, la constatation et la prophylaxie de la maladie, présentent un intérêt primordial pour le médecin, les dispositions qu'ils contiennent étant en plus ou en moins appliquées dans nombre de pays, d'où la possibilité pour chaque nation d'en faire un objet de comparaison avec la législation qui lui est propre. Elle porte pour titre : Loi relative à la prophylaxie des maladies transmissibles (*Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten*). Il semblerait, au premier abord, que le titre fût bien en rapport avec l'objet que le législateur a eu en vue; mais il convient de faire remarquer — et l'anomalie a été signalée aussi bien à la commission que dans la séance de la Chambre des seigneurs — que la loi comprend des maladies qui n'appartiennent nullement à la catégorie des affections transmissibles, comme le botulisme, l'intoxication par le poisson, la trichinose. Le titre de la loi ne correspond donc pas exactement à ce que celle-ci contient, mais le rapporteur, tout en reconnaissant le fait, n'a pas hésité à avouer que, pour ne pas retarder plus longtemps la promulgation de cette loi, nécessaire et urgente, il y avait lieu de passer outre. Il n'aurait pas été impossible, pourtant, de trouver une expression plus adéquate que celle de *übertragbar*, n'eût-on adopté que le qualificatif *gemeingefährlich* employé dans la loi impériale. Tel était, d'ailleurs, l'avis du rapporteur devant la Chambre des seigneurs; quoique n'appartenant pas au Corps médical, M. Ehlers a fort bien expliqué qu'il s'agissait dans l'espèce de maladies constituant un danger public, dont les unes sont transmissibles et les autres non. Nous savons bien que le titre ne fait pas la loi, pas plus que l'habit ne fait le moine, mais il n'en reste pas moins que pour une nation qui se pique d'une grande précision dans les questions scientifiques, surtout en ce qui touche aux affaires de médecine, l'anomalie est quelque peu singulière.

La loi allemande de 1900 ne vise que six maladies (lèpre, choléra, typhus pétéchial, fièvre jaune, peste et variole), laissant aux différents Etats confédérés la liberté de légiférer sur des affections contagieuses autres que celles qui sont ci-dessus indiquées. C'est en vertu de ce principe que la Prusse a ajouté à la liste dressée par le législateur allemand seize autres maladies : diphtérie, méningite cérébro-spinale épidémique, fièvre puerpérale, conjonctivite granuleuse, fièvre récurrente, dysenterie, scarlatine, fièvre typhoïde, charbon, morve, rage (y compris les morsures d'animaux enragés ou suspects de rage), intoxications par la viande, le poisson et la charcuterie, trichinose — dont la déclaration est obligatoire aussi bien pour les cas que pour les décès —, et la tuberculose pulmonaire et laryngée, dont les décès seuls doivent être déclarés.

Le gouvernement a fait tous ses efforts pour que les cas avancés de tuberculose fussent soumis à la déclaration obligatoire, mais la Chambre des députés, considérant que cette mesure causerait une inquiétude très grande dans la population, s'y est opposée. Il aurait été intéressant de connaître l'importance de la majorité des opposants, mais les débats devant le *Landtag* prussien ne sont point conduits comme devant le Parlement français; le compte rendu officiel ne fait pas mention du nombre des votants ni de leur répartition pour et contre; toutefois, d'après une déclaration faite en séance par un député, la majorité aurait été considérable.

Parmi les maladies comprises dans l'addition prussienne à la liste des affections visées par la loi impériale, il en est deux, la fièvre récurrente et la morve, qui sont très rares en Prusse : de la première, pendant la période 1889-1894, d'après les statistiques officielles, il n'a été constaté que 78 cas, soit en moyenne 12 à 14 cas par an; de la seconde, en l'espace de neuf années, il n'a été enregistré que 14 cas ou décès, ce qui ne donne pas en moyenne 2 cas par an. Or, ainsi que l'a fait remarquer un ancien ministre de l'agriculture, qui est docteur en médecine, M. Lucius von Ballhausen, comment un médecin, qui très probablement n'a jamais vu un cas de ces affections, pourrait-il reconnaître, dans les premières vingt-quatre heures, qu'il s'agit de l'une de ces deux maladies? Et, cependant, s'il ne fait pas la déclaration que lui impose la loi, au cas où l'existence de la maladie viendrait à être confirmée et connue, il sera passible des peines prévues par la loi. N'est-ce pas là une preuve que, dans l'énumération des affections à déclaration obligatoire, la loi prussienne est un peu trop compréhensive? On aurait pu, semble-t-il, ne pas faire figurer ces deux maladies, qui, pour le moment, ne peuvent pas être considérées comme dangereuses pour la population du royaume, et cela avec d'autant plus de raison qu'en vertu de l'article 5, complété par l'article 11, le gouvernement est autorisé, sous réserve de soumettre ultérieurement l'arrêté ministériel à l'approbation du Parlement, à ajouter, en temps d'épidémie et pour toute la durée de cette épidémie, telle ou telle maladie transmissible à celles que le médecin doit déclarer.

Le projet de loi présenté par le gouvernement allait encore plus loin : il exigeait même pour la fièvre récurrente et pour la morve la déclaration des cas suspects. Mais la commission de la Chambre des seigneurs s'est refusée à entrer dans une pareille voie, et elle a rejeté cette obligation, tout en la maintenant cependant pour la fièvre puerpérale et pour la fièvre typhoïde. Il a fallu, pour décider le *Herrenhaus* à repousser la déclaration des cas suspects de ces deux dernières maladies, l'intervention de M. Lucius von Ballhausen, qui jouit d'une très grande autorité sur ses collègues et qui, dans la circonstance, a bien mérité et du Corps médical et du public. Si la Chambre des seigneurs n'avait pas eu dans son sein un conseiller aussi prudent, les familles étaient exposées à voir leur domicile envahi à tout instant par les médecins-fonctionnaires (*Kreisärzte*) et leurs secrets les plus intimes dévoilés à la police.

Les médecins-fonctionnaires — dont l'institution, améliorée et modernisée par la loi du 16 septembre 1899, est assez ancienne, puisqu'il y avait déjà des *Medizinalbeamte* en 1835 — déploient souvent dans leur service un tel excès de zèle que, sur des plaintes motivées, le ministre des affaires médicales a dû leur rappeler à maintes reprises de ne pas sortir de leurs attributions légales et surtout de ne point recourir à des mesures vexatoires. Les circulaires ministérielles des 30 mars 1901 et 1er juin 1904 n'ont, paraît-il, pas suffi à bien faire comprendre aux *Kreisärzte* qu'en matière sanitaire et en hygiène industrielle il est des choses pratiquement réalisables et d'autres simplement désirables, puisque le rapporteur du projet de loi à la Chambre des seigneurs, dans la séance du 30 mai dernier, s'est laissé aller à espérer que ces avis « porteront leurs fruits et que les *Kreisärzte* modéreront leurs demandes et se borneront à exiger les mesures indispensables pour le bien public ». Toutefois, après avoir prononcé ces paroles, M. Ehlers a ajouté : « L'avenir nous apprendra si cet espoir est fondé », et pour bien marquer le sentiment de dénégation d'une partie de ses collègues il a expressément avoué que « les avis diffèrent à cet égard ». Ces mots, sortis d'une bouche autorisée, en disent plus sur l' « état d'âme » des médecins-fonctionnaires que tout ce que nous, étrangers, pourrions raconter sur les vexations commises par ces salariés de l'Etat, qui, ne pratiquant pas, ne s'imposent guère de réserves vis-à-vis du médecin traitant et du public. Pour mieux justifier l'importance du service, ils sont portés à exagérer les mesures nécessaires, car jusqu'ici le législateur n'a pas limité leurs attributions; aussi la présente loi doit-elle, sous ce rapport, être bien accueillie, puisqu'elle précise les devoirs et les droits des médecins-fonctionnaires mieux que ne le fait le règlement de 1835, actuellement en vigueur.

La nouvelle loi prussienne comprend huit chapitres, et tout ce que nous venons d'exposer se rapporte au chapitre premier qui est consacré à la *déclaration obligatoire* (*Anzeigepflicht*) et que nous avons envisagé surtout au point de vue de la déclaration médicale. Tandis que pour les six maladies visées dans la loi impériale de 1900 le médecin doit déclarer les cas avérés et les cas suspects, pour les maladies constituant la liste prussienne proprement dite, la déclaration des cas avérés est seule obligatoire. Si cette liste n'est pas plus longue, la faute n'en est pas au ministère des affaires médicales ni à ses conseillers techniques, car le projet du gouvernement comprenait, parmi les maladies à déclarer par le médecin, la syphilis, la blennorrhagie et le chancre; elles ont disparu dès la première lecture, et on conçoit sans difficultés qu'il ne pouvait guère en être autrement. Mais on avait laissé passer, en seconde lecture, un alinéa de l'article 2 portant

que « le médecin traitant est tenu, chaque fois qu'il soigne des sous-officiers et des soldats de l'armée active pour syphilis, blennorrhagie ou chancre, d'en faire la déclaration soit au chef de corps, soit au chef du service médical du corps de troupes auquel le militaire appartient »; ce n'est qu'à la troisième lecture, et malgré l'opposition de M. le médecin principal de l'armée Paalzow, commissaire du gouvernement, que la Chambre des députés s'est décidée à supprimer cet alinéa, sur un amendement de M. Münsterberg qui a démontré que ce paragraphe allait à l'encontre des prescriptions de la loi impériale de 1900 et qu'en tout cas la Chambre devait s'abstenir d'adopter une disposition tendant à la violation du secret médical. Quoi d'étonnant si les députés, en présence d'une telle « mentalité » chez les gouvernants, ont tenu, pour s'éviter un jour quelques surprises du même genre, à réserver au Parlement de faire lui-même toutes additions définitives à la liste des maladies visées dans l'article premier? Plût au ciel que le Parlement français se fût montré aussi soucieux de ses droits et de ses devoirs, au lieu de confier au ministre de l'intérieur la tâche de dresser et de reviser la liste des maladies épidémiques! Il est plus que probable que nous n'aurions pas vu de si tôt amplifier cette liste, comme on l'a fait en 1903, ni surtout y introduire, par une illégalité manifeste, à côté des maladies à *déclaration obligatoire* une série de maladies à *déclaration facultative*, disposition que ne prescrit ni la loi du 30 novembre 1892 ni celle du 15 février 1902 (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 24). D'où l'on peut conclure que si l'activité des autorités centrales est souvent aussi intempestive dans les pays démocratiques que dans les pays monarchiques, la sauvegarde de la loi est parfois plus grande dans ceux-ci que dans ceux-là.

Voici un nouveau fait à l'appui de cette conclusion :

La loi prussienne, en ce qui touche à la déclaration, reproduit les obligations de la loi d'empire, à savoir que l'homme de l'art est tenu, en première ligne et sous peine d'amende, de faire la déclaration à la police, mais que toutefois il n'est pas punissable lorsque la déclaration est faite par une quelconque des personnes qui y sont également astreintes à son défaut (chef de famille, garde-malade, propriétaire ou locataire principal de la maison ou de l'appartement, vérificateur du décès). Cette manière de procéder laisse certainement moins d'aléa que le mode adopté par le législateur français, qui a imposé au médecin seul la déclaration. Lors de la discussion de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine en France, nous avions insisté auprès de la commission sénatoriale pour qu'on exigeât seulement la déclaration du chef de famille ou des ayants droit sur un certificat de médecin portant le diagnostic de la maladie épidémique; on aurait mis en usage le même mode de déclaration que prescrit l'article 56 du Code civil français pour les naissances (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 464). On reconnaît bien aujourd'hui qu'il serait préférable que la déclaration incombât d'abord au père de famille, et, à son défaut, au médecin, mais cela ne nous empêchera pas de redire ici que, si la loi française ne donne pas de bons résultats, la faute doit en retomber sur ceux qui, dans la période préparatoire de la loi, alors qu'ils auraient pu avoir quelque influence pour amener le législateur à une meilleure conception du rôle du médecin, se sont abstenus ou ont même agi en sens contraire.

Il est juste, toutefois, de reconnaître que la loi française laisse au médecin une latitude plus grande pour faire la déclaration que la loi prussienne : l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 n'oblige à faire la déclaration qu'une fois le « diagnostic établi », tandis que la loi prussienne exige que tout cas d'une des maladies inscrites à l'article premier tombé sous l'observation du médecin soit déclaré dans les premières vingt-quatre heures. Le médecin ne peut donc pas se retrancher ici, comme en France, derrière un diagnostic encore imprécis.

II

La question de la déclaration obligatoire une fois réglée, la loi s'occupe de la *constatation* officielle des cas (*Ermittelung der Krankheit*), laquelle forme le second chapitre. Mais il peut se présenter tels cas — ce qui serait encore assez commun, d'après les déclarations faites à la Chambre des seigneurs par M. le professeur Kirchner, commissaire du gouvernement — où le malade ne reçoit pas de soins médicaux. Dans ces conditions, la déclaration du médecin n'existant pas, le cas resterait pour ainsi dire clandestin et par suite créerait un grave danger pour la santé publique si la police et l'administration médicale n'avaient pas le droit d'intervenir. Il ne faut donc pas s'étonner si, en pareille circonstance, la loi parle, pour certaines affections, de cas suspects et de cas avérés : pour mettre les populations à l'abri des épidémies, il est indispensable que la constatation des premiers soit faite aussi bien que celle des seconds. D'ailleurs, le législateur prussien n'a fait qu'appliquer « les dispositions des articles 6 à 10 de la loi d'empire sur la prophylaxie des maladies présentant un danger public aux cas avérés, aux cas suspects et aux décès par fièvre puerpérale et par fièvre typhoïde, ainsi qu'aux cas et aux décès par méningite cérébro-spinale, fièvre récurrente, dysenterie, charbon, morve, rage (y compris les morsures d'animaux enragés ou suspects de rage), intoxications par la viande, le poisson ou la charcuterie, trichinose. »

Le projet du gouvernement faisait jouir la police et l'administration médicale du droit de pénétrer librement dans le domicile du malade; mais dès que la commission de la Chambre des députés en fut saisie, elle fit observer au ministre — 11 mars 1903 — qu'une telle disposition était abusive, en général, et particulièrement quand il s'agit d'une femme en couches que le médecin-fonctionnaire aurait le droit d'examiner malgré la volonté de l'intéressée. Le ministre, comprenant que les commissaires étaient fermement résolus à ne pas permettre une pareille violation de la liberté individuelle, s'engagea formellement à donner aux *Kreisärzte* des instructions pour qu'il ne fût procédé à l'examen vaginal de l'accouchée qu'avec son consentement ou celui du chef de famille. Mais à Berlin on sait, tout comme ailleurs, ce que valent les promesses ministérielles, et, comme le Parlement est avec juste raison jaloux de ses droits et ne veut pas laisser carte libre au gouvernement, la commission introduisit dans l'article 6 des réserves qui — au cours des trois lectures et bien que le commissaire du gouvernement se fût engagé en séance à faire interdire absolument aux *Kreisärzte* de procéder à l'examen vaginal des femmes en couches — ont abouti à un texte adopté par les deux Chambres et qui est ainsi conçu : « Toutefois, au cas où le malade est soigné par un médecin, le médecin-fonctionnaire ne peut avoir accès auprès du malade si le médecin traitant déclare que la visite du médecin-fonctionnaire peut être préjudiciable à la santé ou à la vie du malade. Préalablement à la visite du médecin-fonctionnaire, on doit donner au médecin traitant l'occasion de faire cette déclaration. En outre, dans les cas avérés ou douteux de fièvre puerpérale, le médecin-fonctionnaire ne peut pénétrer que si le chef de famille y consent. » Si l'on veut une police sanitaire efficace, il faut surtout avoir en vue les cas ignorés, que l'article 6 vise d'une manière plus particulière, et, en partant de ce principe, le texte qui a été voté par le Parlement prussien est ce qu'on pouvait obtenir de mieux en Prusse. Par là nous ne prétendons point que ces diverses mesures soient les meilleures en soi, mais quand on apprécie une œuvre législative, il importe de tenir compte de l'état d'esprit et de l'état d'âme du pays : un peuple n'a jamais que les lois qu'il mérite, et ce qui est reconnu bon pour la race germanique ne saurait convenir en tout à d'autres races, à la race latine particulièrement.

L'article 6 se termine par la restriction que voici : « Pour la diphtérie, la conjonctivite granuleuse et la scarlatine, la police locale ne doit faire constater médicalement que les premiers cas, et seulement si ces cas n'ont pas déjà été déclarés par le médecin. »

III

La *prophylaxie* (*Schutzmassregeln*) forme le troisième chapitre de la loi; c'est le plus long, parce que en regard de chaque maladie le législateur a formulé les mesures qui peuvent être appliquées : rien n'a été laissé à l'arbitraire des pouvoirs publics et l'on a eu soin d'indiquer nommément les autorités qui auront à intervenir et le rôle que chacune d'elles devra remplir. Ici, comme pour tout le reste, on a suivi d'une manière générale les dispositions de la loi d'empire de 1900 en ce qui concerne l'isolement et la surveillance (articles 12 à 19 et 21 du *Reichsgesetz*), lesquels s'effectueront dans les conditions que nous allons faire connaître.

Mais avant de donner ces détails, nous croyons nécessaire de signaler que, à propos de l'isolement des diphtériques, le projet primitif du gouvernement — il y a eu deux projets — avait paru à la commission de la Chambre des députés attenter quelque peu à la liberté des parents en ce qui concerne les enfants : sur la proposition de M. von Savigny, elle fut d'avis que le transfert des enfants diphtériques ne pouvait être ordonné contre la volonté des parents. En présence de l'esprit de la commission, le ministre retira son projet pour en présenter un autre contenant, au sujet de l'isolement des enfants diphtériques, des dispositions qui garantissaient absolument la liberté des parents. Sur ces entrefaites, la composition de la commission chargée d'examiner le projet avait subi quelques modifications, et ce que les précédents commissaires avaient jugé indispensable et qui avait été reconnu tel par le ministre fut déclaré mauvais par la nouvelle commission, de telle sorte que le paragraphe relatif à la diphtérie resta pour cette partie comme il avait été rédigé dans le premier projet.

Le gouvernement s'applaudissait de cet état de choses et comptait bien remporter la victoire sans avoir à subir même une simple escarmouche, quand, à la troisième lecture, la Chambre des députés sembla vouloir revenir à une meilleure compréhension des droits inhérents aux parents. M. von Savigny s'efforça à nouveau de défendre la liberté des parents, en présentant comme amendement le texte du second projet du gouvernement, mais il avait été déposé en même temps deux autres amendements, l'un complétant l'autre, qui s'écartant moins du texte déjà voté par la Chambre dans les deux premières lectures, eurent la priorité, de sorte que l'amendement de M. von Savigny se trouva ne pouvoir plus être mis aux voix. Or, les amendements adoptés ont bien eu pour effet l'intercalation des réserves que l'on trouvera ci-après, mais ces réserves ne sont qu'un trompe-l'œil, un mirage de mots, une espèce de « bluff » pour le public, car le texte relatif au transfert des enfants diphtériques dans les hôpitaux ne change en rien les prescriptions de la loi d'empire applicables en l'espèce, et ne modifie en quoi que ce soit le projet primitif du gouvernement. Sous ce rapport, la Chambre des députés a discuté « pour le roi de Prusse », comme dit le proverbe français.

Voici maintenant les mesures prophylactiques

applicables pour chacune des maladies inscrites dans la liste prussienne :

Diphtérie. — Isolement des malades ; toutefois, le transfert d'enfants dans un hôpital ou dans tout autre local approprié ne peut être ordonné contre le gré des parents, si, de l'avis du médecin-fonctionnaire ou du médecin traitant, un isolement suffisant peut être obtenu à domicile. Restriction des rapports des gardes-malades avec la population. Surveillance de la fabrication, manipulation, garde et vente des objets susceptibles de propager l'affection ; mesures nécessaires pour éviter la diffusion de la maladie. Ces dispositions ne peuvent être appliquées que dans les localités où sévit la maladie. Défense de fréquenter les écoles. Désinfection. Mesures de précaution en ce qui concerne les cadavres.

Méningite cérébro-spinale épidémique. — Isolement des malades. Désinfection.

Fièvre puerpérale. — Restriction des rapports des sages-femmes et des gardes-malades avec la population. Désinfection. Les médecins et toutes personnes pratiquant habituellement l'art de guérir doivent, toutes les fois qu'ils ont été appelés à donner leurs soins à une femme atteinte de fièvre puerpérale, prévenir immédiatement la sage-femme qui assiste ou a assisté ladite malade. Il est interdit aux sages-femmes et aux gardes-malades qui, durant l'accouchement ou au cours des suites de couches, ont assisté une femme atteinte de fièvre puerpérale, d'exercer leur profession pendant tout le temps qu'elles donnent des soins à la malade, et huit jours encore après la cessation de ces soins. Au bout de ce délai, elles ne peuvent reprendre leurs fonctions qu'après lavage et désinfection de leur corps, linge, vêtements et instruments, suivant les instructions du médecin-fonctionnaire ; toutefois, l'exercice de la profession peut être permis avant l'expiration des huit jours, si le médecin-fonctionnaire n'y voit pas d'inconvénient.

Conjonctivite granuleuse. — Surveillance des malades et des suspects ; déclaration ; désinfection. Traitement obligatoire.

Tuberculose pulmonaire et *laryngée.* — Désinfection.

Fièvre récurrente. — Surveillance des malades ; déclaration ; isolement des malades ; avis signalant les appartements et les maisons ; restriction des rapports des gardes-malades avec la population ; interdiction absolue ou partielle de tous rassemblements, dès que la maladie a pris le caractère épidémique ; surveillance de la navigation ; défense de fréquenter les écoles ; évacuation des locaux et des maisons ; désinfection.

Dysenterie. — Isolement des malades ; interdiction absolue ou partielle de tous rassemblements, dès que la maladie a pris le caractère épidémique ; défense de fréquenter les écoles ; interdiction complète ou partielle de l'usage de certaines eaux, etc. ; évacuation des locaux et des maisons ; désinfection ; mesures de précaution en ce qui concerne les cadavres.

Scarlatine. — Mêmes dispositions que pour la diphtérie.

Syphilis, blennorrhagie et *chancre* chez les prostituées. — Surveillance des personnes malades ou suspectes ; isolement des malades. Traitement obligatoire.

Fièvre typhoïde. — Surveillance des malades ; déclaration ; isolement des malades ; avis signalant les appartements et les maisons ; restriction des rapports des gardes-malades avec la population. Surveillance de la fabrication, manipulation, garde et vente des objets susceptibles de propager l'affection ; mesures nécessaires pour éviter la diffusion de la maladie. Interdiction totale ou partielle de tous rassemblements, dès que la maladie a pris le caractère épidémique. Défense de fréquenter les écoles. Interdiction complète ou partielle de l'usage de certaines eaux, etc. ; évacuation des locaux et des maisons ; désinfection ; mesures de précaution en ce qui concerne les cadavres.

Charbon. — Surveillance de la fabrication, manipulation, garde et vente des objets susceptibles de propager l'affection ; mesures nécessaires pour éviter la diffusion de la maladie. Désinfection. Mesures de précaution en ce qui concerne les cadavres.

Morve. — Surveillance des malades ; isolement des malades ; désinfection ; mesures de précaution en ce qui concerne les cadavres.

Rage. — Surveillance des personnes mordues ; isolement des malades.

Toutes ces mesures d'isolement et de surveillance sont, nous le répétons, contenues dans la loi d'empire de 1900 qui les a prescrites pour les six maladies qu'elle vise. La Prusse n'a donc fait qu'appliquer telles ou telles de ces dispositions aux diverses maladies comprises dans sa liste propre, considérées isolément. Une partie de ces prescriptions se trouvent même déjà dans le règlement de 1835 qui a force de loi ; mais ce règlement laissant souvent place à l'arbitraire, le Parlement, qui ne tenait pas à donner libre carrière au ministre et aux autorités compétentes en la matière, bien qu'il y ait des juges à Berlin — n'a-t-on pas vu la Cour d'appel de Berlin déclarer illégal l'arrêté du 23 novembre 1888 du ministre des affaires médicales, relatif à la méningite cérébro-spinale, et décider que la déclaration obligatoire ne peut pas être prescrite par ordonnance de police, mais seulement par une loi? — a tenu à ce que tout fût prévu d'une manière expresse, afin que les *Medizinalbeamten* ne pussent pas méconnaître les intentions du législateur.

La volonté du Parlement doit être souveraine, et il n'est pas mauvais que rien ne puisse inciter l'ardeur des autorités à dépasser les limites des choses permises. Elles n'y sont déjà que trop portées par elles-mêmes, et il ne faudrait pas dans les Chambres beaucoup d'hommes comme l'ancien commandant en chef du corps d'armée de Metz, M. von Haeseler, qui, à propos de la syphilis, de la blennorrhagie et du chancre, voulait imposer le traitement obligatoire à toute femme atteinte d'une de ces maladies. Assurément M. von Haeseler n'avait en vue, en dehors des prostituées inscrites à la police, que les femmes s'adonnant à la prostitution clandestine ; mais l'amendement qu'il a présenté à la Chambre des seigneurs était muet à cet égard. Aussi, M. Kirchner, commissaire du gouvernement, mettant en évidence le caractère général de cet amendement et en tirant la conclusion que n'importe quelle femme atteinte d'une maladie vénérienne ne serait pas à l'abri d'une dénonciation comme constituant un danger public, n'a-t-il pas eu de peine à le faire rejeter.

IV

Nous voici arrivé à la fin de notre tâche, les cinq chapitres qui restent ne regardant en rien les médecins autres que ceux de la Prusse. Ces chapitres visent :

a) Les autorités chargées d'exécuter les mesures prescrites par la loi qui sont exécutoires nonobstant opposition devant les tribunaux administratifs. Un point à noter à cet égard : tandis que les lois actuellement en vigueur sur la matière ne contiennent pas de dispositions spéciales en ce qui concerne la procédure à suivre contre les prescriptions de police — on ne peut formuler de réclamation contre une ordonnance de police qu'auprès des autorités dont relève ce service —, la loi nouvelle précise les tribunaux administratifs dès divers degrés devant lesquels l'affaire peut être portée ;

b) Les indemnités à allouer aux particuliers pour destruction ou détérioration des objets mobiliers, etc. ;

c) Les dépenses rendues nécessaires par l'application de la présente loi. Ces dépenses sont reparties entre les communes, les districts et l'Etat, et de l'ensemble de la discussion devant le Parlement, il résulte que l'Etat a fait de très grands sacrifices, ce qui permet d'assurer l'exécution de la loi même dans les communes les plus pauvres ;

d) Les pénalités. Notons à ce propos que le défaut de déclaration médicale est puni d'une amende dont le maximum est de 187 fr. 50, chiffre à peu près équivalent à celui que fixe la loi française (200 fr.) ;

e) Les dispositions pour la mise en vigueur de la loi.

Comme conclusion générale nous dirons que la caractéristique de la nouvelle loi prussienne sur les maladies transmissibles, c'est que le Parlement, à l'encontre de ce qui se pratique malheureusement dans d'autres pays, en France, par exemple, s'est attaché à légiférer sur tous les points de détail et à ne pas laisser au gouvernement le droit de déterminer les mesures propres à empêcher la propagation d'une épidémie et de régler les attributions, la composition et le ressort des autorités et administrations chargées de l'exécution de ces mesures. En Prusse il n'y a d'obligatoire que ce qui est inscrit dans la loi : on ne connaît, en la matière, ni décrets, ni arrêtés ministériels, ni règlements d'administration publique.

DE MAURANS.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La pleurésie séro-fibrineuse comme complication du traitement radiothérapique de la pseudo-leucémie.

Depuis que M. Pusey, puis M. Senn ont appelé l'attention sur le traitement des différentes formes de leucémie par les rayons de Röntgen (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 115), la radiothérapie a été employée dans maints cas de cette affection. Or, comme accidents accompagnant l'emploi de ce moyen thérapeutique, on n'a guère signalé que des lésions nerveuses ou cutanées. Aussi nous semble-t-il intéressant de faire connaître que M. le docteur C. Quadrone, assistant de M. le docteur B. Pescarolo, médecin de l'hôpital Saint-Jean-Baptiste, à Turin, a eu l'occasion de voir survenir une pleurésie chez 2 malades atteints de pseudo-leucémie et traités par la radiothérapie.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une fillette de douze ans, souffrant d'une pseudo-leucémie lymphatique d'origine tuberculeuse. Des phénomènes de dyspnée et de suffocation étant apparus, on institua le traitement par les rayons X : l'ampoule était maintenue à 20 centimètres de la région irradiée et les séances duraient de dix à vingt minutes. Or, à la suite de la quinzième séance, on constata l'existence, dans la plèvre droite, d'une collection liquide qui, après cinq nouvelles séances, avait augmenté au point qu'une ponction donna issue à 1 litre 1/2 de liquide ; celui-ci présentait une densité élevée, renfermait une notable proportion d'albumine, avait une teinte très foncée et un aspect trouble ; l'examen cytologique prouva que l'on avait affaire à une pleurésie tuberculeuse.

Le deuxième fait observé par notre confrère concerne un homme de vingt-huit ans, porteur de volumineux paquets ganglionnaires dans les régions cervicales, sus-claviculaires et axillaires. Dès la cinquième séance de radiothérapie, on constata une légère matité au-dessus du bord inférieur du poumon gauche, matité qui ne fit qu'augmenter, si bien qu'après la neuvième séance on dut interrompre le traitement radiothérapique et faire une ponction ; celle-ci permit d'évacuer un liquide offrant les mêmes caractères que dans le cas précédent. Un mois et demi plus tard, la pleurésie étant entièrement guérie, on reprit les irradiations, mais on dut y renoncer définitivement, car, dès la première séance, on vit éclater à nouveau des accidents graves du côté de la plèvre.

Bien que dans l'un et l'autre cas on puisse à la rigueur invoquer une pure coïncidence pour expliquer l'apparition de la pleurésie au cours du traitement röntgénien, M. Quadrone estime qu'il y a lieu de reconnaître une relation de cause à effet entre celui-ci et celle-là : en effet, chez les 2 malades, la plèvre était entièrement silencieuse avant l'institution de la radiothérapie, quoique l'affection datât respectivement de deux et trois ans; d'autre part, la pleurésie survint alors qu'il y avait déjà une certaine diminution des lésions ganglionnaires; en outre, dans le second cas, la rechute coïncida nettement avec la reprise du traitement; enfin, la pleurésie — unilatérale chez ces 2 patients — occupait précisément le côté qui était soumis aux irradiations röntgéniennes.

Inefficacité du formol contre le favus.

Il y a plus de dix ans, M. Pottevin, en faisant connaître ses essais de traitement du favus par les applications formalinées, signalait que cette pratique s'était le plus souvent montrée inefficace entre ses mains (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 329). En dépit de ces insuccès, le même remède était plus récemment utilisé par M. Demidov et par M. Soloviev, qui s'en déclaraient satisfaits (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 336). Un autre médecin russe, M. Véliamovitch, ayant dernièrement rappelé l'attention sur ce sujet, M. le docteur Sokolov a cru devoir instituer, à la clinique dermatologique de la Faculté de médecine de Moscou, une série d'essais en vue de se rendre compte, d'une manière précise, de la valeur thérapeutique des applications de formol contre la teigne faveuse.

En raison de la place importante prise, au cours de ces dernières années, par le favus atypique, notre confrère a jugé nécessaire de compléter le diagnostic clinique par la culture de l'*Achorion Schönleini*, réalisée à plusieurs reprises, avant et pendant le traitement, ainsi qu'à la fin de la cure.

M. Sokolov commençait par débarrasser le cuir chevelu des croûtes au moyen de vaseline formalinée à 2 %; puis, il recommandait aux malades de se laver la tête, tous les matins, avec du savon au formol à 5 %, en même temps qu'il leur faisait pratiquer, deux fois par jour, des frictions du cuir chevelu à l'aide d'un tampon d'ouate abondamment imbibé d'une solution aqueuse de formaline au même titre. Aussitôt après la friction, on appliquait sur la tête du taffetas gommé, de la flanelle et un bonnet.

Quinze patients furent traités de la sorte pendant un laps de temps variant entre trois semaines et trois mois et demi. Les résultats furent à peu près les mêmes dans tous les cas : sous l'influence des frictions, on voyait s'établir une forte hyperémie du cuir chevelu, avec desquamation, démangeaisons et formation de pustules. Cette dermatite était assez intense pour nécessiter un traitement particulier (compresses boriquées). Les phénomènes inflammatoires une fois disparus, les malades se considéraient comme guéris, mais l'examen microscopique des cheveux et les ensemensements ne tardaient pas à montrer que l'affection subsistait, de sorte que finalement il fallait recourir à d'autres moyens thérapeutiques.

Notre confrère a du reste pu se convaincre que la formaline reste sans effet sur l'agent pathogène du favus, alors même qu'on l'emploie, non pas en frictions, mais sous forme de compresses imbibées d'une solution aqueuse dont le titre est porté à 6 ou 7, voire même à 10 %. Quant aux succès obtenus par M. Demidov et par M. Soloviev, M. Sokolov ne croit pas pouvoir leur attribuer une valeur décisive, en raison de l'absence de confirmation microscopique du diagnostic de favus.

Ajoutons que, l'inefficacité du procédé en question mise à part, les applications de formaline paraissent loin d'être exemptes d'inconvénients : elles sont douloureuses et, à la longue, déterminent non seulement une dermatite plus ou moins intense, mais encore une irritation de la conjonctive et de la muqueuse nasale.

Protection du lit unguéal dénudé par le collodionnage.

A la suite du panaris, la partie du lit unguéal située entre l'ongle ancien qui va se détacher et l'ongle nouveau de remplacement est souvent très sensible aux petits traumatismes auxquels la région est sans cesse exposée par suite de heurts, etc. Pour remédier à cette sensibilité extrême, et parfois très pénible, M. le docteur M. Porosz (de Budapest) s'est bien trouvé de combler l'espace en question par un badigeonnage au collodion : la pellicule rigide ainsi formée constituerait, en dépit de sa fragilité, un moyen de protection très efficace. C'est ainsi qu'un homme robuste, à qui même un simple pansement à l'ouate causait des douleurs intolérables, fut notablement soulagé par ce moyen dans l'espace d'une heure, et, dès le lendemain, toute espèce de douleur avait entièrement disparu, si bien qu'après avoir revêtu la région d'une nouvelle couche de collodion le patient put se servir de son doigt sans aucun ménagement.

L'opothérapie thyroïdienne contre le rachitisme.

Il y a une dizaine d'années, un médecin belge, M. Hertoghe, a signalé l'heureuse action que la médication thyroïdienne paraissait avoir sur l'évolution du rachitisme (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 471, 1896, p. 393, et 1897, p. 421).

De son côté, M. le docteur E. Meynier (de Turin) a récemment appliqué ce mode de traitement dans 9 cas de rachitisme, et il en a obtenu des résultats fort satisfaisants : les seuls inconvénients de ce procédé thérapeutique auraient consisté en une albuminurie légère et transitoire, que l'on a eu plusieurs fois l'occasion de noter, ainsi qu'en une glycosurie éphémère et peu intense, qui a été constatée dans un seul cas.

Il convient, d'ailleurs, de remarquer que l'opothérapie thyroïdienne ne réussirait que lorsque le rachitisme est associé à un arrêt de développement, le rachitisme commun n'étant, au contraire, nullement modifié par la médication thyroïdienne.

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Quinzième session tenue à Rennes du 1er au 7 août 1905.

Pathogénie et nosologie de l'hypocondrie.

M. Roy (de Paris), *rapporteur*. — Dans une question aussi controversée que celle de l'hypocondrie, nous prendrons comme point de départ le seul élément où l'accord soit unanime : réservant la question de l'*hypocondrie-maladie*, nous ne nous occuperons que de l'*idée hypocondriaque*, base clinique indispensable du syndrome hypocondrie.

L'idée hypocondriaque est une préoccupation, *exagérée* ou *sans fondement*, relative à la santé physique. Cette définition unanimement adoptée suffit à poser le problème pathogénique, encore si discuté, de l'origine psychique ou périphérique de l'hypocondrie. Ces deux doctrines adverses, qui ne font du reste que ressusciter une vieille querelle, ont été respectivement défendues dans ces dernières années par M. Dubois (de Berne) et par M. H. Head (de Londres).

Pour le premier de ces auteurs, les formes légères de l'hypocondrie font partie du bloc des psycho-névroses, maladies sans lésions, sans localisations périphériques organiques, purement mentales ou morales; et par conséquent le seul traitement qu'on pourra opposer aux souffrances des hypocondriaques tient tout entier dans la maxime de Sénèque : « On n'est malheureux qu'autant qu'on le croit ». Pour le médecin anglais, au contraire, la dépression, l'exaltation psychique, l'état d'inquiétude, les hallucinations, etc., etc., observés au cours d'affections purement viscérales, ne sont nullement des états intellectuels, mais traduisent des modifications organiques périphériques, rendues sensibles par des troubles objectifs de la sensibilité, par une *douleur viscérale réfléchie* (type de douleur provenant des organes malades, transmise aux centres nerveux par le sympathique et réfléchie ensuite dans les régions de la paroi correspondant à ces organes malades).

Voici, du reste, comment M. Head tente de synthétiser ses observations en une conception générale de la vie viscérale :

Normalement, la vie viscérale est en dehors de la conscience. Parfois elle peut causer quelque altération de notre ton affectif; mais nous restons ignorants de la provenance de cette altération et des activités physiques qui lui donnèrent naissance. Par contre, dès que la douleur viscérale réfléchie apparaît, le changement est complet; les sensations produites par l'activité anormale des viscères se passent dans la conscience, usurpant le champ central de l'attention. En effet, le traumatisme d'un membre, une brûlure, occupent bien aussi l'attention, mais n'apportent rien avec eux; si la conscience est troublée, elle l'est seulement par la douleur. Au contraire, la douleur viscérale réfléchie entraîne à sa suite toutes ces images et dispositions qui normalement restaient au bord ou tout à fait en dehors de la conscience, et qui remontent désormais à la surface.

Au total, et se basant sur tout ce qui précède, on peut dire que, dans la genèse des idées hypocondriaques, M. Head attribue au grand sympathique toute l'importance que M. Dubois veut réserver au cerveau.

On nous objectera, sans doute, que dans les travaux de ces auteurs la question de l'hypocondrie n'est abordée que d'une manière accessoire. Le professeur de Berne ne parle, en effet, que des formes les plus légères de l'hypocondrie; quant au médecin de Londres, il spécifie très nettement avoir éliminé tout malade ayant été aliéné. Je répondrai que, pour étudier la pathogénie d'un trouble mental, il ne faut pas en choisir les formes les plus graves et les plus avancées; c'est en recherchant avec soin le développement des simples préoccupations hypocondriaques chez des sujets normaux ou presque normaux qu'on peut espérer en saisir l'origine.

Du reste, les deux doctrines, en apparence contradictoires, de M. Dubois et de M. Head ne sont pas en réalité irréductibles. Tous les documents anatomiques, cliniques ou thérapeutiques accumulés de part et d'autre, toutes les expériences psycho-physiologiques, concordent pour démontrer l'égale nécessité des deux facteurs, psychique et viscéral, dans la genèse de l'idée hypocondriaque. En un mot, pour que naisse l'idée hypochondriaque, il faut : 1° un *tempérament hypocondriaque*, c'est-à-dire une aptitude, plus souvent héréditaire qu'acquise, une tendance constitutionnelle spéciale, qui porte le sujet à délirer, ou tout au moins à verser dans le sens hypocondriaque; 2° des *troubles cœnesthésiques*, c'est-à-dire, dans la majorité des cas, des troubles de la sensibilité générale, avec ou sans lésions du grand sympathique, mais relevant toujours du domaine de ce nerf, la cœnesthésie n'étant à proprement parler que la conscience végétative ou splanchnique, la « conscience du grand sympathique ». A la vérité, ces troubles nécessaires, ordinairement acquis et accidentels, et toujours périphériques, de la cœnesthésie peuvent rester méconnus; mais il faut se rappeler que nos moyens de diagnostic clinique sont bien grossiers pour préciser la réalité de quelque léger trouble gastro-intestinal et que notre technique histo-pathologique commence à peine à nous permettre de reconnaître les altérations du grand sympathique. Si bien qu'on peut parfaitement concevoir qu'un hypocondriaque présente des lésions organiques périphériques assez délicates pour rester méconnues pendant sa vie aussi bien qu'après sa mort.

Nous estimons donc nécessaire, pour réaliser un état hypocondriaque, l'intervention de deux facteurs : l'un psychique et l'autre cœnesthésique. Jusqu'ici tout le monde admettait bien la réalité de chacun d'eux dans tel ou tel cas; mais tout le monde les séparait, les opposait, les jugeait incompatibles. Et c'est ainsi que, tout récemment encore, M. le professeur Wollenberg (de Tubingue) distinguait une hypo-

condrie constitutionnelle et une hypocondrie accidentelle.

Le type de l'hypocondrie constitutionnelle, d'après M. Wollenberg, c'est celle qui survient de bonne heure, chez des excentriques ou des déséquilibrés de la vie émotive, intellectuelle ou volontaire; sur ce fond dégénératif, l'apparition des états hypocondriaques ne reconnaît pas de moment étiologique bien caractérisé : un sujet se sent atteint tour à tour de phtisie, d'une affection de la moelle, d'anémie, etc.; il épuise la série de toutes les maladies connues, examine ses yeux, sa langue, ses selles, se soumet à des régimes sévères; mais les troubles pour lesquels il ne cesse de consulter médecins et charlatans restent infiniment variés et changeants. Il s'agit là d'un état morbide exclusivement chronique, pouvant évoluer, il est vrai, avec des rémissions et des exacerbations; mais jamais le patient ne cessera de penser d'une manière hypocondriaque.

Au contraire, dans l'hypocondrie accidentelle, on peut déceler, toujours d'après M. Wollenberg, des moments étiologiques suffisamments nets. Tantôt ce sont des causes d'épuisement physique ou moral, qu'il convient d'incriminer : maladies chroniques de l'appareil digestif ou sexuel, du cœur, des reins ou des poumons, chlorose, bradytrophies, etc.; le surmenage, le travail intellectuel ou physique non interrompu, l'onanisme, les émotions dépressives agissent de la même façon, en provoquant un état d'épuisement sur lequel viennent se développer les manifestations hypocondriaques. Tantôt ce sont des troubles de la cœnesthésie, qui fournissent directement les matériaux aux sensations et représentations hypocondriaques, se traduisant, en clinique, sous des formes aussi variées que peuvent l'être ces diverses sensations. L'hypocondrie accidentelle correspond assez bien à ce qu'on appelle, en clinique, l'hypocondrie neurasthénique, à évolution ordinairement subaiguë, et susceptible de guérison dans les cas où la prédisposition psycho-névropathique est minime et où les troubles neurasthéniques peuvent être l'objet d'un traitement spécial efficace.

Cette distinction, conforme à l'observation clinique, est légitime, mais le professeur de Tubingue a pris soin de déclarer qu'aucune frontière nettement limitée ne sépare ces deux variétés de syndrome hypocondriaque. Dans la plus constitutionnelle des hypocondries on peut trouver, en effet, des moments étiologiques semblables à ceux de l'hypocondrie accidentelle; de même, il n'est guère d'hypocondriaque, aussi accidentel soit-il, qui n'ait présenté quelque signe d'une prédisposition nullement différente de celle qu'on trouve à la base de l'hypocondrie constitutionnelle. Malgré le bien fondé de cette distinction entre l'hypocondrie constitutionnelle et l'hypocondrie accidentelle, il importe donc de spécifier, au point de vue pathogénique qui nous occupe, que le qualificatif désignant chacune des formes indique seulement la prédominance de l'un des deux facteurs, constitutionnel ou accidentel, mais non pas l'exclusion de l'autre. Il y a des formes d'hypocondrie où prédominent manifestement les troubles de la cœnesthésie; il y en a, au contraire, où le tempérament hypocondriaque occupe toute la scène morbide. Dans l'un et l'autre cas, cependant, le facteur psychique constitutionnel ou le facteur viscéral accidentel n'est pas seul en cause; ces deux éléments ne s'excluent pas, ils coexistent; ils s'opposent seulement en ce sens que leur importance relative s'exerce en raison inverse l'une de l'autre : chez un débile manifestement prédisposé, des troubles cœnesthésiques minimes suffiront à déterminer les conceptions hypocondriaques; au contraire, des troubles viscéraux assez accentués pourront faire naître des préoccupations hypocondriaques dans un cerveau presque valide; mais, de même qu'il n'y a pas d'hypocondrie purement intellectuelle, exclusivement idéogène, il n'y a pas non plus d'hypocondrie purement symptomatique d'une lésion organique, qui puisse se développer dans un cerveau absolument sain.

C'est donc avec raison que M. Dubois insiste sur le rôle tout puissant du psychisme dans la formation de toute une classe de préoccupations hypocondriaques. Peut-être, cependant, ce même auteur a-t-il tort de négliger de parti pris la recherche des symptômes organiques périphériques, parce que, dit-il, « les constater, c'est les faire naître ».

A bon droit également, M. Head a marqué l'importance, au cours des affections viscérales, des modifications de la sensibilité pariétale, qui donnent une forme objective à des douleurs internes, les transportent dans le champ de la claire conscience et provoquent ainsi de légères modifications de l'humeur (état de dépression, de mal-être, d'inquiétude) chez des sujets dont la prédisposition psycho-névropathique n'est nullement apparente. Mais c'est certainement à tort qu'un continuateur du médecin de Londres, M. Cary B. Gamble (de Baltimore), a soutenu qu'une grande partie des aliénés souffraient d'affections viscérales responsables de leurs troubles mentaux.

Ainsi, les deux protagonistes contemporains, qu'un peu arbitrairement nous avons choisis pour représenter l'une et l'autre des vieilles doctrines pathogéniques de l'hypocondrie, peuvent s'accorder s'ils veulent bien abdiquer les quelques conclusions excessives auxquelles les entraîne la défense d'opinions également justifiées.

Arrivé à la fin de cette étude pathogénique de l'hypocondrie, il y a lieu de faire remarquer que la prédominance de l'un des éléments, psychique ou cœnesthésique, peut expliquer le succès ou l'insuccès d'une thérapeutique surtout morale ou surtout physique, mais n'exclut jamais l'indispensable collaboration de l'autre facteur pathogénique.

Ceci posé, je rappellerai, au point de vue nosologique, dont il me reste à dire un mot, que les deux facteurs, nécessaires et suffisants, du développement de l'idée hypocondriaque peuvent se rencontrer dans les affections les plus variées, et que, dans presque toutes les maladies mentales, leur coexistence peut provoquer l'apparition d'un état hypocondriaque.

J'ajouterai, en outre, que depuis l'avènement de la neurasthénie, la grande majorité des auteurs sont d'accord pour nier l'existence de l'hypocondrie en tant qu'affection distincte et autonome dont la spécificité serait justifiée par quelque caractère évolutif ou étiologique. Il n'y a donc que des états hypocondriaques *symptomatiques*, qui peuvent s'observer au cours de toutes les affections où se rencontre une constitution psychique spéciale, capable d'interpréter des troubles de la cœnesthésie.

Les différents aspects cliniques des états hypocondriaques s'expliquent par la prédominance de l'élément psychique ou de l'élément cœnesthésique dans les diverses affections dont ces états sont symptomatiques : démences, et surtout paralysie générale, débilité mentale, épilepsie, toxi-infections, psychopathies constitutionnelles paranoïaques ou intermittentes, neurasthénie.

Ainsi, tous les états hypocondriaques sont symptomatiques de quelque affection déterminée. Le diagnostic de cette dernière sera plus ou moins difficile à établir; mais toujours il faudra le rechercher avec soin, puisque seul ce diagnostic étiologique permettra, s'il y a lieu, de poser des indications thérapeutiques.

En terminant, qu'il me soit permis d'ajouter que si, dans tout le cours de ce rapport, je n'ai étudié que les idées hypocondriaques proprement dites, en laissant de côté les idées de négation — bien que celles-ci ne soient à vrai dire qu'une simple exagération des premières —, c'est qu'il m'a semblé que les conditions mêmes dans lesquelles s'observe le délire des négations, chez des malades toujours très affaiblis (déments, paralytiques généraux), en rendaient l'étude peu favorable à la solution du problème pathogénique de l'hypocondrie.

M. Régis (de Bordeaux). — Je suis d'accord avec le rapporteur sur la question pathogénique de l'hypocondrie, et j'ai déjà soutenu maintes fois que cette dernière avait sa source dans un trouble de la cœnesthésie. Je crois également que le syndrome hypocondriaque ne diffère pas sensiblement, sauf en intensité, dans les névroses, dans les psycho-névroses et dans les psychoses; et j'ai appelé notamment l'attention sur cette particularité curieuse que le plus absurde délire d'obstruction, de négation et d'inexistence d'organes des aliénés (type Cotard) se retrouve à l'état rudimentaire dans la simple nosophobie des neurasthéniques. Entre ceux-ci et ceux-là, il n'existe réellement qu'une différence de degré; parfois même les expressions par lesquelles ces deux catégories de malades traduisent cette « négation hypocondriaque » sont absolument identiques.

En ce qui concerne les troubles de la sensibilité viscérale chez les hypocondriaques, il faut reconnaître qu'ils sont très difficiles à constater expérimentalement; certains faits cependant peuvent contribuer à établir leur existence. Telles sont, par exemple, les interventions violentes, brutales, exercées par certains de ces sujets au niveau de leur tube digestif, en particulier de leur rectum, sans qu'ils manifestent la moindre douleur.

L'absence de réactions motrices réflexes, que l'on remarque chez beaucoup de négateurs lors du passage de la sonde destinée à leur alimentation, semble également prouver que les sensibilités pharyngienne et œsophagienne ont disparu.

Je ferai observer enfin qu'à côté de l'hypocondrie physique visée uniquement par M. Roy, il faut faire une place à l'hypocondrie psychique : il n'y a pas d'autre mot, en effet, pour caractériser les préoccupations maladives qui portent non plus sur les fonctions corporelles, mais sur les facultés intellectuelles, et qui se traduisent par des sensations anormales relatives à l'élaboration de la pensée, aux phénomènes de mémoire, de conscience, etc., etc. Cette hypocondrie morale peut coexister avec l'hypocondrie physique dont elle ne diffère ni au point de vue nosologique, ni au point de vue pathogénique, mais elle peut aussi se montrer prédominante, ou même exister seule, en particulier chez certains neurasthéniques pessimistes.

M. Cullerre (de la Roche-sur-Yon). — On peut admettre, en principe, la théorie du rapporteur en ce qui concerne les deux éléments, constitutionnel et cœnesthésique, qui contribuent à la genèse de l'idée hypocondriaque. J'estime, toutefois, que, dans les psychoses pures, l'élément cœnesthésique viscéral ne joue qu'un rôle minime, sinon nul, au point de vue de l'éclosion du délire. A l'appui de cette assertion, qu'il me soit permis de citer l'observation d'un mélancolique hypocondriaque qui gémit nuit et jour, en se plaignant d'éprouver d'horribles douleurs au niveau de l'abdomen, des intestins, de la vessie, etc., organes qui ont tous conservé leur fonctionnement normal. Ce malade prétend que ses intestins sont hachés, que sa vessie est putréfiée, etc. Lorsqu'on l'interroge sur l'origine de ses souffrances, il répond que c'est la punition d'actes de bestialité qu'il a commis autrefois, absolument comme le mélancolique simple va chercher dans son passé une faute insignifiante pour s'expliquer à lui-même l'état d'anxiété auquel il est en proie. Dans les deux cas, c'est l'anxiété, l'angoisse qui est primitive; l'idée délirante n'en est que la traduction psychologique, traduction qui est variable suivant le caractère du malade, son éducation, etc.

Je crois donc que, dans les états hypocondriaques purs, l'organe primitivement lésé est le cerveau, et que c'est à lui et non au système nerveux périphérique ou sympathique qu'il convient d'attribuer l'origine du délire.

M. Brissaud (de Paris). — Peut-être doit-on considérer l'hypocondrie comme la simple représentation corticale de lésions viscérales latentes. Voici, en tout cas, un fait qui me paraît répondre à cette interprétation :

Un malade, manœuvre de son métier, que j'ai pu suivre pendant plusieurs mois, accusait des douleurs gastriques extraordinairement vives. Un examen des plus minutieux de la région épigastrique fut pratiqué à diverses reprises par M. Hayem et par moi-même; jamais il ne nous fut possible de déceler l'existence de la moindre lésion viscérale, et cet homme fut considéré et traité comme un simple neurasthénique hypocondriaque. Sur ces entrefaites, il fut pris d'une hématémèse incoercible qui nécessita une intervention chirurgicale, et celle-ci révéla la présence d'une petite ulcération de la muqueuse stomacale. Que conclure de ce fait, sinon que la prétendue hypocondrie de ce malade était liée à une lésion viscérale minime, démesurément amplifiée par ses centres psychiques?

Une autre remarque que je tiens à faire à propos de ce cas, c'est que, malgré les conditions éminemment favorables où se trouvait cet homme pour le développement d'une de ces

zones de sensibilité viscérale réfléchie, sur lesquelles M. Roy a insisté dans son rapport — un peu plus que de raison, à mon avis —, nous n'avons jamais pu en constater la moindre trace, et je dois avouer que toutes les recherches du même ordre que j'ai pratiquées chez d'autres malades pour vérifier la théorie de Head ne m'ont donné que des résultats nuls ou contradictoires.

M. Deschamps (de Rennes). — Les fonctions de la vie végétative sont inconscientes à l'état normal; elles n'ont pas d'appareils de sensibilité propre. Lorsqu'elles sont troublées au delà de certaines limites, nous en sommes prévenus au moyen des fonctions de la vie animale, auxquelles elles sont directement ou indirectement reliées, si bien qu'en dernière analyse on peut soutenir que les anomalies de la vie végétative sont extériorisées par des manifestations sensorielles, motrices, psychiques, etc. Ces troubles de la vie végétative peuvent être groupés en deux catégories, suivant qu'ils sont en relation avec des modifications structurales ou avec des altérations plasmatiques des viscères.

Ce sont ces altérations plasmatiques, par rétention des déchets normaux ou anormaux de la nutrition, que l'on observe dans les états névrosiques connus sous le nom d'hystérie, de neurasthénie, d'hypocondrie, etc., et c'est par une cure de désintoxication qu'il faut traiter les malades atteints de ces affections; quant au traitement moral proprement dit, il peut modifier plus ou moins avantageusement les symptômes, mais il reste impuissant à amener une guérison complète.

M. Deny (de Paris). — Sans méconnaître le très réel intérêt des travaux de M. Dubois et de M. Head, j'estime que M. Roy leur a accordé dans son rapport une place beaucoup trop considérable, parce que les théories pathogéniques de l'hypocondrie, personnifiées aux yeux de M. Roy par ces deux auteurs, ne s'appuient ni l'une ni l'autre sur des faits hors de contestation, et ne sont guère que la reproduction, sous une forme rajeunie, des doctrines qui, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, ont divisé les médecins sur l'origine centrale ou périphérique de l'hypocondrie.

A part, en effet, quelques observations isolées (Pick), les prétendues zones de douleur viscérale réfléchie de M. Head n'ont été retrouvées jusqu'ici par aucun des auteurs qui les ont systématiquement recherchées. M. Brissaud vient de nous dire qu'il y avait échoué; des recherches du même ordre ont été poursuivies sans plus de succès par M. Guillain pour les affections du cœur, des poumons et du système nerveux; par M. J.-Ch. Roux pour les maladies de l'estomac; par M. Dupuy-Dutemps pour les affections oculaires. Chez les aliénés hypocondriaques, les mêmes laborieuses investigations de la sensibilité n'ont pas été plus heureuses.

Dans ces conditions, il est permis de s'étonner que M. Roy ait édifié de toutes pièces une théorie pathogénique de l'hypocondrie sur une base aussi fragile, et qu'il ait complètement sacrifié à des vues hypothétiques la vieille théorie psychique, soutenue bien avant M. Dubois par les plus illustres représentants de la psychiatrie, parmi lesquels il me suffira de rappeler les noms de Georget, des deux Falret, de Morel, de Guislain, etc.

J'adresserai un autre reproche à M. Roy : il a à peu près complètement rejeté de son rapport la notion de l'hypocondrie pour lui substituer celle de l'idée hypocondriaque, ce qui l'a conduit à établir une confusion regrettable entre deux types différents de malades : le nosophobe d'un côté, l'hypocondriaque de l'autre. L'homme qui est *préoccupé* de sa santé au point d'examiner quotidiennement sa langue, ses urines ou ses matières fécales, n'est pas dans le vrai sens du mot un hypocondriaque, c'est un phobique, c'est-à-dire un simple neurasthénique.

L'hypocondriaque ne redoute pas de devenir malade, il croit, il est convaincu qu'il est malade, et cela parce qu'il se sent malade. Cette *fausse sensation* est due uniquement à un trouble, à une perversion des sensations internes ou organiques qui constituent le sens de la vie, la cœnesthésie. Or, comme ces sensations internes ne proviennent pas uniquement de nos viscères, qu'à côté des sensations viscérales transmises par le pneumogastrique ou le sympathique il en existe un grand nombre d'autres ayant pour point de départ les muscles, les articulations, les os, etc., qui parviennent au cortex par les autres nerfs centripètes, M. Roy a eu tort de dire que la cœnesthésie est la *conscience* ou la *subconscience du sympathique*. Il est beaucoup plus exact d'admettre avec M. Grasset que la cœnesthésie est la « conscience du moi physique » et qu'elle comprend toutes les sensations endogènes que nous avons de notre corps et de nos organes, en un mot qu'elle est la *conscience du corps*.

La conception de la cœnesthésie défendue par M. Roy est donc trop étroite; elle est, en outre, incomplète, parce que le rapporteur n'a envisagé que les altérations périphériques, viscérales, de la cœnesthésie, en rejetant *de plano* l'existence de troubles fonctionnels ou organiques des centres corticaux où sont fixées et emmagasinées les images mémorielles de nos sensations internes. Or, ce sont précisément les altérations de ces centres que l'on rencontre à l'origine de tous les états hypocondriaques, qu'elles soient consécutives à une irritation prolongée des extrémités nerveuses ou, ce qui est beaucoup plus fréquent, qu'elles soient simplement le résultat de représentations mentales trop vives (excitations psychiques de Sollier).

En résumé, je crois, contrairement à l'opinion soutenue par M. Roy, que les lésions des viscères n'interviennent qu'exceptionnellement dans le développement des psychoses hypocondriaques, puisque, d'une part, ces lésions peuvent manquer, et que, d'autre part, quand elles existent, elles sont impuissantes à elles seules à créer le syndrome hypocondriaque, lequel a pour substratum nécessaire et indispensable un trouble des sensations internes, une *cœnesthésiopathie*.

Pour terminer, qu'il me soit permis de relever une petite erreur de séméiologie clinique que me semble avoir commise M. Roy : d'après lui, le délire des négations de Cotard ne s'observerait que chez des paralytiques généraux ou des déments. Bien que cette opinion ait été soutenue autrefois par Baillarger, elle est aujourd'hui presque unanimement rejetée à juste titre. J'ai eu l'occasion, au cours des dernières années, d'observer un certain nombre de malades atteints du délire de négation d'organes le mieux caractérisé, dont les uns ont guéri, dont les autres, encore aujourd'hui en pleine période délirante, ont subi la ponction lombaire sans que l'examen de leur liquide céphalo-rachidien ait permis d'y constater une augmentation du nombre des leucocytes. On n'est donc plus en droit actuellement de considérer le délire des négations, le délire de nonexistence des organes, comme l'apanage exclusif des états démentiels.

Le syndrome de la névrite ascendante (névrites ascendantes régionales).

M. Sicard (de Paris), *rapporteur*. — Le terme de névrite ascendante ne sera envisagé ici que dans son sens restreint — celui qu'il aurait dû toujours conserver — de névrite ascendante après infection locale, traumatique le plus souvent.

Aussi définirons-nous cette variété de névrite « un syndrome de région, à marche extensoprogressive, lente et ascensionnelle de la périphérie vers les centres nerveux, avec possibilité, cependant, de régression et de guérison; syndrome dont sont responsables, au point de départ, le ou les nerfs tributaires du segment traumatisé et dont le caractère le plus constant est de s'accompagner de douleurs d'une acuité extrême à crises paroxystiques. »

Seuls les traumatismes *ouverts* s'observent à l'origine des névrites ascendantes et, en règle à peu près absolue, les traumatismes à plaies infectées primitivement ou secondairement.

Ces plaies reconnaissent souvent des causes banales : piqûres, coupures, arrachements, morsures, blessures par coup de feu, amputations, etc.

Il convient de signaler, en outre, que les plaies par section incomplète, ainsi que les lésions des branches nerveuses de moyen volume, sont plus aptes à provoquer le processus névritique ascendant que les blessures par section nettement tranchée ou que celles des gros troncs nerveux périphériques.

Encore trois autres remarques qu'il m'a été donné de faire :

Premièrement, la prédominance — et presque l'exclusivisme — de la névrite ascendante des membres supérieurs (plaies des doigts et des mains) sur celle des membres inférieurs;

En second lieu, la fréquence avec laquelle les branches du nerf cubital servent de point de départ à la névrite ascendante, comparativement aux branches du médian ou du radial;

Enfin le fait que si, chez les adultes, les hommes sont relativement plus sujets que les femmes à la névrite ascendante, pour des raisons professionnelles, je n'ai relevé qu'une seule observation de ce syndrome parmi les enfants, les adolescents ou les jeunes gens de moins de vingt ans, chez lesquels les blessures diverses (piqûres, coupures, plaies contuses des doigts) sont pourtant fréquentes.

Tout compte fait, il s'agit d'un processus rare. Pour ne citer qu'une statistique se rapportant non pas à l'ensemble des plaies des membres, quelles qu'elles soient, mais à 148 cas de plaies des troncs nerveux avec lésions objectives, nous ne trouvons que 6 cas de névrite ascendante, soit 4.05 %. Encore ces observations ont-elles été recueillies pour la plupart à une époque où l'antisepsie et l'asepsie étaient moins pratiquées que de nos jours.

Dans l'étude symptomatologique des névrites ascendantes, nous aurons surtout en vue les plus communes d'entre elles, celles qui sont consécutives aux plaies des doigts ou des mains.

Au moment même du traumatisme, la douleur est souvent très vive et peut même quelquefois revêtir un caractère passager d'ébranlement de la totalité du membre atteint; elle peut également s'accompagner de réactions vasomotrices caractérisées par un œdème à développement rapide (Brissaud).

Les phénomènes douloureux à note si aiguë des premières minutes se calment bientôt; ils sont remplacés par une sensation de plénitude, de battement, de corps étranger enchâssé dans la plaie; des traînées lymphatiques rougeâtres sillonnent le membre, remontant de la périphérie à la racine; puis la localisation infectieuse névritique se révèle par le retour de la douleur première, avec tendance nettement irradiante, soit spontanément, soit à l'occasion d'une secousse de toux, d'un effort, etc. Déjà, à cette période, la douleur peut se manifester sous forme de crises, de paroxysmes d'une intensité extrême, arrachant des cris au malade. Ces crises ont une durée de quelques minutes à une demi-heure; elles se renouvellent 10, 15, 20 fois dans les vingt-quatre heures.

Tels sont les principaux symptômes de la première phase obligatoire de la maladie, qu'on peut appeler *étape de réaction périphérique a ascension limitée*. A cette phase succède souvent, mais non toujours, une deuxième étape qui ne semble pas être la conséquence d'un processus réactionnel continu le long du nerf jusqu'aux ganglions rachidiens, mais le fait d'une *réaction à distance sur plusieurs des ganglions étagés correspondants*. Cette deuxième étape clinique est caractérisée par le rayonnement et la diffusion des douleurs, et par l'adjonction de symptômes moteurs, de spasmes, de tremblement.

La névrite ascendante du membre supérieur, à laquelle s'applique le tableau clinique précédent, peut être considérée comme le type des névrites ascendantes *disto-centrales;* mais, en outre de ces névrites à point de départ éloigné des centres nerveux, on en observe d'autres dont le processus initial est au contraire rapproché des centres nerveux : comme exemple de ces névrites *proximo-centrales*, nous citerons la névrite du trijumeau, d'origine infectieuse, dentaire ou gingivale. Certains cas de névralgie faciale avec crises paroxystiques font assurément partie du domaine de la névrite ascendante régionale. Il en est de même de divers accidents radiculo-médullaires consécutifs à des suppurations profondes de la cavité abdominale et peut-être aussi de la cavité thoracique.

Le diagnostic de névrite ascendante ne doit être fait qu'à bon escient. Il ne faut pas se hâter de le porter quand, après un traumatisme, surviennent pendant quelques jours des douleurs irradiées. Il importe en effet de savoir différencier ce syndrome névritique et d'avec la névralgie ascendante et d'avec la névrose traumatique régionale (traumato-névrose).

A vrai dire, entre une névralgie ascendante

sollicitée par une cause organique réelle et une névrite ascendante, il n'y a qu'une question de degré, celle-là pouvant précéder celle-ci de quelques semaines à plusieurs mois, avant qu'apparaissent des signes cliniques objectifs.

Ces signes sont, en outre de la douleur : les troubles trophiques (atrophie musculaire, éruptions, chute des ongles, raréfaction du tissu osseux constatable par la radiographie, etc.), les modifications des réactions électriques, les troubles moteurs et sensitifs répartis suivant la distribution topographique d'un ou de plusieurs nerfs périphériques, et surtout l'hypertrophie fréquente des troncs nerveux qu'il suffit de comprimer pour provoquer un réveil ou une exacerbation des crises douloureuses (examen du cubital au coude, par exemple).

Le diagnostic de traumato-névrose ascendante s'impose parfois à première vue, de par l'attitude du malade, l'expression de sa figure, sa volubilité de paroles, son choix d'expressions, les façons de mouvoir ou d'immobiliser le membre atteint, les variations topographiques des troubles de la sensibilité objective, enfin de par l'absence des signes positifs de névrite que nous venons de signaler. N'oublions pas du reste que les associations sont fréquentes, et qu'une épine irritative, réellement existante, sollicite souvent l'apparition de la névrose.

En somme, on devra toujours tenir la névrite ascendante pour douteuse quand on ne relève pas une effraction comme point de départ des lésions, car une radiculite d'emblée par méningite localisée peut être responsable de douleurs névritiques paroxystiques simulant le type ascendant.

Peut-on aller plus loin dans la voie du diagnostic, et, devant une névrite ascendante vraie, est-on en droit de présumer avec vraisemblance que la première étape périphérique est franchie, et que les phénomènes douloureux sont sous la dépendance d'une réaction plus haut située?

Nous devons à M. Pitres une méthode ingénieuse qui sert à résoudre de tels problèmes. Une injection de cocaïne, poussée sur un point du trajet du nerf, en insensibilisant la partie sous-jacente de ce tronc nerveux fera disparaître du même coup les phénomènes douloureux si le processus irritatif est situé au-dessous du lieu de l'injection. Le point de départ des accidents douloureux est-il, au contraire, sus-jacent à l'injection, l'effet calmant et anesthésique sera nul (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 310). Cette méthode peut, dans certains cas, fournir d'utiles indications sur l'opportunité d'une intervention opératoire.

On peut encore utiliser dans le même but le procédé de l'éternuement (Dejerine) ou celui de la toux. La secousse qui résulte de ces phénomènes détermine une propulsion du liquide céphalo-rachidien avec choc consécutif de ce liquide au niveau des culs-de-sac arachnoïdo-ganglionnaires; on comprend, dès lors, que, si la lésion est ganglionnaire, la secousse soit suivie d'un retentissement très douloureux, cette douleur d'impulsion faisant au contraire défaut dans les lésions névritiques d'ordre exclusivement périphérique.

Au point de vue histologique, les lésions de la névrite ascendante, encore imparfaitement connues, consistent, à la phase aiguë, en une diapédèse hématique et leucocytaire péri et endonévritique avec destruction plus ou moins accusée des tubes nerveux (myéline et cylindre-axe); à la phase chronique on constate, en outre, une prolifération du tissu conjonctif avec augmentation de volume des branches et des troncs nerveux non détruits.

En ce qui concerne la pathogénie, nous savons que le processus de la névrite ascendante ne peut être réalisé qu'à la faveur d'une toxi-infection localisée; mais cette condition n'est pas suffisante, car il est certain que le microbe ne remonte ni bien haut, ni bien loin, à l'intérieur du tronc nerveux protégé par la circulation lymphatique. Ainsi la pathogénie ne peut rester microbienne pendant toute la durée, parfois longue, de la maladie : il ne s'agit pas d'infection microbienne ascendante, continue. Deux théories peuvent, à mon avis, expliquer la marche ultérieure du processus :

1° Celle de la *réaction toxique* ascensionnelle des *éléments intranerveux* (tissu conjonctif, vaisseaux, faisceaux nerveux); 2° celle de la *réaction inflammatoire* également ascensionnelle du *tissu cellulaire paranerveux* (tissu cellulaire ambiant).

Encore faut-il reconnaître que cette double interprétation ne convient qu'à la première étape de la névrite ascendante, et heureusement celle-ci s'immobilise le plus souvent à ce stade; mais la pathogénie de la seconde étape, caractérisée cliniquement par l'extension du processus douloureux à d'autres segments du membre atteint ou à la totalité de ce membre, reste beaucoup plus obscure. M. Brissaud admet qu'à une stimulation périphérique excessive, transmise par les conducteurs centripètes de la sensibilité, les centres peuvent répondre par une activité plus grande et déviée; une sorte de « neuronite postérieure » serait ainsi créée. Pour M. Marinesco, le fait qu'un nerf sensitif peut tirer ses origines de plusieurs ganglions explique la diffusion des réflexes suivant l'intensité de l'excitation. Il est enfin difficile de ne pas faire intervenir ici une prédisposition névropathique héréditaire ou acquise.

Le traitement de la névrite ascendante déclarée est d'ordre médical plus que chirurgical; mais puisque, à l'origine de l'affection, on retrouve surtout les plaies septiques, la première indication est d'éviter avec un soin tout particulier l'infection du foyer primitif, et, s'il y a suppuration, de combattre celle-ci aussi hâtivement que possible. Recommandons également d'user modérément des antiseptiques, surtout des antiseptiques forts, au contact des troncs nerveux. C'est encore au chirurgien de veiller à ne pas emprisonner un tronc ou une branche nerveuse dans une ligature, à rechercher la présence de tout foyer infectieux ou de tout corps étranger au niveau de la plaie, et de procéder à son extraction. La radiographie sera souvent ici d'un utile secours.

Quand, après extinction du foyer primitif et cicatrisation de la plaie, les douleurs persistent ou se révèlent avec une intensité progressive, une opération sanglante ne sera autorisée qu'au cas de cal hypertrophique, d'hyperostose, de chéloïde volumineuse, de névromes terminaux facilement appréciables au palper, etc. En dehors de ces indications chirurgicales nettement déterminées, l'opération serait suivie, à peu près fatalement, ou d'échec complet, ou de récidive douloureuse à brève échéance, sans parler des délabrements définitifs et des troubles trophiques permanents qu'elle laisserait après elle.

Le traitement sera donc principalement médical. Localement, il consistera d'abord, pour calmer les phénomènes douloureux, à mettre le membre au repos absolu, à donner matin et soir de grands bains régionaux d'eau simple, tiède ou chaude, prolongés durant des heures, en pratiquant dans les intervalles des enveloppements humides (sans adjonction d'antiseptiques). Ultérieurement, alors que tout phénomène d'inflammation aura disparu, il sera peut-être même utile d'immobiliser le membre atteint dans une gouttière plâtrée appropriée.

Toujours localement, on pourra recourir à la compression forcée (Delorme), et surtout s'adresser à l'électricité et aux injections profondes de cocaïne : on injecte sur différents points du trajet douloureux, aux alentours du tronc nerveux, 2 ou 3 c.c. de la solution à 1 %, soit, en une séance, 0 gr. 02 ou 0 gr. 03 centigr. de cocaïne. On renouvelle ces injections les jours suivants.

Du massage léger, fait prudemment, pourra encore être utilisé avec avantage lorsque les phénomènes douloureux auront disparu.

Comme traitement général, on s'adressera aux sédatifs habituels, et particulièrement à l'extrait thébaïque sous ses diverses formes, aux doses ordinaires de 0 gr. 02 à 0 gr. 08 centigr. par jour, ou aux doses progressives de 0 gr. 30 et 0 gr. 40 centigr., et même plus. La morphine en injections sous-cutanées doit être proscrite, parce que la morphinomanie avec toutes ses conséquences est, en pareil cas, presque inévitable.

M. Léri (de Paris). — Je ne crois pas que le syndrome anatomo-clinique décrit par M. Sicard corresponde à la généralité des faits désignés sous le nom de névrite ascendante. Je m'appuie surtout, pour émettre cette opinion, sur l'examen des moelles de 12 amputés du service de M. P. Marie, morts un temps variable après l'opération.

Dans presque tous ces cas il existait des lésions des cordons postérieurs, les unes homolatérales, les autres hétérolatérales par rapport à l'amputation.

Les examens à l'œil nu ou à un faible grossissement des coupes de moelles que nous avons faites, M. P. Marie et moi, nous ont permis de constater l'extrême variabilité de ces lésions des cordons postérieurs, aussi bien du côté correspondant à l'amputation que du côté opposé. Cette variabilité ne nous paraît guère conciliable avec l'idée d'une simple lésion d'origine ganglionnaire, soutenue par M. Marinesco pour les faits de ce genre : le trajet des fibres parties d'un membre étant identique dans tous les cas, les ganglions altérés et les fibres médullaires consécutivement dégénérées devraient être les mêmes, dans les diverses amputations d'une région déterminée, de la cuisse par exemple.

Nous avons pu nous assurer, d'autre part, que ces différences lésionnelles ne sauraient être attribuées ni à l'ancienneté de l'amputation, ni à l'infection du membre amputé, avant ou après l'intervention.

Nous avons alors voulu savoir si l'examen à un fort grossissement nous donnerait la clef de ces inégalités de lésions, et voici ce que nous avons constaté :

En premier lieu, dans certains cas, nous avons trouvé de ces boules de dégénérescence, encore inconnues dans leur nature, que l'on observe dans beaucoup de lésions médullaires ou cérébrales et, en particulier, dans les lésions très anciennes; or, ces boules siégeaient non seulement au niveau de la lésion des cordons postérieurs, du côté amputé et du côté opposé, mais aussi dans toute la méninge et au niveau de l'entrée des racines lombaires, même du côté non amputé, c'est-à-dire à un niveau où une décussation des fibres radiculaires postérieures n'était pas encore possible; ces lésions faisaient défaut dans les racines mêmes.

En second lieu, nous avons noté dans 2 cas, en plus des altérations des cordons postérieurs, des lésions de méningite syphilitique. Or, la distribution des premières, due sans doute, au moins en partie, aux secondes, était tout à fait semblable à ce qu'elle aurait été à la suite de la même amputation sans syphilis.

Ces 2 faits nous ont mis en éveil et nous ont engagés à examiner attentivement les méninges sur les coupes des moelles de nos autres amputés, et, chez plusieurs d'entre eux, nous avons trouvé des reliquats d'inflammation méningée sous forme soit d'amas lymphocytaires, soit d'épaississements scléreux.

Ces constatations nous paraissent intéressantes en ce que la méningite explique parfaitement, et seule explique bien, à notre avis, les lésions à la fois homo et hétérolatérales, si dissemblables suivant les cas, que nous avons rencontrées dans les cordons postérieurs; elle rend compte aussi de la distribution anormale, en apparence paradoxale, de certaines de ces boules de dégénérescence que nous avons signalées.

Nous croyons donc — bien que ces faits demandent à être vérifiés — qu'à la suite des amputations on peut observer assez souvent une méningite légère et que cette méningite tient vraisemblablement sous sa dépendance les lésions des cordons postérieurs. Cette méningite est due, sans doute, à une névrite ascendante partie du lieu de l'amputation, le mot névrite étant pris dans son sens le plus large, qu'il s'agisse de névrite vraie, parenchymateuse ou interstitielle, ou d'épi, de péri ou de paranévrite.

Sous le bénéfice de ces réserves, je dois ajouter que les observations cliniques des malades chez lesquels ont eu lieu les constatations histologiques précédentes ne nous ont jamais révélé le syndrome douloureux particulier de la névrite ascendante qui, d'après M. Sicard, marquerait l'étape périphérique de l'affection : ce syndrome ne nous paraît donc pas obligatoire.

Peut-être y aurait-il lieu de rechercher, à l'avenir, dans la ponction lombaire faite précocement, un signe caractéristique de la phase radiculo-médullaire de la maladie.

M. Brissaud. — Je crois qu'il convient de réserver l'expression de névrite ascendante à l'entité clinique décrite par Weir-Mitchel. Sa véritable caractéristique est cet élément douloureux effroyable, sur lequel a justement in-

sisté M. Sicard, et qui accule le plus souvent celui qui en est atteint à la morphinomanie ou au suicide. C'est à tort, selon moi, qu'en s'appuyant sur des constatations anatomo-pathologiques on cherche à faire rentrer dans le cadre des névrites ascendantes tous les processus lésionnels des nerfs et des différentes régions de la moelle consécutifs à des traumatismes variés.

M. Léri. — Ce qui nous sépare en ce moment, M. Brissaud et moi, est une question de définition. Ce désaccord cessera si l'on consent à ajouter, comme l'a fait M. Sicard, l'épithète de « régionale » à la névrite ascendante qu'il a plus spécialement étudiée. De mon côté je suis prêt à reconnaître que les faits que je viens de signaler relèvent plutôt d'une périnévrite que d'une névrite ascendante proprement dite.

Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales.

M. Pailhas (d'Albi), *rapporteur*. — En outre de leur rôle prophylactique et hygiénique, les procédés hydrothérapiques et balnéaires directement applicables à la cure des maladies mentales me semblent devoir être envisagés au point de vue de deux sortes d'indications distinctes : les unes, générales, faisant la part des grands processus symptomatiques qui sont l'excitation et la dépression; les autres, particulières, tenant spécialement compte des individualités.

La conception du syndrome fonctionnel *excitation*, avec son cortège habituel de symptômes, tels que l'agitation, l'expansion, etc., n'implique pas nécessairement un surcroît adéquat d'énergie organique. Et c'est dans la situation respective de l'état de l'organe et de son expression fonctionnelle, des forces radicales et des forces agissantes, selon l'expression de Barthez, que le praticien avisé devra chercher, et, d'ordinaire, trouvera le critérium le plus capable d'orienter ses prescriptions et de lui permettre de les formuler d'après la gamme des divers procédés que fournit l'hydrothérapie.

C'est ce que fait très judicieusement ressortir B.-A. Morel, dans son *Traité des maladies mentales*, quand il dit : « J'ajouterai, à propos de l'emploi des bains prolongés, que les grandes agitations de maniaques ne sont pas toujours l'indice d'une force de résistance corrélative dans les dispositions organiques. Après un bain prolongé, on voit souvent ces malades pâlir, s'affaisser sur eux-mêmes et montrer des tendances congestives; des fluxions peuvent s'établir aussi vers d'autres organes, et notamment vers les poumons. » Et Morel, pénétré des dangers offerts par de telles dispositions organiques, déclarait s'être généralement bien trouvé d'employer un moyen terme en ne prolongeant pas ses bains au delà de cinq à six heures.

Mise à part cette faiblesse organique, qu'on doit rechercher et dans la constitution du sujet (affections cardiaques, pulmonaires, rénales, etc., etc.), et plus encore dans la nature débilitante de la maladie (manies graves, délire aigu, excitation maniaque de la paralysie générale, des états toxi-infectieux, etc.), il faut reconnaître que la pratique de la balnéation très prolongée ou continue, depuis Turck et Bonnefous jusqu'à M. Kräpelin, a singulièrement démontré la tolérance des maniaques à l'égard de ce mode de traitement. Et le bain prolongé semble devoir rester le procédé de choix dans l'excitation maniaque.

Quant à savoir ce qui, en règle générale, peut mieux convenir, ou du bain permanent (système Bonnefous et Kräpelin), ou de la balnéation très prolongée, mais discontinue (système Brierre de Boismont), les seuls faits peuvent répondre.

Nous dirons, toutefois, que le bain permanent s'impose à l'esprit comme un procédé d'exception, et son application systématique comme une exagération.

Volontiers, l'on accepte que le bain, au bout d'un certain nombre d'heures, ait épuisé son action sédative (Marcé) ou se butte infructueusement à l'accoutumance du sujet (Würth). D'autre part, il ne nous paraît point que soustraire, par intervalles variables, le malade au contact de l'eau, offre moins d'avantages, tant au point de vue des résultats curatifs de la balnéation que des commodités de son emploi.

En 1902, telle était aussi, selon M. Thomsen (de Bonn), l'avis de la majorité des aliénistes allemands, avis que l'auteur croyait devoir rapporter, trop exclusivement à coup sûr, à des raisons d'ordre pratique : « Un bain chaud et souvent renouvelé, disait-il, est préféré de beaucoup à des bains de très longue durée; certainement ces préférences sont pour des motifs pratiques. »

Dans les manies graves et dans le délire aigu, l'excitation, si souvent en rapport inverse avec les forces radicales de l'organisme, exigera, à la place de l'action dépressive du bain tiède ou chaud, la stimulation du bain froid ou frais de courte durée, des bains graduellement surchauffés (E. C. Dent), et mieux encore, semble-t-il, les emmaillottements humides froids avec applications céphaliques froides ou glacées (Kräpelin, von Krafft-Ebing, Schüle, Arndt, Salgo).

L'enveloppement humide est adopté de préférence par M. Kräpelin dans certains cas d'agitation maniaque caractérisés par la résistance du malade à se maintenir au bain. Ce mode de contention sédative se concilie fort bien avec l'alitement.

Dans la manie aiguë ordinaire interviendront le bain prolongé, le demi-bain, la douche tempérée sans pression, le bain en pluie. On pourra aussi recourir, dans certains cas, au maillot humide, au demi-maillot, à la ceinture mouillée, qui, appliqués le soir, se montrent particulièrement aptes à ramener le sommeil, d'après M. J. Morel (de Mons).

L'excitation maniaque hystérique s'accommodera le plus souvent de l'enveloppement humide froid souvent renouvelé (Maudsley), des compresses froides sur la tête (J. Morel), de l'immersion de courte durée en eau froide (Pomme); mais, dans bien des cas, il y aura lieu de recourir au bain prolongé (Brierre de Boismont), à la douche tempérée à faible pression ou au bain en pluie.

Chez les épileptiques, les crises d'excitation pourront, mais rarement, bénéficier de l'enveloppement humide (Fürstner et Fedbausch) et du bain prolongé. Ici surtout, il conviendra de s'adresser au traitement prophylactique et intercalaire, sous forme de lotions, d'enveloppements humides, de douches froides en jet et surtout en pluie (Schüle), de douches graduellement refroidies, de bains froids de courte durée.

Dans la paralysie générale, on aura, pour combattre l'excitation, le bain prolongé avec applications glacées sur la tête. L'addition de chlorure de sodium (Bonnefous) ou d'acide phénique (Reinhard) contribuera à parer aux troubles dystrophiques des tissus (eschares, phlegmons, etc.), lorsque d'autres désordres organiques ou fonctionnels ne viendront pas contre-indiquer l'emploi du bain lui-même. Et, dans ce cas, le traitement hydrothérapique devra se limiter à des applications partielles : compresses froides sur la tête, bains de siège et pédiluves chauds.

Dans les crises d'excitation survenant au cours des états maniaques chroniques, la symptomatologie seule ne devra pas guider dans le choix du procédé hydrothérapique; mais on aura très particulièrement égard aux indications tirées du rapport nosologique de la crise avec le degré d'ancienneté et les chances de curabilité de l'affection.

A ce point de vue, la crise aiguë du chronique invétéré ou incurable ne saurait être assimilée à celle de cet autre maniaque chez lequel un épisode de surexcitation semble pouvoir être encore envisagé comme l'expression d'une salutaire réaction des énergies psychiques, que l'on se gardera de compromettre par une médication débilitante. Ici trouvera place la balnéation froide, telle que la concevait Guislain, telle que, de nos jours, M. Schüle la préconise; cet auteur utilise encore, dans les cas de manie peu prononcée, les bains froids de huit à dix minutes, avec applications de glace sur la tête. Ces bains sont donnés sous la surveillance du médecin; pendant et après le bain, M. Schüle prescrit un peu de vin et fait procéder aux frictions avant de coucher le malade au lit. Ces bains froids lui ont paru des plus utiles, dans les formes prolongées, pour obtenir une réaction psychique. Toutefois, ils ne peuvent être administrés sans que l'on se soit rendu un compte exact de l'état physique du patient, attendu que la grande débilité et les affections cardiaques ou pulmonaires en contre-indiquent l'emploi. Mais, à côté de l'administration judicieuse et prudente du grand bain froid de courte durée, du demi-bain froid ou graduellement refroidi, de la douche froide à faible ou forte pression, des enveloppements humides froids, on pourra utilement s'adresser à la douche écossaise, aux bains médicamenteux : sulfureux, alcalins et aromatiques.

La fréquence des syncopes observées par M. Würth dans les folies chroniques en général (23 fois sur 102 malades), à l'occasion des bains d'une durée de douze heures, laisse entrevoir que, chez tout maniaque chronique, on doit se méfier de l'action dépressive du bain prolongé.

A l'excitation maniaque chronique semble particulièrement approprié le bain en pluie des Américains, si susceptible de se mettre en harmonie avec l'état des sujets et les besoins d'un service rapide. La douche fixe d'aspersion, à grosse pomme d'arrosoir et à faible pression, telle qu'elle est instituée à l'asile de Braqueville, paraît appelée à donner les mêmes résultats.

L'un ou l'autre de ces deux procédés calmeront, à l'instar de la douche baveuse, lorsque leur application sera tiède ou tempérée; plus ou moins froids, ils développeront les effets toni-sédatifs du bain d'affusion dont Reverchon et Baume étaient arrivés à gratifier assez uniformément l'ensemble de leurs malades.

C'est dans la mélancolie surtout qu'il convient de dépister, sous les dehors d'une dépression psychique, la situation réelle des forces organiques, avant de formuler un traitement hydrothérapique.

Comme on le sait, la mélancolie n'est point exclusive des états d'excitation et d'agitation, et, dans les cas de mélancolie anxieuse en particulier, les bains tièdes prolongés pendant deux ou trois heures apportent un grand soulagement (Garnier et Cololian).

Dans la mélancolie avec conscience, la tension douloureuse du système nerveux sera combattue également avec avantage par les bains prolongés de une heure ou deux, à la température constante de 28° à 32°, ou à l'aide du drap mouillé (Ritti).

En principe, la durée du bain tiède doit être, ici, modérée, eu égard à l'influence plus ou moins dépressive qu'exercent sur les centres nerveux des préoccupations tristes et angoissantes, lors même qu'elles se traduisent par les phénomènes extérieurs de l'excitation. Aussi semble-t-il rationnel que M. Kräpelin ait pu dire qu'aux anxieux et aux épileptiques les bains très prolongés sont le moins applicables.

Dans les états d'excitation mélancolique, seront, en outre, indiquées les pratiques à peu près similaires de la douche en pluie attiédie, de la douche baveuse, du bain en pluie tempéré.

Bien que M. J. Morel déclare que, dans la mélancolie grave, allant jusqu'à l'agitation, on peut substituer le maillot humide aux bains tièdes un peu prolongés, on ne perdra pas de vue que ce moyen recommandable possède aussi une action dépressive et non exempte de tout danger de collapsus.

Dans les états de *dépression* il y a plusieurs degrés à considérer, depuis la mélancolie simple, si proche de la neurasthénie, jusqu'à la mélancolie stupide.

Aux premiers degrés s'appliquera le traitement hydrothérapique de la dépression neurasthénique, à savoir : la douche écossaise, la douche mixte, ou même, si le malade la tolère, la douche froide de courte durée, les immersions bornées à un rapide plongeon dans l'eau froide, les demi-bains froids, frais, et toujours courts, les frictions avec le drap mouillé fortement tordu, les lotions froides.

Dans les formes plus accusées, telles que la mélancolie avec stupeur, mais avec un état général relativement satisfaisant, on peut employer, au début, les grands bains chauds, le bain tiède sinapisé, le demi-bain, la douche écossaise, les emmaillottements froids de courte durée, les lotions stimulantes, et, un peu plus tard, les bains froids ou la douche froide en pluie, toujours sous surveillance médicale et à des intervalles de un ou plusieurs jours.

Lorsque les états mélancoliques aigus sont marqués par de la dépression organique (psychoses d'épuisement physique des auteurs allemands), M. Thomsen considère le bain chaud

avec compresses froides comme le procédé le moins dangereux. Conformément à ce qui a été déjà dit relativement à l'action débilitante du bain tiède, nous pensons qu'il y a lieu de recourir, en ces cas, à de courts bains chauds ou très chauds (E. C. Dent), précédés ou suivis de lotions stimulantes froides, ou bien au bain sinapisé.

Les manuluves et pédiluves chauds ou sinapisés seront seuls appliqués, quand l'état général très défectueux s'accompagnera de troubles profonds de la circulation (cyanose, refroidissement des extrémités, etc.).

Dans tous les cas, la réaction sera attentivement surveillée, et, le plus possible, favorisée par les frictions stimulantes, les mouvements actifs ou passifs, etc.

En dehors des indications fournies par les phénomènes d'excitation et de dépression ou par leur substratum anatomo-pathologique manifeste ou présumé (hyperhémie et ischémie des centres nerveux), la balnéothérapie psychiatrique perd toute physionomie de médication méthodique pour devenir un traitement symptomatique.

Dans les cas où l'*hyperhémie cérébrale* est nettement et spécialement en cause, il convient de faire appel, conjointement avec les moyens hydriatiques indiqués par ailleurs, aux antiphlogistiques directs ou indirects, qui seront les applications continues, froides ou glacées, sur la tête et les gros vaisseaux du cou, la révulsion à distance par les procédés froids ou très chauds (pédiluves, manuluves chauds ou sinapisés, vaso-dilatation réactionnelle consécutive aux applications froides, etc.).

Lorsque, au contraire, on peut soupçonner l'*ischémie*, on dirigera les applications hydrothérapiques de telle sorte que l'action dérivative s'effectue au profit de l'irrigation cérébrale. A cette intention, la révulsion par l'eau chaude et les phénomènes réactionnels de l'eau froide seront plutôt sollicités vers les parties supérieures du corps, comme dans la douche en pluie, le demi-bain accompagné d'affusions, l'affusion elle-même, etc. Certains ont utilisé, en ce cas, la compresse céphalique chaude.

Après les indications relevant de l'excitation et de la dépression, de l'hyperhémie et de l'ischémie cérébrales, nous signalerons celles qui se rattachent plus spécialement aux processus infectieux ou toxiques.

Le *delirium tremens* sera traité par le bain frais ou froid, conformément à la pratique adoptée par les médecins français. On se souviendra aussi que B.-A. Morel avait utilement employé, en ce cas, l'emmaillottement humide constamment réfrigéré, et que certains auteurs, tel M. Thomsen, par crainte du collapsus, reportent leurs préférences sur les bains tièdes et les affusions légères.

Au *délire aigu* devront être ordinairement appliqués les enveloppements humides froids plus ou moins prolongés (Magnan), le bain tempéré court, de 28° à 30° (Anglade), ou même le bain froid (Garnier et Cololian) suivant la méthode de Brand.

Les bains prolongés chauds, bien que considérés par M. Kräpelin, comme le remède héroïque du délire aigu, ne sauraient être prescrits qu'avec une extrême réserve, étant donnés leur action débilitante et l'état de dépression organique inhérente à cette affection.

On sait, d'autre part, que Brierre de Boismont et Baillarger signalaient les dangers ou l'inutilité des bains prolongés dès que la manie aiguë se transformait ou tendait à se transformer en délire aigu.

Dans les affections mentales liées à une *lésion organique de l'encéphale* (sénilité, artériosclérose précoce, hémorrhagie, ramollissement, etc., etc.), et plus particulièrement dans la *paralysie générale*, les grandes applications hydrothérapiques devront être, du moins en règle générale, proscrites. Ce n'est que dans des cas spéciaux, et après un examen approfondi des forces du malade et de ses capacités réactionnelles, qu'on emploiera, en présence d'une excitation intense, les grands bains tièdes et les enveloppements froids ou chauds. Les observations et la pratique de Bonnefous et de Reinhard ont montré, en effet, les avantages que l'on pouvait retirer du bain prolongé dans les lésions dystrophiques du décubitus, et notamment dans la démence paralytique.

Dans les grands états d'*agitation catatonique*, M. Kräpelin a cru devoir substituer les enveloppements humides et tièdes au bain prolongé.

Enfin, l'hydrothérapie sera essentiellement symptomatique quand elle s'adressera aux *folies lucides*, aux *syndromes de dégénérescence* ou aux états habituellement rattachés à une *névrose* (hystérie, épilepsie, neurasthénie, chorée, maladie de Basedow, etc.).

Ici prendront place, suivant les cas, les bains chauds et froids, les demi-bains, les emmaillottements humides, les douches froides, écossaises ou mitigées, les bains de vapeur associés aux applications froides, les affusions, lotions, etc., etc.

A l'excitation on opposera le bain tiède, les emmaillottements froids, les demi-bains tièdes avec affusions, la douche baveuse ou le bain en pluie. Le sommeil sera favorisé au moyen des enveloppements humides (emmaillotement total, demi-maillot, ceinture, compresses des jambes, etc., etc.), du bain, du demi-bain ou même du simple pédiluve, pris avant l'heure du coucher. Les bains donnés dans l'après-midi, voire les bains de pieds, dit M. Ritti, sont des procédés qui réussissent parfois à amener le sommeil, même chez les malades les plus réfractaires.

Au sujet des emmaillottements froids, M. Thomsen fait observer que certains sujets nerveux les supportent mal dès qu'ils dépassent la durée d'une demi-heure, et que, dans ce cas, il faut les supprimer, toutes les fois que le réchauffement tarde à se produire ou ne s'accompagne pas d'un sentiment de bien-être.

Contre la dépression, on utilisera les moyens hydrothérapiques stimulants, tout en procédant avec prudence et délicatesse lorsqu'on fera appel à l'eau froide et à la percussion (douches, affusions, immersions). Avec plus de sûreté, on donnera la douche écossaise et le demi-bain frais ou graduellement refroidi, accompagnés de frictions ou d'affusions fraîches ou froides, suivant la pratique allemande.

Il est des sujets dont la susceptibilité demandera une acclimatation progressive aux applications froides, qui sont, de beaucoup, les plus vitalisantes et les plus susceptibles de mettre en jeu les réactions organiques.

J'ajouterai, en terminant, quelques mots concernant l'*hydrothérapie prophylactique*. Nul, mieux ou plus que M. J. Morel, ne s'est préoccupé de la prophylaxie hydrothérapique des maladies mentales, s'efforçant de les prévenir, soit à la période des premiers prodromes, soit comme simple prédisposition, dans ce qu'il appelait les « états nerveux des héréditaires ». « Je tiens à signaler, dit-il, les immenses avantages que j'ai retirés des bains prolongés et de l'hydrothérapie, lorsque j'ai été consulté dans cette période prodromique où s'organise la folie. Leur avantage n'est pas moins grand dans ces situations névropathiques où les opiacés ne procurent aucun soulagement aux malades, et où les toniques et les purgatifs ne font qu'irriter le système digestif déjà si impressionnable ». Et pour modifier la constitution nerveuse des héréditaires, M. J. Morel invoque surtout l'expérience balnéaire de Fleury, et, ainsi que ce dernier, accorde la préférence à l'eau froide, associée ou non aux sudations.

Il va sans dire que M. J. Morel a eu, à cet égard, d'innombrables devanciers.

De tout temps, en effet, l'eau froide s'est imposée à la médecine empirique par ses propriétés sthéniques et son aptitude à sauvegarder l'harmonie fonctionnelle des centres nerveux. Nombreux sont les médecins ou les sages qui, sur ce point, ont laissé de parfaites recommandations.

Bion, interrogé sur le secret de sa vitalité, répondait : « L'eau et l'exercice », de même que Hahn écrivait : « En Italie, les accoucheurs lavent leurs nouveau-nés à l'eau froide, tous les jours, à partir de leur naissance et au moins jusqu'à l'âge de neuf mois, ce qui les garde des convulsions et du rachitisme. »

Or, cette action de l'eau, ainsi capable de réfréner préventivement l'ataxie motrice ou les convulsions du tout jeune enfant, se maintient à travers chaque étape de l'évolution de l'homme et aussi bien s'oppose aux diverses formes de l'ataxie psychique qui sont la folie. « En habituant les enfants, dès le berceau, à la sensation de l'eau froide, a dit aussi Tartivel, on les rend moins sensibles à l'action du froid, on les garantit des inconvénients plus ou moins fâcheux du refroidissement, on les préserve de beaucoup de misères, on les trempe, en quelque sorte, au physique et au moral, pour les rudes épreuves de la vie. »

L'adolescent et l'adulte useront avec avantage des lotions, des affusions, des douches froides et aussi des différents modes de bains. Et ces pratiques contribueront à les fortifier contre les multiples facteurs de la déséquilibration, aussi bien acquise qu'héréditaire, contre les crises d'évolution de la puberté et de la ménopause, contre le surmenage, les intoxications, l'usure organique, etc.

Après cet exposé, on ne saurait, je crois, mettre en doute la haute valeur de la balnéation appliquée aux maladies mentales; mais notre éducation hydrothérapique présente malheureusement de nombreuses lacunes. Au dire de M. J. Morel, l'hydrothérapie et l'électrothérapie sont des parties de la thérapeutique dont l'enseignement est notoirement insuffisant en Belgique. Et ce qui se passe au pays de Guislain est aussi malheureusement une réalité en France, où l'enseignement officiel de l'hydrothérapie est nul et où l'organisation balnéaire de bon nombre d'asiles ne progresse que péniblement, plus soutenue par des nécessités d'hygiène que par des convictions thérapeutiques.

M. Christian (de Paris). — Je tiens à m'élever contre la pratique des bains continus en usage dans un certain nombre d'établissements allemands, en particulier à la clinique psychiatrique d'Heidelberg. A mon avis, c'est soumettre les malades à une véritable torture que de les maintenir de force dans une baignoire, jour et nuit, pendant plusieurs mois, et j'estime que l'usage de ces bains doit être absolument proscrit du traitement de l'aliénation mentale.

M. Dide (de Rennes). — J'ai vu, à Heidelberg, des malades qui étaient soumis depuis plusieurs mois à un traitement par les bains continus, et cette méthode ne m'a paru avoir aucun inconvénient.

M. Manheimer-Gommès (de Paris). — Dans les cas de gâtisme volontaire au cours des grands états d'agitation, la balnéation chaude donne des résultats favorables. Par contre, chez un certain nombre d'arriérés instables et hyperexcitables, habitués peu à peu à la propreté, le séjour dans le bain tiède prolongé provoque du gâtisme volontaire avec barbouillage et scatophagie, tendant, par la suite, à se répéter automatiquement; dans les faits de ce genre, le drap mouillé remplacera avantageusement, dans un but sédatif, le bain prolongé.

Le tic hystérique.

M. Cruchet (de Bordeaux). — On a décrit sous le terme général de tic hystérique des phénomènes fort disparates : 1° certains spasmes, essentiellement rythmiques, qui ont une allure tout à fait particulière; 2° des tics survenus dans le cours de l'hystérie, mais qui, si on les étudie de près, offrent tous les caractères des tics vrais et sont simplement surajoutés à la névrose préexistante; 3° enfin les tics hystériques proprement dits, dont voici 2 exemples, observés avec M. Pitres :

Chez une hystérique de trente ans, on voit, à la suite d'une vive émotion, des tics de la face et de l'épaule remplacer une série d'accidents hystériques antérieurs, caractérisés par des crises convulsives. Ces dernières manquent complètement tant que durent les tics, c'est-à-dire pendant près de huit mois. Au bout de ce temps, la malade est mise en état d'hypnose, et aussitôt les tics s'atténuent; quinze minutes plus tard, ils ont presque entièrement disparu. Une deuxième séance d'hypnose, quelques jours après, fait cesser les tics pendant quatre mois; ils ont reparu à la suite d'un nouveau choc moral, mais pour diminuer et disparaître encore après une nouvelle hypnose.

Dans le second cas, il s'agit d'une jeune hystérique de quatorze ans et demi, qui présente toutes les après-midis, aux mêmes heures, une série de secousses convulsives dans les mains, les bras, les épaules et le visage, avec du hoquet; au bout d'un mois, le hoquet s'atténue, puis disparaît, et les secousses convulsives se transforment en un tic caractérisé par un mouvement brusque de rotation de la tête à droite avec clignement des yeux, froncement du nez et haussement des épaules, surtout à droite; ce tic a duré cinq mois. L'hypnose, pas plus

que la suggestion à l'état de veille, n'avait d'influence sur lui; mais la pression de certains points du corps (en particulier de la région lombaire droite) rendait le tic plus intense, ou le faisait naître quand il n'existait pas; de plus, ce tic, très rare le matin, augmentait progressivement dans l'après-midi, ce qui est encore en faveur de son origine hystérique.

Le signe de Kernig dans la paralysie générale.

M. Darcanne (de Fougères). — Le signe de Kernig est presque constant à la phase terminale de la paralysie générale; aux périodes de début et d'état, on le rencontre moins souvent.

Chez 10 femmes atteintes de paralysie générale à la période d'état (2 cas) ou de déclin (8 cas), et présentant le signe de Kernig, nous avons constaté, en outre, 6 fois de l'exagération des réflexes rotuliens, 5 fois le clonus du pied et le phénomène des orteils. Toutes ces malades offraient des troubles de la marche, depuis le simple tremblement des jambes jusqu'à l'impossibilité complète de se tenir debout. Chez elles, le signe de Kernig était donc certainement en rapport avec des lésions médullaires.

Au contraire, dans 4 cas — chez des hommes — où ce symptôme existait au début de la paralysie générale, il n'y avait pas de troubles de la marche, et l'on peut admettre qu'il traduisait simplement une lésion du cerveau ou des méninges cérébrales.

Le signe de Kernig, dans la paralysie générale, nous paraît avoir à la fois une valeur diagnostique et pronostique :

Diagnostique, puisqu'on le trouve à toutes les périodes de la maladie; mais c'est au début que sa présence a le plus d'importance, car dans les cas de paralysie générale fruste, sans signe d'Argyll Robertson, il peut mettre le clinicien sur la voie du diagnostic;

Pronostique, parce qu'il indique l'évolution progressive de la paralysie générale, sa marche du cerveau vers la moelle; à nos yeux, il doit faire prévoir une évolution rapide de la maladie et l'apparition prochaine de troubles médullaires.

Délire métabolique à base hypocondriaque.

M. P. Camus (de Paris). — Voici un fait que j'ai recueilli dans le service de M. Deny, et qui prouve que les diverses modalités du délire métabolique ou de transformation soit de la personnalité individuelle du malade, soit du monde extérieur, peuvent coexister chez le même sujet et relever du même mécanisme pathogénique que celui des psychoses hypocondriaques.

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, chez laquelle apparut, à la suite d'émotions vives et prolongées, un état d'anxiété avec préoccupations obsédantes, bientôt suivi d'un délire caractérisé d'abord par quelques idées hypocondriaques de négation, puis par des idées de transformation de la personnalité physique d'abord, morale ensuite : la malade se croyait métamorphosée en chien, en taureau; elle était la femme fléau, le mystère de l'Incarnation, etc. Bientôt, chez cette aliénée dont la mémoire était parfaitement conservée, qui ne présentait aucun signe démentiel, le trouble des perceptions internes s'étendit aux perceptions externes, aux notions d'espace, de durée, de temps, etc.; personnes et choses lui semblaient changées, différentes de ce qu'elles étaient autrefois; elle-même se croyait vieille de centaines, de milliers d'années, tout en connaissant parfaitement la date de sa naissance et le millésime de l'année.

Toutes ces fausses perceptions de la malade concernant sa propre personnalité et les objets du monde extérieur nous semblent pouvoir être rattachées à une perturbation des centres corticaux de la cœnesthésie. Cette perturbation se manifeste tantôt par la diminution ou l'abolition des sensations internes ou organiques (délire des négations de Cotard), tantôt par des perversions variées des mêmes sensations (délire métabolique de transformation).

Stéréotypies des doigts, s'organisant en tics et associées à la parole, chez les tabétiques.

M. Sabrazès (de Bordeaux). — Il n'est pas rare d'observer dans le tabes des mouvements involontaires d'adduction et d'abduction, d'opposition et de friction des doigts, rappelant le jeu lent et parfois rythmé d'une pince, et se manifestant surtout quand les malades parlent.

Ces stéréotypies ne sauraient être confondues avec l'ataxie du tonus, sorte d'instabilité au repos, sans régularité dans les mouvements.

Lorsqu'on essaye de remonter à l'origine de ces stéréotypies des tabétiques, on apprend qu'elles ont été précédées par des malaises dans les mains, avec maladresse, diminution plus ou moins marquée de la sensibilité, engourdissement, fourmillements des doigts incitant le malade à frotter ceux-ci l'un contre l'autre; elles représentent primitivement une réaction motrice contre les sensations d'engourdissement et finissent par devenir un *mouvement d'habitude*, sorte de stéréotypie confinant au tic.

Parmi ces sujets, il en est chez lesquels les mouvements stéréotypés des doigts rappellent des mouvements habituels, en rapport avec leur profession : le pouce et l'index frottent l'un contre l'autre, sur un rythme assez lent, comme pour palper une étoffe, pour dévider de l'étoupe, etc.

Tous ces patients connaissent leur tic et en sont préoccupés, quelques-uns même obsédés; aussi s'efforcent-ils instinctivement de le masquer aux yeux de leurs interlocuteurs, surtout quand ils se sentent observés, en cachant leurs mains derrière leur dos, en les croisant l'une sur l'autre, en agrippant les doigts à leurs vêtements, en gesticulant, etc.

Depuis que notre attention a été attirée sur ces stéréotypies, il nous est arrivé de soupçonner, avec raison, le tabes chez des sujets qui les présentaient à divers degrés. A ce titre, leur constatation a une certaine valeur séméiologique.

Hémispasme facial périphérique post-paralytique.

M. Cruchet. — Le spasme facial périphérique en général peut offrir trois modalités : ou bien il est primitif d'emblée, sans paralysie consécutive; ou bien il est pré-paralytique, ou bien enfin post-paralytique. Nous avons observé un cas d'hémispasme facial gauche appartenant à ce dernier groupe.

Les caractères principaux du spasme étaient son unilatéralité, et l'existence d'un état à la fois tonique et clonique. Le spasme tonique total se dissociait en spasmes partiels, susceptibles d'exister isolément : par exemple, dans le spasme partiel palpébro-labial, la fermeture voulue de la paupière entraînait immédiatement la contraction involontaire de la commissure labiale, qui s'élevait malgré la volonté du sujet; et réciproquement, l'élévation volontaire de la commissure labiale provoquait la demi-fermeture de l'œil du même côté, contraction absolument involontaire, et qui n'existait nullement du côté opposé. Quant à l'élément clonique, il consistait en secousses généralement uniques, peu fréquentes (10 à 30 fois par jour), brèves et brusques, comme superficielles, et manifestement en dehors de l'influence de la volonté.

J'ajoute que ce malade présentait en outre des tics : clignement rapide de l'œil droit et secousses de latéralité de la tête, se produisant à divers moments.

La pathogénie des faits de ce genre est encore obscure. En particulier, il est paradoxal que, comme chez notre malade, les réactions électriques ne subissent aucune modification.

Le temps perdu du réflexe rotulien chez les déments précoces.

M. Castex (de Rennes). — L'étude du réflexe rotulien chez un certain nombre de déments précoces nous a permis de constater que le temps perdu de ce réflexe varie presque du simple au double, en sens inverse de l'intensité d'excitation, cette intensité dépendant elle-même de deux facteurs : d'abord de la force du choc de percussion, ensuite du tonus musculaire.

Il en résulte que, sur un sujet qui présente un parfait relâchement du quadriceps et un tonus constant, la force des secousses augmente régulièrement avec l'intensité du choc; le temps perdu diminue, depuis le seuil jusqu'à la contraction la plus intense, Au contraire, chez un sujet offrant des variations de tonicité (par exemple son attention se portant sur le membre examiné), un même choc détermine des secousses de force variable; mais alors le temps perdu varie en sens inverse de l'intensité des secousses.

Folies intermittentes et épilepsie.

M. Devay (de Lyon). — Les accès périodiques des folies intermittentes, de même que les troubles mentaux qui se substituent fréquemment aux accès épileptiques, présentent un caractère commun, celui de se répéter sous une forme presque invariable chez le même sujet.

Cette constatation admise, on peut se demander si, dans le cours d'une folie cyclique, il n'est pas possible de faire apparaître expérimentalement un ou plusieurs accès épileptiques qui remplaceraient l'accès d'agitation maniaque ou de dépression mélancolique. Or, chez 2 malades atteints de folie intermittente avec agitation maniaque, je suis parvenu, par l'intoxication belladonée, à faire naître le mal comitial, qui s'est superposé ou substitué à l'accès intermittent.

On peut donc établir entre ces deux affections un rapprochement qui permet d'interpréter les accès intermittents comme des équivalents de la crise épileptique. De même que celle-ci, celui-là est un phénomène de rappel dépendant d'intoxications variées.

Ereuthose émotive conjonctivale.

M. Manheimer-Gommès. — On connaît les cas de rougeur obsédante de la face; mais toute autre région vasculaire qui, pour une raison quelconque, réussit à occuper l'attention, peut être l'origine de troubles vasomoteurs amenant eux-mêmes des réactions émotionnelles comparables à l'éreuthose et à l'éreuthophobie.

J'ai observé récemment un homme de quarante-deux ans, qui a été opéré autrefois d'un strabisme interne, opération qui comporte une assez large plaie conjonctivale. Depuis cette intervention, chaque fois que cet homme entend parler de blessure, accidentelle ou opératoire, de l'œil, il présente immédiatement une hyperémie conjonctivale des deux yeux. Ce sujet offre, en outre, quelques phénomènes anxieux au moment de ses paroxysmes conjonctivaux, lesquels ne surviennent jamais qu'à l'occasion d'une émotion.

De la galvanisation cérébrale au point de vue thérapeutique.

M. Foveau de Courmelles (de Paris). — Les courants continus de faible intensité, appliqués au niveau du crâne, ont une action incontestable sur les centres nerveux. Cette action varie suivant le sens du courant et la nature des électrodes : ainsi, l'application du pôle positif sur le front et du pôle négatif à la nuque détermine de la sédation et, inversement, on observe de l'excitation lorsque l'électrode négative est placée sur le front et l'électrode positive sur la nuque.

La connaissance de ces effets physiologiques de la galvanisation cérébrale peut être utilisée pour le traitement de la neurasthénie et des maladies mentales.

Lésions cérébelleuses chez des tabétiques délirants.

M. Taty (de Lyon) relate, en son nom et au nom de M. Chaumier, les observations de 2 anciens tabétiques ayant présenté l'un du délire hypocondriaque, l'autre des idées de satisfaction, et chez lesquels l'examen histologique du cervelet a décelé, dans le premier cas, des altérations des cellules étoilées avec intégrité relative des cellules de Purkinje, et, dans le second, des lésions absolument inverses.

M. Dide communique, au nom de M. Sacquépée et au sien, les résultats d'expériences tendant à démontrer que le sérum des déments précoces, comparé à des sérums normaux ou pathologiques divers, contient moins d'alexine que ces derniers; ce fait lui paraît de nature à expliquer dans une certaine mesure la fréquence des septicémies chez ces malades.

D[r] G. Deny,
Médecin de la Salpêtrière.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE PARIS

Anthoine (Th.). Inspection de l'abdomen d'après la méthode de Sigaud (de Lyon); notions qu'elle fournit sur l'appareil digestif.

Astengo (A.). Rapport du poids des enfants à la durée de la grossesse.

Aubertin (Ch.). Les réactions sanguines dans les anémies graves symptomatiques et cryptogénétiques.

Beaujard (E.). La radiothérapie dans les leucémies (étude clinique et expérimentale).

Bohin (A.). De l'influence de l'ascite sur l'évolution de l'asystolie dans un cas de cardiopathie.

Clos (C.). La grippe à forme ganglionnaire des enfants.

David (J.). Du traitement des vaginites par le thigénol.

Delattre (G.). Accidents consécutifs à l'introduction des substances médicamenteuses dans le liquide céphalo-rachidien.

Dugast (E.). Recherches sur le mécanisme des complications cornéennes et le traitement de la diphtérie conjonctivale.

Dyvrande (J.). Contribution à l'étude des formes graves de la chorée de Sydenham.

Emanaud (G.). De la rétention placentaire méconnue.

Favre-Thomas (E.). Tuberculose et puerpéralité; essai critique des indications de l'avortement provoqué dans la tuberculose pulmonaire.

Gout (H.). Du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire; anapnométrie.

Gravelotte (E.). Contribution à l'étude des anomalies de développement de l'extrémité céphalique; un cas de cyclopie.

Guillet (G.). De la transmission de l'ophtalmie sympathique par la voie veineuse.

Habert (L.). Des convulsions dans la grippe chez l'enfant.

Henry (R.). Etude sur le mal perforant buccal tabétique.

Hérault (M.). Contribution à l'étude de la ponction lombaire dans les hémorrhagies du névraxe.

Horeau (R.). Les périviscérites et la tuberculose fibreuse généralisée aux séreuses.

Jacquot (A.). Les injections sous-cutanées d'eau de mer dans le traitement des maladies mentales.

Jesson (A.-G.). Nanisme et infantilisme cardiaques.

Josseran (P.). De la contagion dans le rhumatisme articulaire aigu.

Laguesse. Médication phosphorée; essais expérimentaux et cliniques d'une albumine phosphorée synthétique.

Leduc (J.). Des adénites géniennes.

Leroux (R.). La névrite spinale d'origine otique.

Liouville (J.). Etude sur l'anatomo-pathologie et le traitement de l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur.

Massey-Crosse (Mlle C.). De quelques éléments de pronostic dans l'infection puerpérale.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Blumenau (L.) et **Nielsen** (E.). Ueber die motorischen Zellgruppen der Halsanschwellung beim Menschen (auf Grund eines Amputationsfalles). (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juin.) — Sur les amas de cellules motrices du renflement cervical.

Cohn (T.). Die palpablen Gebilde des normalen menschlichen Körpers und deren methodische Palpation. 1. Teil : Obere Extremität. In-8°, 216 p. avec fig. Berlin.

Fränkel (L.). Vergleichend histologische Untersuchungen über das Vorkommen drüsiger Formationen im interstitiellen Eierstocksgewebe (glande interstitielle de l'ovaire). (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 3.)

Iossifov (G.). Y a-t-il des vaisseaux lymphatiques dans le placenta (en russe)? (*Roussk. Vratch*, 14 mai.)

Köhler (A.). Die normale und pathologische Anatomie des Hüftgelenks und Oberschenkels in röntgenographischer Darstellung. In-4°, 151 p. avec planches. Hambourg. — L'anatomie normale et pathologique de la hanche et de la cuisse d'après les données de la radiographie.

Lichtenberg (A.). Ueber die Herkunft der paraurethralen Gänge des Mannes. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 juin.) — Sur l'origine des conduits para-uréthraux de l'homme.

Piersol (G. A.). The pelvic fascia and its white lines. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juin.)

Poirier (P.) et **Charpy** (A.). Traité d'anatomie humaine. 2e éd. T. IV, 3e fasc. In-8°, p. 597 à 1127, avec fig.

Rebizzi (R.). Sulla struttura della retina. (*Riv. di patol. nervosa e mentale*, mai.)

Salaghi (S.). Delle anastomosi esistenti normalmente tra i vasi del grande e del piccolo circolo e del loro effetto meccanico sulla circolazione. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, juillet.)

Scheiber (S. H.). Der mittlere Wuchs der Menschen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 4 juin.) — La taille moyenne de l'homme.

Van Gehuchten (A.). L'état actuel de la doctrine des neurones. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 24 juin.)

Wallich (V.) et **Levaditi** (C.). Sur la nature des éléments cellulaires du colostrum et du lait chez la femme. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

PHYSIOLOGIE

Adamkiewicz (A.). Die wahren Zentren der Bewegung und der Akt des Willens. In-8°, 55 p. avec fig. Vienne. — Les centres moteurs et l'acte de la volonté.

Chandezon. Principes d'anatomie et de physiologie appliqués à l'étude du mouvement. In-8°, 149 p. avec fig.

Clément. Les capsules surrénales sécrètent-elles de l'acide formique? (*Lyon méd.*, 18 juin.)

Feilchenfeld (H.) et **Löser** (L.). Ueber die Beeinflussung einer Lichtempfindung durch eine andere gleichzeitige Lichtempfindung. (*Gräfes Arch. f. Ophthalmol.*, LX, 1.) — Influence réciproque de deux sensations lumineuses simultanées.

Fleck (G.). Zur Frage der inneren Sekretion von Ovarium und Placenta. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 juin.) — Sur la sécrétion interne de l'ovaire et du placenta.

Gibson (R. B.). The effects of transposition of the daily routine on the rhythm of temperature variation. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Heusner (L.). Die physiologische Bedeutung des grossen Netzes. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 juin.) — Rôle physiologique du grand épiploon.

Hofbauer (J.). Grundzüge einer Biologie der menschlichen Plazenta, mit besonderer Berücksichtigung der Fragen der fötalen Ernährung. In-8°, 175 p. avec fig. Vienne. — Biologie du placenta humain.

Hörmann (K.). Die intraabdominellen Druckverhältnisse; kritische und experimentelle Beiträge zu dieser Frage. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 3.) — De la pression intra-abdominale.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Asahi (K.). Ueber den anatomischen Befund einer durch 30 Jahre getragenen Alopecia totalis. (*Prag. med. Wochensch.*, 15 et 22 juin.) — Examen anatomique d'une calvitie totale datant de trente ans.

Ascarelli (A.). Le lesioni istologiche nell'avvelenamento per ossido di carbonio. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXV, 2.)

Di Pietro (S.). Il foro di Botallo nei vizii congeniti del cuore destro e in quelli del cuore sinistro; ricerche anatomo-fisiologiche sulla valvola del forame ovale. (*Clinica medica italiana*, janv.)

Doutrebente (G.) et **Marchand** (L.). Considérations sur l'anatomie pathologique de la démence précoce à propos d'un cas. (*Rev. neurol.*, 15 avril.)

Fabozzi (S.). Di due casi di tumori primarii delle capsule surrenali. (*Incurabili*, 1er-15 mai.)

Green (T. H.) et **Bosanquet** (W. C.). Introduction to pathology and morbid anatomy. 10e éd. In-8°, 644 p. Londres.

Herb (Isabella C.). Hypernephroma. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Homans (J.) et **Burrage** (T. J.). The normal and pathologic histology of the aortic and mitral valves. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 juin.)

Kölpin (O.). Hämatomyelie und Syringomyelie; ein Beitrag zur Pathogenese der Syringomyelie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 2.)

Krogh (M.). Et tilfælde af psammom i rygmarvens hinder. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juin.) — Psammome des méninges rachidiennes.

Laignel-Lavastine. Contribution à l'étude anatomo-pathologique du sympathique abdominal dans les infections. (*Rev. de méd.*, juin.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bosc (F.-J.). Essais de sérothérapie antisyphilitique. (*Montpellier méd.*, 2 avril.)

Cannon (W. B.) et **Blake** (J. B.). Gastro-enterostomy and pyloroplasty; an experimental study by means of the Röntgen rays. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Carnot (P.). Les greffes de muqueuses et la pathogénie des cavités kystiques. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mai.)

Cerri (G. G.). Azione degli alcali sulla tossina tetanica. (*Sperimentale*, LIX, 1.)

Charrin et **Le Play**. Réactions du tissu hépatique sous l'influence de divers parasites. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Fichera (G.). Sul circolo collaterale; contributo sperimentale alla fisio-patologia del sistema circolatorio. (*Sperimentale*, LIX, 1.)

Figari et **Marzagalli**. Ricerche sperimentali sul valore immunizzante e curativo del siero antibacillare. (*Riforma med.*, 11 mars.)

Foà (C.) et **Levi** (M.). L'azione dei nucleoproteidi e dei loro prodotti di scissione sulla coagulazione del sangue. (*Sperimentale*, LIX, 1.)

Hoke (E.). Ueber die aggressive und immunisatorische Wirkung von Staphylokokkenexsudaten. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, L, 3.)

Kokawa (J.). Studien über experimentelle Bacillen-Pneumonie. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, L, 3.)

Marchioni-Daddi (Carmela). Ricerche sul grasso nel pancreas. (*Sperimentale*, LIX, 1.)

Meyer (Willy). Transthoracic resection of the lower end of the œsophagus in a dog, under negative air-pressure in Sauerbruch's box. (*Ann. of Surgery*, mai.) — Résection transthoracique de l'extrémité inférieure de l'œsophage chez le chien à l'aide de la chambre pneumatique de Sauerbruch.

Paderi (C.). Sull'influenza dell'ossigeno nell'avvelenamento per tossina tetanica. (*Sperimentale*, LIX, 1.)

MÉDECINE

Pende (N.). Il sangue nell'osteomalacia. (*Policlinico*, partie méd., XII, 5.)

Petrov (V.). Un cas de pneumonie fibrineuse à issue favorable, avec phénomènes de leucopénie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 2 avril.)

Poggenpol (S.). Un cas d'endothéliome primitif de la plèvre (en russe). (*Roussk. Vratch*, 9 avril.)

Romkes (P. C.). Pijn bij ulcus ventriculi. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 27 mai.) — La douleur dans l'ulcère de l'estomac.

Rubens. Ein Fall von akutem umschriebenen Oedem mit orthostatischer Albuminurie. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 mai.)

Schupfer (F.). Sopra un caso di degenerazione amiloide dei reni e degli altri organi con ittero e senza albuminuria. (*Gazz. degli Osped.*, 14 mai.)

Sehrt (E.). Zur Frage der hepatogenen Lävulosurie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 5-6.)

Sforza (N.). Mediastino-pericardite callosa determinante stenosi della cava superiore. (*Policlinico*, 7 mai.)

Sicuriani (F.). Sopra un caso di anomalia congenita del cuore (imperfetta chiusura del setto interventricolare). (*Riforma med.*, 25 fév. et 4 mars.)

Signorelli (A.). L'ipofonesi scapolare e il segno della scapola. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXV, 1.)

Silvestri (T.). Sull'indipendenza funzionale ed anatomica dei lobi del fegato. (*Gazz. degli Osped.*, 7 mai.)

Spivak (C. D.). Aërophagia and flatulence. (*Med. Record*, 29 avril.)

Stein (L.). Ueber nervöse Magenstörungen und deren Behandlung. (*Wien. med. Wochensch.*, 6 mai.) — Sur les troubles nerveux de l'estomac et leur traitement.

Stevens (B. C.). Latent pneumothorax. (*Lancet*, 29 avril.)

Stoll (H. F.). A case of Hodgkin's disease with but slight enlargement of the superficial lymph glands. (*Med. Record*, 20 mai.)

Symes (J. O.). Rheumatic diseases. In-8°, 244 p. Londres.

Titov (N. D.). Ueber einige mechanische Momente der Thrombenbildung im Aneurysma der Aorta descendens und des Aortenbogens. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 22 et 29 avril.) — Sur certains facteurs mécaniques provoquant la thrombose dans l'anévrysme de l'aorte descendante et de la crosse aortique.

Trimble (A.). Tetany as a complication of gastric dilatation. (*Brit. Med. Journ.*, 6 mai.)

Valladao (M.). Cachexias de causa ainda obscura. (*Rev. med. de S. Paulo*, 30 avril.)

Vanysek (R.). Vyznam exspiracní retardace pulsu, orthostatické tachykardie Thomayerovy a Erbenova príznaku. (*Sbornik klinicky*, VI, 4.) — Signification du ralentissement expiratoire du pouls, de la tachycardie orthostatique et du signe d'Erben.

Weber (F. P.). A case of splenomegalic or myelopathic polycythæmia with true plethora and arterial hypertonia, without cyanosis. (*Lancet*, 13 mai.)

Wegele (C.). Zur Frage der atonischen Magenerweiterung. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 mai.) — Sur la dilatation atonique de l'estomac.

Zoppelli (U.). Sopra tre casi di anemia perniciosa progressiva ed uno di anemia sintomatica grave. (*Gazz. degli Osped.*, 14 mai.)

CHIRURGIE

Alessandri (R.). Tubercolo solitario della regione rolandica; craniectomia; asportazione; guarigione. (*Policlinico*, partie chir., XII, 6.)

Arnsperger (L.). Der günstigste Zeitpunkt der Appendicitisoperation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 juin.) — Sur l'opportunité de l'intervention dans l'appendicite.

Aronheim. Ein Fall von plötzlich auftretendem und Ileus verursachendem Fettbruch des Leistenkanals bei einer 83 jährigen Frau. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, juin.) — Adipocèle inguinale subite, suivie d'occlusion intestinale chez une femme de 83 ans.

Ashhurst (A. P. C.). Acute flexion (Jones's position) in the treatment of supracondylar fractures of the humerus. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Axenfeld (Th.). Krönleins Orbitalresektion zur Behandlung retrobulbärer Geschwülste und Entzündungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 juin.) — La résection de l'orbite d'après le procédé de Krönlein pour tumeur ou inflammation rétro-bulbaire.

Bakes (J.). Zur operativen Therapie des callösen Magengeschwürs. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 4.) — Sur le traitement chirurgical de l'ulcère calleux de l'estomac.

Baracz (R.). O doszczetnej operacyi przepukliny pepkowej. (*Przeglad lekarski*, 15, 22 et 29 avril.) — Cure radicale des hernies ombilicales.

Barbieri (V.). Su di un caso di ernia cruroproperitoneale strozzata. (*Gazz. degli Osped.*, 4 juin.) — Etranglement d'une hernie properitonéale.

Bargy (M.). Traumatismes graves multiples : fracture comminutive ouverte de l'extrémité supérieure du radius droit avec luxation du cubitus en arrière; fracture probable de l'étage antérieur de la base du crâne et atrophie optique consécutive; esquillotomie du coude; guérison. (*Limousin méd.*, mai.)

Barnsby (H.). Remarques sur 132 cas d'appendicite; statistique personnelle de six années (1898-1904). (*Arch. provinc. de chir.*, mars.)

Basile (G.). Pseudo-perforazioni intestinali nella febbre tifoide ed intervento chirurgico. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXV, 2.)

Bechi (G.). L'anestesia cocaino-adrenalinica in chirurgia generale. (*Gazz. degli Osped.*, 25 juin.)

Beck (Carl). The surgical importance of the cervical rib. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 juin.) — Les côtes cervicales au point de vue chirurgical.

Beckman (E.). Sjukdomars behandling med konstgjord hyperemi enligt Bier. (*Hygiea*, mai.) — Le traitement par la stase artificielle d'après le procédé de Bier.

Berndt (F.). Zur Gastrostomie nach Marwedel, nebst Bemerkungen über die Schlussfähigkeit von Magenfisteln. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 4.)

Biehler (W.) Przypadek ciala obcego w jamie oplucny. (*Kronika lekarska*, 15 mai.) — Corps étranger dans la cavité pleurale.

Bogolioubov (V.). Contribution à l'étude des hémorrhagies gastro-intestinales post-opératoires (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 5.)

Boppe. Observation de sarcome de la capsule surrénale droite ayant déterminé une hémorrhagie abondante et des symptômes simulant une appendicite; laparotomie; mort. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juin.)

Brüning (A.). Beitrag zur Frage der Choledochotomie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 4-6.)

Brunn (M. von). Ueber Divertikelbildung bei Appendicitis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 1.) — Diverticules et appendicite.

Bunge. Die Talma-Drummond'sche Operation; ihre Indikation, Technik und die bisher erzielten Resultate. In-8°, 118 p. Iéna.

Burgos (C.). Ferimento do ventre por bala; laparotomia; cura. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 juin.) — Plaie de l'abdomen par coup de feu; laparotomie; guérison.

Burr (C. W.). A case of fracture of the fifth cervical vertebra with partial recovery. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, avril.)

Cackovic (M. von). Ueber hartnäckigen Gallenrückfluss nach Gastroenterostomie bedingt durch offenen Pylorus. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 4.) — Reflux persistant de la bile, dû à la béance du pylore chez un sujet ayant subi la gastro-entérostomie.

Cannaday (J. E.). Gunshot wounds of the abdomen. (*Med. Record*, 10 juin.) — Plaies de l'abdomen par coup de feu.

Cerné (A.). Traitement de l'empyème chronique par le siphon de Revilliod. (*Normandie méd.*, 1er et 15 juin.)

Cheney (W. F.). 2 unusual cases of gastric cancer. (*Med. News*, 27 mai.)

Chénieux et **Jouhaud.** Tumeur du nerf sciatique (fibro-sarcome développé aux dépens du nerf et des tissus voisins); extirpation; guérison; étude hématologique. (*Limousin méd.*, mai.)

NOUVELLES

FRANCE

Il existe actuellement dans un des quartiers centraux de Paris un petit foyer de variole : pendant les deux dernières semaines on y a constaté la moitié des cas et des décès relevés, pour cette affection, dans l'ensemble de la ville. La variole est d'ailleurs une maladie qui sévit toujours quelque peu à Paris; c'est ainsi qu'en 1902 on a compté 88 décès, 22 en 1903, 66 en 1904, et dans les trente premières semaines de 1905 la statistique officielle donne déjà 58 décès varioliques. Il faut reconnaître que de pareils chiffres sont beaucoup trop élevés, bien qu'il y ait, comme nous l'avons indiqué jadis, d'autres villes de France encore plus mal partagées sous ce rapport : témoin Marseille où en 1902 on a compté 362 décès par variole, ce qui représente la proportion la plus forte du monde entier.

Si, au lieu de prendre chaque ville isolément, nous réunissons les décès varioliques de 71 villes de notre pays comptant 30,000 habitants et plus, nous arrivons à un total de 2,204, soit une proportion de 27.3 pour 100,000 habitants; il n'y a guère que l'Espagne et la Russie qui aient un taux supérieur : dans la première, la proportion est pour 49 villes de 54.1, et dans la seconde, pour l'empire entier, de 56.7, pour 100,000.

Comparons maintenant la ville de Paris, pour cette même année 1902, à d'autres villes étrangères : 88 décès pour notre capitale représentent une proportion de 3.2 pour 100,000 habitants, alors que Berlin, Breslau, Munich, Dresde, Stuttgart, Hambourg, Vienne, Zurich, Edimbourg, la Haye, Copenhague, Stockholm, Christiania, Bucarest, etc., *n'ont pas eu un seul décès*.

Notre situation sous ce rapport n'aurait pas été inférieure si nous avions pris, pour terme de comparaison, la ville de Lyon qui, elle, n'a pas eu non plus de décès par variole en 1902. Donc, même en France, il existe des villes, et des plus populeuses, dont la situation sanitaire, en ce qui concerne la variole, ne le cède en rien aux villes étrangères sus-indiquées.

Si l'on met en regard la proportion des décès par variole de la ville de Paris considérée isolément avec celle de quelques pays entiers, on voit que contre 3.2 pour 100,000 habitants, l'empire allemand n'a qu'un taux de 0.02, l'Irlande de 0.02, la Suisse de 0.1, la Hollande de 0.1, l'Ecosse de 1.8; enfin la Norvège n'a pas eu un seul décès. Nous pourrions ajouter que dans 75 villes de Danemark et dans 92 villes de Suède, c'est-à-dire dans la presque totalité de ces deux monarchies, il n'y a pas eu non plus de décès. La proportion du royaume entier d'Italie n'est que de 7.3, soit environ le double de celle de Paris et 10 fois moins que celle de la ville de Marseille toute seule. L'Angleterre et le pays de Galles sont dans le même cas (7.5); la Belgique arrive après avec un taux de 9.05.

Il nous a paru opportun de mettre ces chiffres sous les yeux de nos lecteurs; ils montrent, malheureusement, à quel degré inférieur de l'échelle se trouve la France dans la lutte contre la variole; mais on ne peut pas vouloir plus longtemps cacher le mal; d'ailleurs, l'étranger n'ignore point la vérité, les faits dont il vient d'être question se trouvent même déjà consignés dans des publications officielles.

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

D'après des renseignements qui nous sont transmis de la Nouvelle-Orléans, la fièvre jaune a fait son apparition en Louisiane le 21 juillet dernier, et, à l'heure actuelle, le nombre des cas diagnostiqués se monterait déjà à 500 environ, celui des décès atteignant une centaine.

L'épidémie paraît avoir éclaté parmi les Italiens habitant le quartier créole de la Nouvelle-Orléans; puis elle s'est successivement étendue au reste de la Louisiane. En dépit des mesures prophylactiques rigoureuses qui ont été prises immédiatement — désinfection complète de tous les immeubles situés dans les dix-huit pâtés de maisons considérés comme contaminés, fermeture des citernes par des grillages, destruction des moustiques —, une véritable panique s'est emparée des habitants, ce dont il n'y a guère lieu de s'étonner si l'on se souvient des ravages exercés en Louisiane par la fièvre jaune au cours des épidémies antérieures. Ainsi, en effet, que notre collaborateur, M. Munch, l'exposait, il y a deux ans, à la suite de l'enquête qu'il fit sur place, il ne faut pas oublier qu'autant il est facile d'arrêter dans le Nord l'extension des maladies essentiellement tropicales, autant il est difficile de s'en rendre maître dans le Sud (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 267-268).

Mais ce n'est pas seulement en Louisiane que l'invasion du fléau a causé un véritable affolement : afin de se protéger contre l'émigration en masse des Louisianais, les Etats limitrophes : Texas, Alabama, Floride et Mississipi, n'ont pas manqué d'édicter des mesures quarantenaires très sévères contre la Louisiane; voire même que l'Etat du Mississipi a cru devoir mobiliser dans ce but deux compagnies de milice. Celles-ci ayant pénétré sur le territoire de la Louisiane, le gouverneur de cet Etat s'empressa d'envoyer de la milice urbaine à la rencontre des troupes du Mississipi, et, les esprits étant très échauffés de part et d'autre, on redoute que les partis en présence n'en viennent aux mains et qu'il n'y ait effusion de sang. Le XXe siècle nous donnerait-il le spectacle de guerres sanitaires?

Quoi qu'il en soit, les renseignements qui nous sont parvenus sur l'épidémie de la Louisiane n'indiquent pas d'une façon formelle d'où la maladie aurait été importée; mais il y a tout lieu de croire qu'elle a été introduite à la Nouvelle-Orléans par un des nombreux bateaux en provenance d'un port du golfe du Mexique : l'île de Cuba ne paraît pas en cause cette fois-ci, mais on cite notamment la ville de Belize, avec laquelle la Nouvelle-Orléans entretient un commerce actif et qui déjà antérieurement a été le foyer contaminateur; par contre, il n'est pas établi si la zone du canal de Panama, où la fièvre jaune régnait dès le mois de juin, doit également être incriminée.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De l'action des rayons de Röntgen sur les organes profonds.

I

On a reconnu depuis longtemps que les rayons de Röntgen, émis par une ampoule dure, peuvent agir sur les organes profonds : M. Walsh (1), un des premiers, a vu des malades qui avaient été longtemps exposés à ces rayons éprouver les effets d'une espèce de coup de soleil (céphalée, vertiges, fièvre, vomissements, etc.). Dans les mêmes conditions, MM. Seguy et Quénisset (2) ont constaté sur eux-mêmes des palpitations. M. Destot (3) a étudié avec soin les modifications du pouls, suivant que l'ampoule est actionnée par une machine statique ou par le courant induit. M. Oudin, MM. Barthélemy et Darier, etc., ont également insisté sur divers troubles viscéraux consécutifs aux séances de radioscopie.

Mais des palpitations, des vertiges et des vomissements sont, chez les névropathes, des troubles d'une telle banalité qu'on ne s'en est guère préoccupé. L'attention médicale fut, au contraire, éveillée par une publication de M. Albers-Schönberg, annonçant que des cobayes soumis à l'action des rayons X pendant un certain nombre d'heures étaient devenus stériles (4). Les faits avancés par cet auteur ont été confirmés ultérieurement par M. Frieben (5) qui, chez des cobayes, constata non seulement l'atrophie macroscopique des testicules, mais aussi la destruction de l'épithélium des canalicules. Plus récemment, MM. Bergonié et Tribondeau (6) ont repris cette étude histologique, et ont noté que les lésions offraient les caractères de celles qu'ont minutieusement décrites M. Regaud et M. Tournade dans le testicule dont on a oblitéré le canal excréteur. M. Seldin (7) a vu aussi l'azoospermie.

Tous les travaux précédents ont trait à l'action des rayons X sur les organes mâles. Cette année même, M. Halberstädter (8) a observé la même action destructive des rayons de Röntgen sur les follicules de Graaf, dont l'atrophie serait, d'après lui, complète après 15 séances quotidiennes. Presque en même temps, MM. Bergonié, Tribondeau et Récamier (9) ont publié des résultats identiques, obtenus également chez des lapins.

D'autre part, il y a deux ans, j'ai observé, avec M. Boulud, que des cobayes adultes perdaient beaucoup de leur poids après quelques séances de radiothérapie, et finissaient même par succomber : la mort n'était pas expliquée d'une manière suffisante par la perte de poids, mais le glycogène hépatique avait presque complètement disparu (1). Chez des chiens, nous avons trouvé que le pouvoir glycolytique du sang augmentait d'une manière très sensible dans les heures consécutives à une séance un peu longue. J'ai aussi constaté — ce qui confirmait des observations antérieures de M. Destot — que divers troubles présentés par ces animaux (oppression, accélération du cœur, refus de nourriture, etc.) étaient fort atténués, si on protégeait ceux-ci du champ électrique oscillant par l'interposition d'une plaque d'aluminium.

L'année suivante, j'ai étudié d'une manière spéciale les effets des rayons de Röntgen sur le corps thyroïde :

Des recherches précédentes m'avaient appris que, dans l'urine rendue peu d'heures après l'ingestion de corps thyroïde, il existe une *diminution* de l'acide phosphorique par rapport à l'urée, puis, dans l'urine émise consécutivement, une *augmentation* de ce principe. Or, si au lieu de faire ingérer à un chien du corps thyroïde, on expose le cou de cet animal aux rayons de Röntgen pendant trois quarts d'heure, le reste du corps étant protégé par une plaque de plomb, on observe la même modification du rapport de l'acide phosphorique à l'urée (2). Si, au contraire, on protège le cou par la plaque de plomb, en n'exposant aux rayons que la tête, cette modification n'a pas lieu, bien que le chien, dans ce cas, éprouve certains effets des rayons, notamment une élévation de la température centrale (3).

Ces expériences ont démontré qu'il était possible d'exciter, avec les rayons X, la fonction d'une glande. Elles ont été suivies par celles de MM. Buschke et Schmidt (4), qui ont expérimenté sur le corps thyroïde, le foie, les reins, les testicules et le pancréas, sans obtenir d'ailleurs des résultats bien nets. A noter cependant que, d'après eux, les reins, si la radiation a été énergique, présentent des lésions très accentuées. Ils ont, de plus, observé chez le chat qu'après quelques séances la sécrétion sudorale de la patte fait défaut.

Le système nerveux central semble très susceptible à l'action des rayons X, mais il est assez protégé par les os pour être peu influencé. La rétine, au contraire, qui n'est protégée que par le cristallin, peut être sérieusement affectée (5).

II

Passons aux organes hématopoiétiques et au sang :

M. Heineke, à l'autopsie de cobayes morts quelques jours après une exposition un peu prolongée aux rayons de Röntgen, a trouvé la rate petite, et souvent de couleur brune (1). Chez de jeunes lapins, dans les mêmes conditions, il a également observé une diminution de volume de la rate. L'examen microscopique de cet organe, des ganglions lymphatiques et des follicules clos de l'intestin, chez les cobayes et les lapins, lui a révélé que, dans la rate, il y a destruction d'une grande partie des cellules — principalement des lymphocytes, puis des leucocytes polynucléaires — et augmentation du pigment; dans les ganglions et l'intestin, nombre de lymphocytes sont également détruits, à l'intérieur et à l'extérieur des follicules.

MM. Helber et Linser (2) ont étudié la leucopénie qui suit l'exposition d'un animal sain aux rayons X. Ils ont noté que les lymphocytes sont particulièrement affectés (3). D'après eux, les globules blancs se détruisent non seulement dans les organes hématopoiétiques, mais aussi dans les vaisseaux. Les globules rouges, les plaquettes et l'hémoglobine ne ressentent au contraire que très peu les effets des rayons de Röntgen. Si les reins sont lésés — ainsi que le prouve l'hématurie qui n'est pas rare après de longues séances —, ils ne le sont que d'une manière indirecte.

MM. Bärmann et Linser (4) avaient constaté la résistance des globules rouges à l'action des rayons X. Elle a été confirmée par MM. Milchner et Mosse (5).

Ces expérimentateurs ont signalé l'action des rayons X sur la moelle des os : ils ont exposé une des pattes d'un lapin à l'action d'une ampoule dure pendant plus de trois heures, l'autre patte étant protégée par une plaque de plomb. Au bout de ce temps, les éléments lymphoïdes et myéloïdes de la moelle osseuse de la patte exposée aux rayons présentaient les altérations les plus graves, tandis que les cellules renfermant de l'hémoglobine étaient intactes. Cette expérience a été répétée avec les mêmes résultats chez trois lapins; chez un quatrième, exposé pendant cinquante minutes seulement, les lésions étaient très faibles.

Il est assurément fort bizarre qu'à travers la substance des os, si peu pénétrable aux rayons de Röntgen, ceux-ci puissent exercer sur la moelle osseuse une influence marquée. En tout cas, en admettant que cette action soit bien réelle, on ne peut la considérer comme durable, puisque, peu de semaines après la destruction des cellules intramédullaires, la régénération de ces dernières est complète (6).

Il importe peu, d'ailleurs, que les globules blancs soient lésés dans les organes hémato-

---

(1) D. Walsh. Deep tissue traumatism from Röntgen ray exposure. (*Brit. Med. Journ.*, 31 juillet 1897.)

(2) G. Seguy et F. Quénisset. Action des rayons de Röntgen sur le cœur. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 5 avril 1897, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 138.)

(3) Destot. Troubles physiologiques et trophiques dus à l'action des radiations de Röntgen. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 17 mai 1897, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 199.)

(4) Albers-Schönberg. Ueber eine bisher unbekannte Wirkung der Röntgenstrahlen auf den Organismus der Tiere. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 oct. 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 364.)

(5) Frieben. Hodenveränderungen bei Tieren nach Röntgenbestrahlungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 déc. 1903.)

(6) J. Bergonié et L. Tribondeau. Action des rayons X sur le testicule du rat blanc. (*Réunion biol. de Bordeaux*, séances des 8 nov. et 6 déc. 1904 et du 17 janv. 1905, *in Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1904, p. 400 et 592, et 1905, p. 154.) — Action des rayons X sur les spermatozoïdes de l'homme. (*Réunion biol. de Bordeaux*, séance du 6 déc. 1904, *in Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1904, p. 595.) — Aspermatogenèse expérimentale après une seule exposition aux rayons X. (*Réunion biol. de Bordeaux*, séance du 7 fév. 1905, *in Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1905, p. 282.) — Lésions du testicule obtenues avec des doses croissantes de rayons X; comment se produisent-elles? (*Réunion biol. de Bordeaux*, séance du 6 juin 1905, *in Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1905, p. 1029.)

(7) Seldin. Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf innere Organe und den Gesamtorganismus der Tiere. (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, 1904, VII, 6, p. 322.)

(8) L. Halberstädter. Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Ovarien. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 janv. 1905, et *Semaine Médicale*, 1905, p. 80.)

(9) J. Bergonié, L. Tribondeau et D. Récamier. Action des rayons X sur l'ovaire de la lapine. (*Réunion biol. de Bordeaux*, séance du 7 fév. 1905, *in Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1905, p. 284, et *Semaine Médicale*, 1905, p. 80 [en note].)

(1) R. Lépine et Boulud. Action des rayons X sur la nutrition. (*Soc. nation. de méd. de Lyon*, séance du 30 nov. 1903, *in Lyon méd.*, 13 déc. 1903.)

(2) R. Lépine. Excitation fonctionnelle du corps thyroïde au moyen des rayons X. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 23 janv. 1904, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 28.)

(3) Les résultats les plus nets ont été obtenus sur une chienne dressée à être cathétérisée trois fois par jour, et dont l'urination normale était, en conséquence, bien connue.

Tout récemment, M. C. Quadrone (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 27 mai 1905) a signalé des modifications quantitatives de l'acide phosphorique urinaire, après l'exposition de cobayes aux rayons X; mais les cobayes, d'après mon observation personnelle, ne se prêtent pas à l'étude de l'excrétion de l'acide phosphorique urinaire, parce que, chez eux, cette excrétion est excessivement irrégulière à l'état normal, une grande quantité de l'acide phosphorique étant éliminée avec les fèces.

(4) A. Buschke et H. E. Schmidt. Ueber die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Drüsen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 mars 1905.)

(5) Voir, à ce sujet : A. Birch-Hirschfeld. Die Nervenzellen der Netzhaut unter physiologischen Verhältnissen, mit besonderer Berücksichtigung der Blendung (Finsen, Röntgen, Radium). (*Münch. med. Wochensch.*, 5 juillet 1904.)

(1) H. Heineke. Ueber die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf innere Organe. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 mai 1904, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 255.) — Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf innere Organe. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1904, XIV, 1-2.) — Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Knochenmark, nebst einigen Bemerkungen über die Röntgentherapie der Leukämie und Pseudoleukämie und des Sarkoms. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1905, LXXVIII, 1-3, p. 196.)

(2) E. Helber et P. Linser. Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 avril 1905, et *Semaine Médicale*, 1905, p. 186.)

(3) Voir, sur le même sujet, les communications concordantes de MM. Lefmann, His, Mosse, au Congrès allemand de médecine interne de cette année. (*Semaine Médicale*, 1905, p. 186.)

(4) G. Bärmann et P. Linser. Ueber die locale und allgemeine Wirkung der Röntgenstrahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 juin 1904.)

(5) R. Milchner et M. Mosse. Zur Frage der Behandlung der Blutkrankheiten mit Röntgenstrahlen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 déc. 1904.)

(6) H. Heineke. (*Verhandlungen des 22. Kongresses für innere Medicin*, Wiesbaden, 1905, et *Semaine Médicale*, 1905, p. 186.)

poiétiques ou dans le torrent circulatoire. Il est incontestable qu'ils le sont. D'après M. Quadrone (1), les animaux soumis préalablement aux rayons X résistent mieux à certaines infections (2), et c'est à l'accroissement des cytases issues des globules blancs qu'ils devraient cette immunité relative.

Il est possible que la lésion élective des leucocytes soit due à l'abondance de la lécithine dans ces derniers; selon M. Schwarz (3), les rayons de Becquerel auraient une action spéciale sur la lécithine, et M. Werner a vu que la modification que les rayons X produisent dans cette substance a pour résultat de la rendre nocive pour les tissus (4). En faisant chez des cobayes une injection intradermique de lécithine ainsi altérée, il a produit des ulcérations rebelles analogues à celles que provoquent les rayons de Röntgen eux-mêmes (5).

Les résultats précédents ont été *en partie* confirmés par MM. Hoffmann et Schulz (6).

De leur côté, M. Werner (7) et M. Schlachta (8) ont montré que la lécithine ozonisée exerce sur la peau une action identique à celle que produit la lécithine qui a été exposée aux rayons X. Comme, en l'absence d'oxygène, la lécithine n'est pas altérée par ces derniers, M. Schlachta est conduit à admettre que l'action des rayons sur elle consiste dans un processus d'oxydation (9).

L'albumine est aussi altérée par les rayons X : MM. Bordier et Galimard (10) ont constaté que l'albumine de l'œuf dans lequel la formation embryonnaire a été empêchée par ces rayons, est moins visqueuse que le blanc d'œuf ordinaire, plus difficilement coagulable par la chaleur et moins attaquable par une digestion artificielle.

III

En résumé, les rayons de Röntgen, émis par une ampoule dure, pénètrent certainement plus profondément que ne le pensaient les premiers observateurs; aussi comprend-on qu'on ait cherché, dans certains cas, à utiliser leur action dans un but thérapeutique. Il importe, d'ailleurs, de savoir que les effets des rayons X sont diamétralement opposés, suivant que leur action a été plus ou moins prolongée : il résulte en effet de nos expériences (1) que dans une première période ils excitent et, dans une seconde, diminuent et annihilent l'activité des tissus et les actions diastasiques (2). A cet égard, ils ne se comportent pas autrement que les rayons caloriques et, d'une manière générale, que la plupart des agents thérapeutiques.

Nous ne parlerons pas des tumeurs malignes profondes qui, jusqu'ici, ne paraissent pas avoir été traitées avec succès par la radiothérapie; mais beaucoup de leucémies ont été soumises à ce moyen thérapeutique, et quelques faits ont suscité de grandes espérances. Le premier a été le cas célèbre de M. Senn (3), bientôt suivi de plusieurs autres qui paraissaient tout d'abord encourageants; mais une observation plus prolongée a démontré qu'à l'exception de 4 ou 5 faits, pour lesquels la guérison est douteuse, on n'a guère obtenu que des amendements temporaires, et que, peu après la cessation du traitement, la leucémie a repris sa marche fatale (4).

Cette conclusion est fondée sur l'analyse de 100 cas environ comprenant toutes les espèces de leucémie et de pseudo-leucémies, ces dernières formant environ le tiers des observations. Parmi les faits récents les mieux étudiés, je citerai ceux de M. le professeur Bozzolo (5), de MM. Barjon, Cade et Nogier (6), Schleip et Hildebrandt (7), Aubertin et Beaujard (8), Ledingham et McKerron (9), Lommel (10), Melland (11).

Plusieurs observateurs ont noté chez leurs malades, comme premier effet des rayons X, une augmentation du nombre des globules blancs. Dans le cas de M. Guerra (12), elle ne durait que six à sept heures après chaque séance. D'après MM. Schleip et Hildebrandt, cette leucocytose ne se produit qu'après la première séance. Il me paraît naturel de l'expliquer par l'excitation initiale que détermine la première phase d'action des rayons X.

MM. Aubertin et Beaujard pensent que cette augmentation des globules blancs ne se voit que dans la leucémie myélogène et qu'au contraire, dans la leucémie lymphatique, la diminution du nombre des leucocytes serait régulièrement progressive, sans augmentation préalable.

Quoi qu'il en soit, et bien que l'on ait, dans plusieurs cas, réduit pendant un certain temps *des neuf dixièmes* le nombre des leucocytes, il reste encore douteux qu'on ait *guéri* radicalement une leucémie (1). Ce résultat ne saurait nous étonner beaucoup : les rayons X ne paraissent pas influencer directement la *cause* de la leucémie, ils n'agissent que sur les globules blancs. On n'obtient donc avec eux, dans les faits les plus favorables, que l'amendement d'un symptôme. Ce n'est pas un motif pour en refuser le bénéfice au malade : dans nombre de cas, le médecin ne fait qu'une médication symptomatique et en retire d'heureux résultats. Supprimer le symptôme, c'est, souvent, tenir la cause en échec.

On a essayé de traiter le goitre par l'exposition du cou aux rayons de Röntgen (2). Cette tentative est rationnelle, puisque l'on sait par mes recherches qu'on peut directement influencer le corps thyroïde au moyen des rayons X. On a également employé ceux-ci, au moins comme traitement adjuvant, dans la maladie de Basedow (3), dans l'hypertrophie de la prostate (4) et dans les tumeurs fibreuses de l'utérus (5). L'avenir dira si ces essais ont réellement quelque utilité.

Dans un cas d'anachlorhydrie, j'ai conseillé la radiation de l'épigastre; mais il s'agissait d'un malade de la ville, et je ne l'ai pu suivre d'assez près pour parler en connaissance de cause des effets du traitement.

Bien que l'anorexie hystérique soit d'origine cérébrale, il n'est peut-être pas tout à fait irrationnel de tenter de la traiter par le même moyen qui, en tout cas, aurait l'avantage de suggestionner le patient d'une manière favorable.

Quelques cas de névralgie paraissent avoir été amendés et même guéris par les rayons X (6). On sait qu'on y a eu recours dans le traitement de l'épilepsie (7).

---

(1) C. QUADRONE. Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkungen der Röntgenstrahlen. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 27 mai 1905, p. 251.)

(2) Les cobayes résisteraient mieux à l'infection par le bacille d'Eberth et par le diplocoque, et les souris à l'infection par le diplocoque et le tétragène.

(3) G. SCHWARZ. Ueber die Wirkung der Radiumstrahlen. (*Arch. f. die gesamte Physiol.*, 1903, C, p. 532.)

(4) R. WERNER. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Radiumstrahlen auf tierische Gewebe und die Rolle des Lecithins bei derselben. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 29 oct. 1904, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 341.) — Zur Kenntnis und Verwertung der Rolle des Lecithins bei der biologischen Wirkung der Radium- und Röntgenstrahlen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 janv. 1905.)

(5) Il est à noter que la lécithine soumise à l'action de ces rayons pendant vingt à trente minutes, à 6 reprises, n'est que fort peu modifiée dans son apparence extérieure (Voir le deuxième article de M. Werner).

(6) R. S. HOFFMANN et O. E. SCHULZ. Zur Wirkungsweise des röntgenbestrahlten Lecithins auf den tierischen Organismus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 fév. 1905, p. 114.)

(7) R. WERNER. Zur chemischen Imitation der biologischen Strahlenwirkung. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 avril 1905.)

(8) J. SCHLACHTA. Zur chemischen Imitation der biologischen Strahlenwirkung. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 mai 1905, et *Semaine Médicale*, 1905, p. 261.) — Cet auteur fait remarquer que l'odeur de la lécithine ozonisée est plus forte que celle de la lécithine exposée aux rayons X. Il y a donc dans l'action des deux agents au moins une différence d'intensité.

(9) Cet auteur pense qu'aux dépens de la lécithine il se forme de la choline, et que cette dernière agit, en partie, comme base; car, en injectant des alcalis dans le derme, il a produit des lésions analogues à celles que font naître les rayons X. Voir son dernier article (*Münch. med. Wochensch.*, 27 juin 1905).

(10) BORDIER et J. GALIMARD. Action des rayons X sur le développement de l'embryon du poulet. (*Soc. méd. des hôp. de Lyon*, séance du 6 juin 1905, *in Lyon méd.*, 18 juin 1905, p. 1368.)

(1) R. LÉPINE et BOULUD. Action des rayons X sur les tissus animaux. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 11 janv. 1904, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 19.)

(2) M. C. Quadrone, dans un deuxième article (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 17 juin 1905), insiste beaucoup sur le danger qu'on fait courir au sujet par une radio-action trop énergique.

(3) N. SENN. Case of splenomedullary leukæmia successfully treated by the use of the Röntgen ray. (*Med. Record*, 22 août 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 423.)

(4) Aussi nous paraît-il inutile de transcrire la bibliographie des cas de leucémie jusqu'ici traités. La plupart (environ 80) sont cités dans une bonne revue critique de M. Schirmer (*Centr.-Bl. f. die Grenzgebiete der Med. u. Chir.*, 1905, n[os] 1, 2 et 3; ce dernier numéro a un appendice). On trouvera nombre d'autres observations dans les articles de M. Wendel (*Münch. med. Wochensch.*, 24 janv. 1905, p. 159; ce numéro renferme 3 autres articles sur le même sujet), de M. P. Krause (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, 1905, VIII, 3, p. 209).

(5) C. BOZZOLO. Sull'azione dei raggi X sugli organi leucopoietici. (*Giorn. dell' Accad. di med. di Torino*, 1904, LXVII, 7-8, p. 401.)

(6) BARJON, CADE et NOGIER. Un cas de leucémie traité par la radiothérapie. (*Soc. nation. de méd. de Lyon*, séance du 4 juillet 1904, *in Lyon méd.*, 24 juillet 1904.)

(7) K. SCHLEIP et W. HILDEBRANDT. Beitrag zur Behandlung der myeloiden Leukämie mit Röntgenstrahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 fév. 1905.)

(8) CH. AUBERTIN et E. BEAUJARD. Les rayons X et les variations leucocytaires des leucémies. (*Arch. gén. de méd.*, 7 mars 1905, p. 577.)
BEAUJARD. Deux cas de leucémie, l'un de leucémie myéloïde et l'autre de leucémie lymphatique, traités avec succès par la radiothérapie. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 9 juin 1905.) — Voir, dans la même séance, la communication de M. Béclère (*Semaine Médicale*, 1905, p. 284).

(9) J. C. G. LEDINGHAM et R. G. MCKERRON. The X-ray treatment of leukemia. (*Lancet*, 14 janv. 1905.)

(10) F. LOMMEL. Zur Behandlung der Leukämie und Pseudoleukämie. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 mai 1905.)

(11) CH. MELLAND. Leucocythæmia treated by the X-rays, with a record of four cases. (*Brit. Med. Journ.*, 1[er] juillet 1905.)

(12) Z. GUERRA. La cura dei raggi Röntgen nella leucemia. (*Gazz. degli Osped.*, 7 août 1904.)

(1) Voir la discussion sur ce sujet qui a eu lieu au dernier Congrès allemand de médecine interne. (*Semaine Médicale*, 1905, p. 186.)

(2) L. GÖRL. Ein neues Feld für die Radiotherapie (Strumenbehandlung). (*Münch. med. Wochensch.*, 16 mai 1905, et *Semaine Médicale*, 1905, p. 246.)
STEGMANN. Die Behandlung der Struma mit Röntgenstrahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 juin 1905, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 321.)

(3) CARL BECK. Ueber die Kombination von Excisions- und Röntgentherapie bei Morbus Basedowii. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 mai 1905, et *Semaine Médicale*, 1905, p. 340.)

(4) MOSZKOWICZ. Ueber Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen. (*Gesellschaft der Aerzte in Wien*, séance du 31 mars 1905, et *Semaine Médicale*, 1905, p. 162.)
C. CARABELLI et C. LURASCHI. La cura della ipertrofia della prostata coi raggi X. (*Gazz. degli Osped.*, 18 juin 1905, et *Semaine Médicale*, 1905, p. 305.)
L. MOSZKOWICZ et R. STEGMANN. Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 juillet 1905.)

(5) FOVEAU DE COURMELLES. Action atrophique glandulaire des rayons de Röntgen. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 27 fév. 1905, et *Semaine Médicale*, 1905, p. 116.)

(6) F. H. WILLIAMS. The use of the X-rays in the treatment of diseases of the skin, certain forms of cancer, of the glandular system and other diseases, and as a means of relieving pain. (*Med. News*, 3 oct. 1903, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 348.)
CH. L. LEONARD. The treatment of some neuralgias by the Röntgen ray. (*Amer. Medicine*, 8 juillet 1905, et *Semaine Médicale*, 1905, p. 389.)

(7) J. H. BRANTH. Röntgen rays in the treatment of cancerous and skin affections, and epilepsy, and in diagnosis. (*New York Med. Journ.*, 11 juin 1904, et *Semaine Médicale*, 1904, p. 96.)
S. G. TRACY. High frequency, high potential currents, and X radiations in the treatment of epilepsy. (*New York Med. Journ.*, 4 mars 1905, et *Semaine Médicale*, 1905, p. 126.)

J'ai essayé la radiothérapie dans des néphrites; je n'ai pu constater aucun résultat, ce qui n'est pas surprenant, vu l'épaisseur des parties molles qui recouvrent le rein. J'avais d'ailleurs préalablement recherché si les rayons de Röntgen modifient la sécrétion urinaire d'un animal bien portant, et n'avais pu me convaincre qu'ils eussent une influence nette. Mais on a vu plus haut que, d'après MM. Buschke et Schmidt, ils peuvent amener des lésions rénales, mes expériences sont donc à reprendre.

Enfin, si les faits avancés par M. Quadrone étaient confirmés, on pourrait espérer augmenter par la radiothérapie la résistance de l'organisme vis-à-vis de certaines infections. Mais, avant de nous bercer de cet espoir, il faut attendre que cette vue passe dans le domaine de la clinique.

R. LÉPINE,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

L'épidémie de rubéole à Genève (janvier-avril 1905), par M. H. Audeoud.

On a constaté l'hiver dernier d'assez nombreux cas de rubéole sur différents points de la France : notamment à Paris, d'après M. Guinon, et à Marseille, d'après M. d'Astros, il a régné une épidémie assez forte, qui à l'heure actuelle n'est pas encore éteinte dans cette dernière ville. La Suisse a également payé son tribut à la maladie : en dehors d'un certain nombre d'atteintes sporadiques, des épidémies ont été signalées à Lausanne et à Genève. C'est à la relation de celle qui a sévi dans cette dernière ville qu'est consacré le présent mémoire.

En réunissant tous les faits de rubéole dont il a pu avoir connaissance, l'auteur arrive à un total de 312 cas. Ce chiffre ne représente d'ailleurs vraisemblablement qu'une partie de la réalité : l'affection évoluant le plus souvent avec les allures d'une simple indisposition, nombre de malades échappent à l'observation des médecins. A ce point de vue, il est fort instructif de mettre en regard les résultats d'une enquête faite dans les diverses écoles de Genève : alors, en effet, que les écoles communales, sur une population de 4,078 élèves, n'accusaient que 56 cas de rubéole — soit une morbidité de 1.4 % —, les institutions privées, où la santé des élèves est plus étroitement surveillée par les parents, ont eu 116 malades sur 401 élèves, ce qui correspond à une morbidité de 29 %.

L'épidémie a principalement atteint la seconde enfance et l'adolescence, mais les adultes, lorsqu'ils étaient touchés, l'ont toujours été beaucoup plus gravement que les sujets jeunes.

La contagiosité de la maladie, dont la durée était en moyenne de cinq ou six jours, a présenté son maximum avant l'éruption; aussi l'isolement a-t-il paru le plus souvent inefficace au point de vue prophylactique.

Dans 6 cas, sur 64 que M. Audeoud a eu l'occasion de suivre personnellement, il a été possible de déterminer avec précision la durée de l'incubation : celle-ci a été 4 fois de quatorze jours, 1 fois de seize et 1 fois de dix-sept. Cette période a le plus souvent passé inaperçue, n'étant marquée que par un peu de fatigue et de pâleur; dans un fait demeuré unique, l'exanthème, d'ailleurs très intense, a été précédé d'un rash morbilliforme, apyrétique et localisé à la face.

Quant à l'éruption, elle est parfois apparue au milieu de phénomènes généraux tels que fatigue excessive, pâleur de la face, anorexie, céphalalgie et légère ascension thermique, phénomènes qui pouvaient durer trois jours. Chez d'autres malades, et ce furent les plus nombreux, aucun symptôme n'accompagna l'exanthème qui se développa d'une façon presque subite, débutant à la face pour envahir, successivement et très rapidement, le tronc, puis les quatre membres. Contrairement à ce que l'on a observé dans les épidémies concomitantes de Paris, de Marseille et de Lausanne, où l'éruption a presque exclusivement affecté le type scarlatiniforme, l'auteur n'a pu que rarement constater cette variété à Genève, où l'exanthème morbilliforme a largement prédominé. Dans 4 cas, l'éruption a été confluente au visage, et, une fois, elle a été boutonneuse au point de rappeler, dans une certaine mesure, l'exanthème de la variole.

L'éruption a généralement persisté de deux à cinq jours, les taches fonçant d'abord, puis disparaissant. Bien qu'une première atteinte de rubéole soit d'ordinaire considérée comme mettant à l'abri d'une deuxième attaque, M. Audeoud a vu 3 cas où, cinq ou six jours après l'apparition de l'exanthème, qui entre temps avait entièrement disparu, on a observé une deuxième poussée de un à trois jours de durée.

L'épidémie rubéolique de Genève a été bénigne, puisque, sur 312 cas observés, il ne s'est produit aucun décès. Cependant, chez les jeunes filles déjà formées et chez les adultes, l'éruption a manifesté une sévérité réelle, qui, en dehors de la notion d'épidémie, de l'absence de symptômes généraux et de la terminaison rapide, eût certainement imposé le diagnostic de rougeole, d'autant plus qu'il existait à la même époque une épidémie morbilleuse dans la ville. A ce point de vue, il est intéressant de noter que, parmi les enfants observés par l'auteur, plusieurs eurent une rougeole classique en janvier et une rubéole non moins typique en mars, et qu'inversement quelques uns furent atteints de rougeole quinze jours ou un mois après avoir présenté une attaque de rubéole; d'autres, enfin, et en assez grand nombre, avaient eu la rougeole dans les années antérieures.

Quant au traitement, le repos au lit et la diète liquide ont généralement suffi. Malgré la bénignité de l'affection, il est indiqué de faire garder la chambre pendant une huitaine de jours : M. Audeoud a, en effet, eu l'occasion d'observer un petit malade qui, à la suite d'une sortie prématurée par temps froid, fut atteint d'une attaque d'œdème pulmonaire aigu qui faillit lui coûter la vie. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet 1905.) — F. M.

Etude sur les complications temporales et endocrâniennes d'origine otitique, par MM. P. Chavasse et J. Toubert.

En l'espace de sept années (de janvier 1898 à décembre 1904), les auteurs ont eu l'occasion de traiter, à la clinique otologique de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, 91 cas de mastoïdite d'origine otique, soit simple, soit avec complications diverses (endocrâniennes, vasculaires, etc., etc.) Ces dernières existaient chez 20 malades; pour ce qui est des 71 observations de mastoïdite simple, celle-ci était 48 fois consécutive à une otite aiguë, 23 fois à une otite chronique. Enfin, à n'envisager que les patients qui entrèrent dans le service avant l'apparition de toute complication, pour y faire soigner une otite encore pure, le nombre des mastoïdites ne s'élève qu'à 32 sur 1,163 cas, soit une proportion de 2.75 %.

La mastoïdite d'origine otique paraît n'avoir aucune prédilection pour un côté plutôt que pour l'autre : 35 fois en effet elle siégeait à droite, 35 fois à gauche, 1 fois elle était bilatérale. Au point de vue de l'étiologie, c'est la grippe qui en est de loin la cause la plus fréquente : cette infection pouvait être incriminée dans 26 cas, sur 62 pour lesquels on possédait des renseignements suffisants; puis viennent la fièvre typhoïde (4 cas), la scarlatine (3 cas), la tuberculose (3 cas), la rougeole (2 cas), les oreillons (2 cas), etc. L'examen bactériologique a été fait chez 32 malades; 14 fois il a révélé le streptocoque, 9 fois le staphylocoque, 6 fois le pneumocoque, 3 fois seulement d'autres germes.

Le diagnostic de la mastoïdite d'origine otique n'offre en général pas grande difficulté. Il se basera avant tout sur la douleur, qui ne manque jamais, mais qu'il faut parfois rechercher avec soin, car elle peut être très exactement limitée à la région de l'antre (point rétro-méatique). L'œdème est presque constant, puisqu'il ne fit défaut que dans 5 des observations de MM. Chavasse et Toubert; toutefois, on ne devra pas attacher grande importance à une infiltration qui serait purement superficielle et ne s'accompagnerait pas d'empâtement profond; par sa localisation, l'œdème fournit parfois des renseignements précieux pour le diagnostic topographique : c'est ainsi que, limité à la pointe, il signifiera mastoïdite de Bezold; développé le long du bord postérieur de l'apophyse, il fera soupçonner l'existence d'une cellulite postérieure. Comme autres symptômes, les modifications de l'état général, traduisant l'infection du sujet (facies, anorexie, faiblesse, etc.), sont des plus variables, et paraissent être fonction de la septicémie auriculaire due à la suppuration de la caisse, beaucoup plus que de la mastoïdite elle-même. La marche de la température échappe également à toute règle : alors que dans des cas de lésions graves et étendues le thermomètre peut rester à la normale, ailleurs une fièvre de 39° ou 40° coexiste avec une cellulite discrète.

Au point de vue du traitement, les auteurs commencent toujours par essayer des moyens antiphlogistiques (enveloppements chauds, etc.), associés à la paracentèse du tympan, si celui-ci est intact ou ne porte qu'une perforation insuffisante; mais il ne faut pas temporiser au delà de quarante-huit heures, et si, au bout de ce délai, aucune amélioration ne s'est produite, c'est à l'intervention chirurgicale qu'il faut avoir recours. En ce qui concerne la nature de celle-ci, on admet généralement que la simple antrotomie suffit, en cas de mastoïdite aiguë compliquant une otite suppurée *aiguë*, mais que l'attico-antrotomie est nécessaire quand la mastoïdite survient comme complication d'une otite *chronique*, le plus souvent alors réchauffée. Or, MM. Chavasse et Toubert, en raison du milieu où ils observent, pratiquent presque exclusivement la première de ces interventions, de préférence à la « cure radicale » qui rend l'opéré impropre au service militaire, et cette manière d'agir leur a donné des résultats fort satisfaisants : sur 16 cas justiciables de l'attico-antrotomie et traités par la simple antrotomie, la guérison complète a été obtenue 11 fois, soit une proportion de 68.75 % de succès.

Quant aux complications des mastoïdites d'origine otique, elles furent notées par les auteurs dans 20 cas. Elles consistaient 5 fois en cholestéatome, 6 fois en « infection veineuse » (phlébite et septico-pyohémie), 4 fois en abcès extradural, 5 fois en méningite, 2 fois en abcès cérébral de la région temporo-sphénoïdale et 1 fois en abcès cérébelleux. Il va sans dire que deux ou plusieurs de ces complications peuvent se combiner chez le même malade, ce qui aggrave d'autant le pronostic; et, de fait, cette série de 20 observations ne comprend pas moins de 9 décès, alors que, parmi les malades trépanés pour mastoïdite simple — au nombre de 67 sur le total de 71 cas —, aucun n'a succombé. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin et juillet-août 1905.) — F. F.

Un cas de tétanos consécutif à une injection de sérum [artificiel], par M. J. Délor.

Il est connu depuis longtemps qu'une température de 100°, même en milieu humide, ne réalise pas la stérilisation absolue, au sens bactériologique du mot; mais, en pratique, on admet volontiers que les quelques spores qui résistent à l'ébullition sont sans danger, et l'on n'hésite guère à injecter sous la peau ou dans les cavités naturelles de l'eau simplement bouillie. Le fait malheureux relaté par l'auteur prouve bien les dangers de cette manière de procéder.

Appelé à la campagne auprès d'une accouchée qui avait eu une abondante hémorrhagie *post partum* et dont l'état paraissait des plus graves, M. Delor se mit en devoir de pratiquer une injection sous-cutanée de sérum artificiel; il fit donc bouillir de l'eau, y ajouta une poignée de sel, et injecta environ 250 c.c. de ce liquide sous la peau de la cuisse, ce qui eut d'ailleurs le meilleur effet sur l'état général de la patiente.

Le lendemain, le point où avait été pratiquée la piqûre était quelque peu douloureux, et l'on

notait un léger œdème de la cuisse; on fit des enveloppements humides au sublimé. Trois jours après éclataient des crises typiques de tétanos, en même temps que l'œdème de la cuisse augmentait et que la petite plaie d'injection laissait échapper une sanie fétide; trois larges incisions furent pratiquées à ce niveau; il en sortit des lambeaux de muscle sphacélés et des gaz putrides. La malade succomba le lendemain matin.

Il n'est guère permis de douter — vu la netteté des accidents locaux — que l'injection ait été la cause de tout le mal. Mais peut-être serait-il possible de se mettre dans une certaine mesure à l'abri de pareilles catastrophes en ajoutant le sel à l'eau avant la stérilisation, de manière à élever le point d'ébullition du liquide au-dessus de 100°. (*Limousin méd.*, juin 1905.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Untersuchungen über die Häufigkeit, Lokalisation und Ausbreitungswege der Tuberkulose, insbesondere mit Berücksichtigung ihres Sitzes in den Lymphdrüsen und ihres Vorkommens im Kindesalter. In-8°, 164 p. Christiania, 1905. — **Recherches sur la fréquence, la localisation et les voies de propagation de la tuberculose, notamment au point de vue de son siège dans les ganglions lymphatiques et de sa fréquence chez l'enfant,** par M. F. Harbitz.

Frappé, depuis de longues années, par la fréquence de la tuberculose, souvent primitive, des ganglions lymphatiques que l'on constate au cours des autopsies d'enfants, M. Harbitz a institué, à l'Institut anatomo-pathologique de Christiania, une série de recherches en vue d'étudier systématiquement la tuberculose infantile dans sa fréquence, sa localisation et ses voies de propagation.

Sur 133 enfants (au-dessous de quinze ans) dont l'auteur a eu l'occasion de pratiquer la nécropsie pendant la période de 1898 à 1900, 48, c'est-à-dire 36.1 %, avaient subi une infection tuberculeuse, tandis que 85 ou 63.9 % en étaient complètement indemnes. Dans une seconde série de 142 autopsies effectuées depuis le mois de janvier 1901 jusqu'à avril 1904, on a noté 69 enfants tuberculeux, c'est-à-dire 48.6 %, les 73 autres (51.4 %) ne présentant ni lésions tuberculeuses, ni tuberculose latente décelable par inoculation.

En réunissant ces deux statistiques, on obtient, sur 275 autopsies, 158 cas (57.5 %) exempts de tuberculose et de bacilles de Koch, et 117 cas (42.5 %) avec infection tuberculeuse.

D'après les recherches de M. Harbitz, la fréquence de la tuberculose parmi les enfants serait donc de beaucoup supérieure à celle qui est admise par la plupart des auteurs (Hecker, Baginsky, Nägeli, Lubarsch, etc.), pour lesquels elle oscillerait autour de 20 %.

Bien que les examens anatomo-pathologiques, pratiqués par M. Harbitz, portassent, en très grande partie, sur des enfants ayant succombé dans leur première année, voire même dans le courant des premiers mois de la vie, l'auteur a, cependant, eu à enregistrer un nombre assez considérable de cas d'infection tuberculeuse même à cet âge-là. Il y a, toutefois, lieu de faire remarquer que la plupart des enfants exempts de toute trace de cette infection étaient âgés de moins de deux ans, et que presque deux tiers du nombre total de ces sujets (98 sur 158) étaient dans leur première année.

La tuberculose latente, qui se traduit surtout par la caséification des ganglions lymphatiques, notamment des ganglions du thorax, ne paraît pas très fréquente. M. Harbitz ne l'a, en effet, notée que 27 fois en tout, ce qui donne une proportion de 9.8 % seulement, si l'on tient compte du nombre total (275) des autopsies, ou de 23 %, en ne prenant en considération que le nombre (117) des cas d'infection tuberculeuse.

Mais, à côté de ces faits de tuberculose latente, il est un autre point, sur lequel on n'a pas jusqu'ici suffisamment attiré l'attention et que les recherches de l'auteur mettent bien en relief : c'est la fréquence relative de la présence de bacilles de Koch (décelables par inoculation aux animaux) dans les ganglions lymphatiques, alors qu'il n'existe pas de lésions anatomo-pathologiques, ni macroscopiques ni microscopiques. Sur les 142 cas de la deuxième série (de janvier 1901 à avril 1904), 18, c'est-à-dire 12.7 %, appartenaient précisément à cette catégorie, l'inoculation expérimentale des ganglions lymphatiques ayant permis de constater la présence de bacilles tuberculeux virulents, bien que, macroscopiquement, on n'eût remarqué rien de suspect ni dans les ganglions inoculés, ni dans les autres organes, et que même, à un examen microscopique minutieux des ganglions lymphatiques des divers groupes, il eût été impossible de découvrir des tubercules ou des granulations tuberculeuses. Par rapport au chiffre global des infections tuberculeuses, le nombre de ces faits constitue 26 %.

A ces constatations se rattache étroitement la question de la tuberculose congénitale. Si, de nos jours, la plupart des auteurs n'attachent guère à celle-ci une importance pratique, il est, cependant, des anatomo-pathologistes qui, comme M. von Baumgarten et ses élèves, persistent à croire que l'infection tuberculeuse est, le plus souvent, d'origine intra-utérine. Loin de partager cette manière de voir et tout en estimant que l'infection *après naissance* est de beaucoup la plus fréquente, M. Harbitz serait, pourtant, porté à conclure, avec M. Warthin, que la tuberculose congénitale mérite quelque peu plus d'attention qu'on ne lui en accorde généralement.

En ce qui concerne les localisations les plus importantes et les portes d'entrée de la tuberculose infantile, l'auteur, sur 72 infections mortelles, en a compté 31 primitivement localisées aux organes respiratoires, 9 aux organes digestifs et 32 incertaines (appareil respiratoire ou tube digestif) ou ayant pour point de départ d'autres organes. Pour les 27 cas de tuberculose latente, les lésions se trouvaient 16 fois exclusivement dans les ganglions lymphatiques du thorax (avec ou sans tuberculose pulmonaire concomitante), 1 fois dans les ganglions cervicaux, 1 fois dans les ganglions mésentériques, 3 fois dans ceux du thorax et du cou, 1 fois dans les ganglions thoraciques et abdominaux, et 5 fois généralisées à tout le système lymphatique ganglionnaire. Enfin, sur les 18 cas de bacilles tuberculeux latents (sans lésions), 15 appartenaient aux ganglions du tube digestif.

Si l'on réunit ces différentes statistiques, on voit que la localisation primitive à l'appareil respiratoire a été notée dans 48 cas (41 %) et la localisation au tube digestif 26 fois (22 %), tous les autres faits ne pouvant entrer en ligne de compte, soit que le point de départ de l'infection parût incertain ou siégeât ailleurs que dans les organes respiratoires ou digestifs, soit qu'il s'agît d'une tuberculose généralisée des ganglions lymphatiques.

Quoi qu'il en soit, pour ce qui est des faits où la localisation primitive a pu être déterminée avec certitude, le point de départ de l'infection tuberculeuse siégerait, d'après les recherches de M. Harbitz, deux fois plus fréquemment dans l'appareil respiratoire que du côté du tube digestif. Il convient, du reste, de tenir compte, que, contrairement à la plupart des auteurs qui, pour l'appareil digestif, ne prennent en considération que la tuberculose de l'intestin et des ganglions mesentériques, M. Harbitz y englobe également la tuberculose des amygdales et des ganglions cervicaux.

Ajoutons que, tout en visant surtout l'infection tuberculeuse chez les enfants, l'auteur a cependant été amené, au cours de ses recherches, à étendre ses investigations à la tuberculose des adultes. Là encore, il fut à même de se convaincre que l'infection primitive des ganglions lymphatiques s'observe assez fréquemment et que, chez l'adulte tout comme chez l'enfant, la tuberculose pulmonaire peut être d'origine secondaire.

En terminant, M. Harbitz insiste particulièrement sur la nécessité qu'il y a d'attacher à l'infection par les voies digestives (et notamment par les amygdales et les ganglions cervicaux) une importance beaucoup plus considérable qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. — L. Ch.

Contribution à la question du traitement opératoire des fractures intracapsulaires du col du fémur, par MM. H. Ito et S. Asahara.

Il s'agit de ces fractures intracapsulaires du col fémoral, dont la consolidation osseuse est possible, mais des plus exceptionnelles. A quoi attribuer cette absence de cal? Très probablement à la vitalité moindre de la tête, une fois que celle-ci est entièrement séparée du col et privée des vaisseaux périostiques, le seul apport sanguin qui lui reste étant celui du ligament rond, maigre et insuffisante alimentation. Aussi voit-on manquer la réunion osseuse, même après de longs mois d'extension continue des plus régulières, et trouve-t-on le foyer de fracture, lorsqu'on intervient au bout de ce traitement mécanique, aussi libre, aussi vide, aussi dépourvu de toute néoformation osseuse que dans les premiers jours. Qu'il y ait un certain nombre de cals démontrés, le fait n'est pas douteux; toutefois, on ne saurait les admettre sans une certaine méfiance : une femme de soixante-quatorze ans avait tous les signes d'une fracture intracapsulaire; au bout de huit jours, on ouvre la hanche, comptant faire l'ablation de la tête fracturée : on découvre que le col est fracturé en avant, intact en arrière, c'est une fracture incomplète; nul doute que l'on n'eût conclu, plus tard, à une consolidation osseuse, en dehors de cette vérification opératoire.

Donc, la fracture intracapsulaire aboutit, en règle, à l'infirmité définitive. N'y a-t-il pas quelque chose à faire, pour remédier à un pareil résultat? On a tenté, en effet, et depuis longtemps, deux variétés d'interventions opératoires : la résection de la tête fémorale fracturée, la réunion, par des fils, des tiges, des vis, de la tête et du col. Cette dernière méthode, qui évite le raccourcissement, semble d'abord séduisante, mais, sans insister même sur les difficultés techniques, souvent considérables, la fixation réciproque des deux segments disjoints du col ne suffit pas à rendre sa vascularité normale au segment interne et le développement d'un vrai cal est assez rare. C'est donc la résection qui reste toujours le parti le plus simplement applicable, et le meilleur.

MM. Ito et Asahara publient 7 cas de ce genre, opérés dans les trois dernières années à la clinique chirurgicale de Tokio; il y a, sur ce nombre, 4 femmes et 3 hommes; 4 blessés étaient d'un âge avancé (67, 68, 75, 76 ans); 3 étaient relativement jeunes et n'avaient que 37, 40 et 43 ans. Une seule mort post-opératoire se produisit au onzième jour, par œdème pulmonaire et pneumonie hypostatique. Chez les 6 autres opérés— et, parmi eux, figurent ceux de 68, 75 et 76 ans —, l'intervention ne fut suivie d'aucun accident : elle consista dans la résection de la tête par le procédé de Kocher ou celui de von Langenbeck. Tous les impotents furent améliorés, les douleurs cessèrent ou furent notablement atténuées, la marche devint possible, avec des béquilles, sauf chez le dernier patient, un homme de trente-sept ans, qui, opéré le 24 novembre 1904, marchait en boitant, mais sans béquilles, à la fin de décembre.

On ne saurait donc s'attendre à des résultats parfaits, mais on obtient, en général, un mieux fonctionnel qui paraît légitimer l'intervention, lorsque l'état général ne la contre-indique pas.

Pour finir, les auteurs ont cherché, par 23 expériences sur des chiens, à établir si réellement la fracture intracapsulaire ne se consolide pas, et ce que donne la suture osseuse. Sur 3 premiers animaux, on fit une fracture incomplète, et le cal fut osseux; 5 autres eurent le col fémoral complètement rompu, dans la zone intracapsulaire : chez un seul, on trouva une réunion solide, chez 4, une pseudarthrose. Enfin, la fracture complète du col et la suture immédiate des deux fragments furent pratiquées chez 15 animaux : 5 moururent d'infection; chez les 10 survivants, on ne découvrit aucune trace de réunion osseuse, même cent onze jours après l'opération.

Ces faits expérimentaux concordent donc avec nos connaissances cliniques et anatomo-pathologiques; ils permettent de conclure que l'excision de la tête non réunie est l'opération

typique, en cas de fracture intracapsulaire du col fémoral. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 1-3.) — L.

Anémies mortelles chez des vieillards, par M. O. Kurpjuweit.

Pendant la période de 1888 à 1904, on a observé à la clinique médicale de Königsberg 80 cas d'anémie grave ou pernicieuse, dont 2 paraissent dignes d'être signalés en raison de certaines particularités dans leurs symptômes et leur évolution clinique, ainsi que dans les constatations anatomo-pathologiques auxquelles ils donnèrent lieu.

Dans ces deux faits, qui avaient trait à des vieillards âgés respectivement de soixante-huit et soixante-deux ans, la marche de la maladie fut à peu près la même. Depuis quatre mois chez le premier patient et depuis six mois chez le second, était survenue une faiblesse générale avec pâleur des téguments et amaigrissement, qui allaient en augmentant d'une manière progressive. Ces deux hommes présentaient une fièvre élevée, qui revêtait le caractère intermittent chez le premier, et la forme continue chez le second. Au niveau du cœur, on percevait de légers souffles anémiques. La rate était notablement hypertrophiée. L'urine contenait des éléments néphritiques et de l'urobiline, mais pas d'albumoses. A l'examen du sang, on constata, dans le premier cas, une anémie modérée avec taux correspondant de l'hémoglobine (55 %) et 2,300,000 globules rouges, tandis que, dans le second, la proportion de l'hémoglobine était inférieure (30 %) et le nombre des hématies ne dépassait pas 2,000,000. De plus, dans ce dernier fait, il existait aussi une légère poïkilocytose des globules rouges. Pour ce qui est des leucocytes, leur numération exacte ne fut pas pratiquée chez le premier malade, mais chez le second on n'en trouva que 1,000, la proportion des lymphocytes étant relativement élevée (68 %), alors que leur taux absolu était diminué de moitié. Dans le premier cas, observé pendant trois mois, l'anémie s'accentua, en même temps que l'on voyait également se produire un léger degré de poïkilocytose; chez le second patient, qui succomba neuf jours après avoir été admis à l'hôpital, l'anémie ne subit, durant ce court laps de temps, aucune modification. Dans les deux faits, on ne trouva guère d'éléments de la moelle osseuse. Assez tardivement, au cours du cinquième ou du sixième mois de la maladie, on vit se déclarer, chez les patients en question, des signes d'une diathèse hémorragique (hémorragies de la rétine).

Les malades ayant succombé, on constata, à leur autopsie, de nombreuses petites ecchymoses sous-séreuses, une forte hypertrophie de la rate et une néphrite légère, en partie interstitielle, en partie parenchymateuse. Chez le premier, la moelle osseuse était presque complètement atrophiée; chez le second, on trouva, dans la moelle des os longs, des foyers de nécrose et des hémorragies.

En se basant sur ces deux observations, M. Kurpjuweit — sans contester qu'elles rappellent par plus d'un point l'anémie pernicieuse et l'anémie « aplastique » décrite par M. Ehrlich en 1888 et observée, depuis, par MM. Engel et Lipowski — n'en estime pas moins qu'il y a lieu d'assigner à ces anémies chroniques *primitives*, survenant chez des vieillards, une place à part, qu'elles semblent mériter tant au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXII, 5-6.) — L. CH.

Rupture spontanée de l'utérus gravide au niveau d'un diverticule atteint d'inflammation septique, par M. H. Hellendall.

L'extrême rareté des ruptures de la matrice dues à la présence d'un diverticule utérin nous engage à résumer l'observation relatée dans le présent travail.

Une femme de quarante-deux ans était au cinquième mois de sa douzième grossesse. Depuis deux ou trois mois, elle avait des hémorrhagies et des douleurs dans la moitié droite de l'abdomen, quand elle fut prise un jour, brusquement, de lipothymies, suivies presque aussitôt de symptômes de péritonite. Au bout de dix-neuf heures, elle accouchait spontanément d'un fœtus encore vivant, long de 24 centimètres. Comme le placenta tardait à être expulsé, et que la manœuvre de Crédé avait été tentée en vain, on introduisit la main dans l'utérus pour extraire le placenta : la cavité utérine était vide, mais, vers le fond, existait un relief circulaire très marqué, limitant un orifice large comme la paume de la main et qui conduisait dans une deuxième cavité où se trouvait le placenta. Les parois de cette dernière semblaient extrêmement minces et elles portaient une déchirure large de deux doigts. On fit aussitôt l'hystérectomie vaginale, mais la malade succomba quatre heures plus tard.

L'examen de la pièce montra que le diverticule était exactement situé sur la partie médiane du fond de l'utérus; il n'intéressait ni la trompe ni la corne de l'utérus et le péritoine se continuait de la surface du corps utérin sur celle de ce diverticule sans présenter la moindre démarcation. Les parois, qui ne mesuraient que 1 ou 2 millimètres d'épaisseur, étaient formées par des fibres musculaires lisses en continuité directe avec celles de la matrice. Pour ces diverses raisons, on ne peut donc admettre l'existence d'une grossesse dans la corne utérine ou dans la portion interstitielle de la trompe. Quant à la rupture, elle n'avait certainement pas été produite par la manœuvre de Crédé, puisque les symptômes de péritonite avaient débuté en même temps que le travail.

Dans le liquide amniotique recueilli avant l'accouchement et dans les coupes de la matrice, on trouva des staphylocoques, des streptocoques et une bactérie rappelant le colibacille; dans l'exsudat péritonéal, on ne put déceler que cette dernière espèce, en compagnie du colibacille typique. Il existait donc une infection antérieure à la rupture du diverticule, et c'est ce qui explique pourquoi celle-ci se compliqua si rapidement de péritonite mortelle.

M. Hellendall n'a pu recueillir dans la littérature médicale que 2 faits analogues : dans l'un, la malade fut hystérectomisée à cinq mois, après rupture du diverticule et issue du fœtus dans la cavité abdominale, et elle guérit; dans l'autre, la grossesse était arrivée à terme, mais la malade succomba. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 3.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Un cas d'ulcère perforé de l'estomac avec hémorrhagie mortelle chez un enfant âgé de quarante-cinq heures, par M. A. G. Bisset.

L'ulcère de l'estomac étant excessivement rare chez les enfants en bas âge, et surtout chez les nouveau-nés, il nous paraît intéressant de signaler le fait observé par M. Bisset.

L'auteur fut, un soir, appelé d'urgence à voir un bébé qui venait d'avoir une hémorrhagie profuse par l'anus. La mère avait accouché, le jour précédent, à quatre heures du matin, et la délivrance avait très bien marché, la durée totale du travail (neuvième grossesse) n'ayant pas dépassé trois heures. M. Bisset trouva le nouveau-né dans un état de semi-collapsus. Au dire de la mère, le bébé, qui auparavant prenait volontiers le sein, avait refusé de téter dans la soirée; puis, lorsque, vers sept heures du soir, elle avait voulu lui changer ses langes, elle avait trouvé ceux-ci imbibés de sang ayant une couleur légèrement foncée, et, pendant qu'elle était en train de préparer une nouvelle couche, le sang avait jailli deux fois par le rectum. En enlevant cette seconde couche, elle constata que le linge était de nouveau trempé de sang, qui continuait à suinter par l'anus. L'enfant avait eu auparavant des selles naturelles, ayant la couleur du méconium. Le cordon ombilical n'avait été lié qu'après la cessation complète des pulsations de ses vaisseaux, et son pansement était parfait. Il n'existait pas la moindre trace d'hémophilie, de syphilis ni de phtisie, et le nouveau-né ne présentait pas de jaunisse. Les battements du cœur étaient réguliers, les muqueuses ne saignaient pas et, d'autre part, rien n'autorisait à supposer que l'enfant eût pu avaler du sang, par exemple à la faveur d'une fissure du sein ou pendant le travail.

Le toucher rectal et la palpation bimanuelle de l'abdomen ne révélèrent absolument rien d'anormal; il ne semblait pas exister notamment de sensibilité douloureuse, localisée ou générale. Le doigt retiré du rectum était couvert de sang d'une couleur rouge vif.

Le diagnostic ne laissait pas que d'être fort embarrassant. On pouvait évidemment songer à une invagination de l'intestin comme cause possible de l'hémorrhagie en question, mais la quantité considérable de sang perdu, celui-ci n'étant, d'ailleurs, pas mêlé à du mucus, l'absence de selles sanguinolentes et de toute trace de ténesme n'étaient nullement en faveur de cette hypothèse. D'autre part, l'idée d'ulcère de l'estomac ou du duodénum semblait devoir être rejetée en raison de l'absence complète de vomissements, ainsi qu'à cause de la couleur relativement fraîche du sang perdu. Cela étant, on s'arrêta au diagnostic provisoire d'ulcère siégeant assez bas dans l'intestin, comme cause, en apparence la plus plausible, de l'hémorrhagie. Conformément à cette manière de voir, et l'état précaire du petit patient excluant toute possibilité d'une intervention chirurgicale, on pratiqua une injection rectale d'un mélange composé d'adrénaline et d'hamamélis; un tampon fut ensuite introduit dans le rectum pour retenir le liquide injecté, et l'enfant fut remis dans son lit, les jambes relevées et la tête basse.

La quantité considérable de sang que le bébé avait perdu rendait le pronostic fort grave, et, de fait, au bout de trois heures, il succomba, la mort étant survenue six heures après que l'on eut, pour la première fois, remarqué l'hémorrhagie, et quarante-cinq heures après la naissance.

A l'autopsie, on trouva, sur la paroi postérieure de l'estomac, près de la petite courbure et à 1 centim. 1/2 environ du cardia, un ulcère rond typique, à bords nets et taillé comme à l'emporte-pièce. L'ulcère était complètement perforé, mais les adhérences de l'estomac avec la paroi abdominale postérieure avaient empêché le sang de pénétrer dans la cavité péritonéale. Par contre, le tube digestif était rempli de sang, et l'estomac surtout en contenait une grande quantité mêlée à du mucus et à du lait partiellement digéré.

Quant à la cause de l'hémorrhagie elle-même, l'auteur serait porté à la rechercher dans le péristaltisme intense de l'estomac, provoqué par le lait absorbé, et qui, joint à la vascularité exagérée de l'organe pendant la période de digestion, aurait suffi pour amener la rupture finale d'un vaisseau déjà érodé en partie ou pour déplacer quelques caillots qui obstruaient ce vaisseau au niveau du point d'érosion. (*Lancet*, 8 juillet 1905.) — L. CH.

Traitement de quelques névralgies par les rayons de Röntgen, par M. Ch. L. Leonard.

Partant de cette considération qu'un des effets les plus constants de la radiothérapie des tumeurs malignes est la production d'une analgésie plus ou moins marquée, on a, dans ces derniers temps, essayé d'utiliser les rayons de Röntgen pour combattre des névralgies (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 348). Cette pratique a donné, entre les mains de M. Leonard, d'excellents résultats. C'est ainsi que l'auteur a pu obtenir la guérison dans un cas de névralgie sus et sous-orbitaire, consécutive à une atteinte de grippe et qui était restée rebelle aux moyens usuels, tant internes qu'externes; or, dès la première séance (trois minutes) de radiothérapie, le malade se trouva soulagé, et la cure réalisée par plusieurs applications consécutives des rayons de Röntgen fut radicale. Chez un homme atteint, depuis sept mois, d'une névralgie intense des deux nerfs dentaires et qui avait auparavant souffert de différentes formes de névralgie faciale, trois séances, de cinq minutes chacune, répétées tous les deux jours, ont suffi pour amener une atténuation

des phénomènes douloureux, et, après la huitième application, la guérison était complète; elle se maintient depuis deux ans.

D'après l'expérience de M. Leonard, la radiothérapie serait susceptible de rendre de bons services même dans les cas de névrite. Chez une femme atteinte de névrite du nerf facial avec dégénérescence se traduisant par des zones d'anesthésie locale, les rayons de Röntgen, sans produire des effets durables, procuraient cependant un certain soulagement, en supprimant les douleurs pendant tout l'après-midi et une partie de la soirée qui suivaient la séance radiothérapique.

L'auteur a également obtenu un résultat très satisfaisant dans un cas de tic douloureux de la face, avec crises se reproduisant toutes les cinq minutes et privant complètement le malade de sommeil. L'effet des rayons de Röntgen se fit ici sentir immédiatement par la cessation des douleurs et la disparition des accès.

En terminant, M. Leonard fait remarquer que les névralgies ne sont pas les seuls phénomènes douloureux justiciables de la radiothérapie : celle-ci ne se montrerait pas moins efficace contre les douleurs articulaires, qu'il s'agît de goutte ou de rhumatisme, et cela alors même que le processus morbide a déjà abouti à l'ankylose ou à la déformation de la jointure. (*Amer. Medicine*, 8 juillet 1905.) — L. CH.

Sur le lavage automatique de l'estomac dans certains cas de vomissements, par Sir William H. Bennett.

Nombre d'affections abdominales, telles que l'occlusion intestinale, la péritonite, la pseudopéritonite consécutive à des interventions chirurgicales sur l'abdomen ou à des traumatismes, etc., s'accompagnent de vomissements fréquents, et il est de règle, en pareille occurrence, de s'abstenir, autant que possible, de donner au patient des boissons quelconques. On croit, en effet, que moins il y aura de liquide dans l'estomac, et moins celui-ci aura de tendance à rejeter son contenu. Il s'en faut, pourtant, que cette pratique soit exempte d'inconvénients, puisqu'elle oblige le malade à supporter les tortures de la soif, qui est d'autant plus pénible que les pertes en eau, occasionnées par les vomissements, sont souvent considérables. De plus, les matières rendues ont fréquemment une odeur repoussante et causent au patient un dégoût qui ne contribue pas peu à aggraver son état. Or, sir William Bennett a été à même de se rendre compte qu'il est un moyen fort simple de remédier à ces phénomènes fâcheux : il suffit — au lieu de restreindre au minimum, comme on le fait d'ordinaire, la quantité des boissons — de permettre au patient d'absorber autant qu'il lui plaira d'eau froide ou tiède ou bien de n'importe quel autre liquide, pourvu que celui-ci soit parfaitement inoffensif. Toutefois, comme il s'agit, avant tout, de calmer la soif, le mieux est encore de donner de l'eau claire, qui présente, sur les autres boissons, l'avantage d'être plus rapidement résorbée.

En procédant de la sorte, on réaliserait une sorte de lavage automatique répété de l'estomac : dès que le patient a absorbé un demi-litre ou trois quarts de litre d'eau, on ne tarderait pas, en effet, à constater que les vomissements — tout en restant aussi fréquents, peut-être même en devenant plus fréquents qu'auparavant — ont complètement changé de caractère, le liquide vomi étant plus clair et ne présentant plus ni mauvaise odeur, ni goût répugnant.

Cette manière de faire aurait par conséquent pour effet, à la fois de supprimer la soif, qui déprime les forces du malade, et de rendre les vomissements en quelque sorte inoffensifs. Aussi l'auteur estime-t-il que le procédé en question est susceptible de fournir d'excellents services, et, pour sa part, il a pu, dans un certain nombre de cas désespérés, sauver par ce mode de traitement la vie de patients qui, abandonnés à la pratique habituelle, auraient infailliblement succombé. (*Lancet*, 8 juillet 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Malaria avec hémoglobinurie en l'absence de moustiques, par M. E. Cioffi.

Après avoir passé en revue un certain nombre de faits qui sont de nature à mettre en doute le rôle de l'*Anopheles* en tant qu'unique agent de transmission du paludisme (épidémies de malaria sans moustiques et, inversement, présence de nombreux anophèles sans propagation de malaria) — faits sur lesquels il a été longuement insisté dans ce journal même (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 177-179) —, M. Cioffi relate une série d'observations personnelles qui plaident dans le même sens.

Au mois de février 1903, l'auteur a pu relever à Sala, dans la province de Salerne, une soixantaine de cas d'infection paludéenne, dont quelques-uns (une vingtaine) étaient certainement des rechutes — l'été précédent, une épidémie assez grave de malaria avait sévi dans la ville —, tous les autres étant incontestablement d'origine primitive. Or, pendant l'éclosion de cette petite épidémie, il fut absolument impossible de constater, dans la région, la présence d'anophèles ou de moustiques quelconques, et cela malgré les recherches les plus minutieuses effectuées dans les étables, les écuries, les grottes, les fossés, les dessous d'escaliers, etc. Il convient, du reste, d'ajouter que l'épidémie avait apparu au milieu du mois de février, époque où il tombait de la neige et où le vent faisait rage.

Au cours de l'épidémie en question, M. Cioffi a observé, entre autres, 11 cas d'hémoglobinurie, dans lesquels la présence d'hémoglobine fut constatée tant chimiquement (procédé de Struwe) que par l'examen microscopique. Les urines contenaient également de l'albumine dans la proportion de 0.5 à 2 ‰. Au microscope, on voyait, outre des amas de granules jaune rougeâtre d'hémoglobine, un petit nombre d'hématies, de leucocytes et de cylindres granuleux, hyalins ou épithéliaux, ainsi que des cellules typiques de l'épithélium rénal.

Cette hémoglobinurie était, sans aucun doute, d'origine malarienne, car dans le sang des malades en question, tout comme chez les autres patients, on constatait la présence des formes parasitaires caractéristiques des fièvres estivo-automnales. Les parasites ne faisaient défaut que dans un cas où l'hémoglobinurie datait d'un peu moins d'un mois. Or, sur ces 11 malades, un seul avait été atteint, les années précédentes, de paludisme à forme larvée (névralgie sus-orbitaire), tandis que tous les autres n'avaient auparavant jamais présenté la moindre trace de malaria. Quelque étrange que puisse paraître ce fait, eu égard aux théories qui ont cours sur la fièvre hémoglobinurique, la nature malarique de l'hémoglobinurie en question n'en a pas moins été établie par l'examen microscopique du sang, et le succès que l'auteur a obtenu par l'emploi de sels de quinine ne fit que confirmer le diagnostic. Il s'agissait donc réellement, dans ces cas, d'une hémoglobinurie apparue au cours d'une infection paludéenne *primitive*.

Un autre fait intéressant que M. Cioffi a eu l'occasion d'enregistrer au cours de la même épidémie, c'est l'existence de la malaria *chez un nourrisson âgé d'un mois et demi*, dont la mère n'avait jamais été atteinte de paludisme. Comme cet enfant était né au mois de janvier, et que la fièvre estivo-automnale cesse définitivement en octobre ou novembre, l'observation dont il s'agit va absolument à l'encontre de la théorie en vogue, d'après laquelle les formes hivernales et printanières de la malaria, survenant en l'absence d'anophèles infectants, se rattacheraient tout simplement à une infection estivo-automnale à incubation prolongée. Il importe, du reste, de faire remarquer que le fait signalé par l'auteur n'est pas isolé et que M. Riva-Rocci a également relaté 3 cas de malaria printanière primitive chez des nourrissons.

Cela étant, il est permis de se demander si la même explication n'est pas valable aussi pour les adultes, surtout lorsqu'on voit, comme dans l'épidémie observée par M. Cioffi, l'infection se manifester, pour la première fois, au mois de février *chez les deux tiers des malades :* il serait évidemment difficile d'admettre que l'incubation prolongée de la malaria — considérée, jusqu'à présent, comme tout à fait exceptionnelle — fût devenue presque la règle.

En se basant sur ces constatations personnelles, ainsi que sur les faits analogues consignés dans la littérature médicale, l'auteur se croit autorisé à conclure que les moustiques sont loin de posséder le monopole que la nouvelle théorie pathogénique du paludisme tend à leur attribuer, et que toute la prophylaxie de la malaria ne saurait, par conséquent, se réduire simplement à la protection contre les piqûres des anophèles. (*Clinica moderna*, 14 et 21 juin 1905.) — L. CH.

Athérome aortique expérimental d'origine tabagique, par M. P. Boveri.

L'auteur a réussi à obtenir des lésions typiques d'athérome de l'aorte par tabagisme expérimental, en introduisant tous les jours dans l'estomac d'un lapin, au moyen d'une petite sonde, de 10 à 40 c.c. d'une infusion de tabac à 10 %. L'animal ayant été sacrifié au quatorzième jour, on trouva, à l'autopsie, l'aorte dilatée, considérablement épaissie et résistante dans toute l'étendue de la crosse; au niveau de la portion thoracique de ce vaisseau, il existait une plaque blanc jaunâtre, dure, lisse, translucide, nettement délimitée, à grand diamètre longitudinal et qui mesurait 6 millimètres de long sur 3 millimètres de large. Une seconde plaque calcaire ayant à peu près les mêmes dimensions et les mêmes caractères siégeait dans l'aorte abdominale. De plus, le long de la portion thoracique du vaisseau, on voyait, en deux points, des épaississements de la paroi artérielle, de couleur blanchâtre, à limites diffuses et qui avaient des dimensions supérieures à celles des deux plaques calcaires susmentionnées.

Chez 5 autres lapins soumis également à l'ingestion d'infusion de tabac, M. Boveri constata des altérations vasculaires analogues : 3 de ces animaux présentèrent des épaississements plus ou moins étendus de la paroi aortique, tandis que, chez les 2 autres, on trouva des plaques caractéristiques d'athérome, dont quelques-unes étaient plus grandes que celles que l'on avait notées chez le premier lapin.

Les conditions de milieu et de nutrition dans lesquelles avaient été placés ces animaux permettant d'exclure, avec certitude, l'hypothèse de lésions purement accidentelles, l'auteur n'hésite pas à affirmer qu'il s'agissait réellement, en l'espèce, d'un athérome d'origine tabagique, obtenu d'une manière expérimentale. (*Clinica medica italiana*, juin 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

Chloroformisation avec injection sous-cutanée préalable de sulfate de strychnine, par M. I. Evenkhov.

Partant de cette considération qu'un des plus grands dangers de la chloroformisation réside dans l'abaissement de la tension sanguine sous l'influence de la paralysie du centre vasomoteur, l'auteur s'est demandé si le chloroforme ne serait pas mieux toléré après une injection de strychnine, celle-ci ayant pour effet de relever le tonus du centre vasomoteur. Des expériences qu'il entreprit à cet égard sur des chiens, et dont il fit connaître les résultats dès 1896, confirmèrent pleinement cette manière de voir, en montrant que les animaux qui ont reçu sous la peau une injection de 0 gr. 002 à 0 gr. 003 milligr. de sulfate de strychnine supportent beaucoup plus longtemps la chloroformisation que ne le font les chiens témoins. M. Evenkhov fut, de plus, à même de se rendre compte que, dans ce mode de narcose, le collapsus survient toujours lentement, de sorte que l'on a tout le temps nécessaire pour parer au danger, et cela d'autant plus que l'activité cardiaque et la tension sanguine se rétablissent, en pareille occurrence, très rapidement et d'une manière sûre.

En présence de ces constatations expérimen-

tales, et étant donnée la sensibilité particulière des chiens à l'égard du chloroforme, l'auteur supposa que la chloroformisation avec injection préalable de strychnine donnerait des résultats encore plus favorables chez l'homme. Et, de fait — autant, du moins, que l'on peut en juger d'après les essais relativement peu nombreux (7 cas) que M. Evenkhov a eu jusqu'à présent l'occasion d'instituer — la narcose ainsi réalisée paraît être très bien supportée, même quand il s'agit de sujets affaiblis et épuisés par une longue maladie. Le sommeil se produirait très rapidement et la période d'excitation serait réduite au minimum, ce qui tiendrait, peut-être, à l'action de la strychnine sur la pression sanguine dans la circulation cérébrale. L'auteur n'a jamais eu à enregistrer de vomissements, ni pendant, ni après la chloroformisation, sauf dans un cas, où il s'agissait d'une hernie étranglée avec gangrène de l'intestin et vomissements fécaloïdes dès avant l'anesthésie. M. Evenkhov n'a pas, non plus, vu survenir de phénomènes fâcheux susceptibles d'être mis sur le compte de la strychnine, tels que convulsions ou tétanos strychnique. A l'encontre de ce qu'il avait noté chez les animaux, les injections de strychnine ne donnèrent pas lieu, chez l'homme, à des hémorrhagies parenchymateuses abondantes au niveau des plaies, probablement parce que les doses injectées étaient plus modérées. Ces doses doivent, d'ailleurs, varier suivant l'âge, l'état général et l'état du pouls du patient, les sujets faibles, à pouls dépressible, ayant besoin d'une quantité plus considérable de strychnine que les individus vigoureux et résistants. Le mieux est de commencer par injecter une petite dose (de 0 gr. 0006 décimilligrammes à 0 gr. 001 milligr.) et de la renouveler, si, au bout de cinq à huit minutes, le pouls n'est pas devenu plus fort et plus plein.

Ajoutons que, depuis deux ans, M. Kouznetzky emploie également le même procédé, avec cette différence, toutefois, qu'il pratique, non pas une injection unique de strychnine quelques minutes avant la chloroformisation, mais plusieurs injections pendant les jours qui précèdent l'opération : il injecte quotidiennement, sous la peau, un demi centimètre cube d'une solution contenant 0 gr. 06 centigr. de sulfate de strychnine pour 15 grammes d'eau distillée. Le nombre de ces injections varie suivant l'activité cardiaque et les antécédents du malade : aux alcooliques, ainsi qu'aux sujets atteints de myocardite, d'artériosclérose, d'insuffisance des valvules du cœur ou d'un anévrysme de l'aorte, M. Kouznetzky fait jusqu'à vingt injections. Sous l'influence de ce traitement préparatoire, les patients supporteraient très bien le chloroforme et la narcose surviendrait rapidement, la période d'excitation étant peu marquée, sinon complètement supprimée; enfin on n'observerait presque pas de vomissements. (*Roussk. Vratch*, 18 juin 1905.) — L. CH.

Un cas d'urticaire chronique rebelle, guéri par la quinine associée à l'antipyrine, par M. N. Chébaïev.

Le fait relaté par l'auteur a trait à un jeune homme qui, après être resté, un jour, couché sur la terre humide, fut pris de douleurs généralisées avec raideur des extrémités et contracture spasmodique des mâchoires. Depuis lors, et pendant quatre ans, le malade éprouvait presque continuellement, surtout par le mauvais temps, des douleurs dans les bras et dans les jambes, accompagnées d'une éruption d'urticaire. Les éléments éruptifs se présentaient, à la période de leur plein développement, sous la forme de saillies plates, pâles à leur centre, hyperémiées à la périphérie, et mesurant plus de 18 centimètres de diamètre (*urticaire géante*).

L'exanthème persistait, en moyenne, six heures; mais parfois, sous l'influence du mauvais temps, sa durée atteignait douze heures. Le plus souvent, les plaques, généralisées à toute la surface du corps, commençaient à se montrer vers six ou huit heures du soir; d'autres fois, la poussée éruptive se faisait, au contraire, le matin. Lorsque l'éruption s'effaçait rapidement, elle se reproduisait encore une fois dans le courant de la même journée. L'apparition des plaques ortiées s'accompagnait toujours de démangeaisons et de douleurs vives dans les articulations. Par le beau temps, le patient restait indemne de toute éruption.

L'urticaire en question paraissant de nature rhumatismale, M. Chébaïev traita d'abord le malade par le salicylate de soude à la dose quotidienne de 4 grammes, ensuite par l'iodure de potassium à la dose de 0 gr. 30 centigr., répétée trois fois par jour. Pendant deux mois, il ordonna aussi de l'arsenic, sous la forme de liqueur de Fowler; il essaya également le sulfate d'atropine (*per os* et en injection sous-cutanée), dans le but d'utiliser l'action d'arrêt de ce médicament sur le fonctionnement des nerfs périphériques; le patient prit, en outre, de l'ergotine, du bromure de sodium, de la morphine pour calmer le prurit, de la quinine, etc., etc. Il fut aussi soumis à l'électrisation et à des applications de nombreux remèdes externes, sans le moindre succès. Seuls, le salicylate de soude et la quinine paraissaient exercer quelque influence sur les phénomènes morbides, mais finalement, après être resté cinq mois environ en traitement, le malade quitta l'hôpital toujours dans le même état. C'est alors que, en désespoir de cause, l'auteur se décida à essayer d'injecter un mélange de quinine et d'antipyrine, préparation préconisée contre la malaria. Il pratiqua, sous la peau de la région atteinte par l'urticaire et en pleine éruption, une injection de 1 c.c. d'une solution contenant 12 grammes de chlorhydrate de quinine et 8 grammes d'antipyrine pour 24 grammes d'eau distillée. Sous l'influence de cette unique injection, les plaques ortiées ne tardèrent pas à disparaître pour ne plus se reproduire; il en fut de même pour les douleurs articulaires. L'injection fut renouvelée au bout d'un mois, et, depuis lors, trois mois se sont déjà écoulés sans que l'on ait eu à enregistrer la moindre éruption ni des phénomènes douloureux, et cela quelles que fussent les conditions atmosphériques. (*Voïenno-méd. journ.*, juillet 1905.) — L. CH.

Quelques cas de névralgie sciatique, traités par des injections sous-cutanées de strychnine, par M. M. Retivov.

M. Zartzyne ayant fait connaître naguère les bons effets qu'il a obtenus, dans les cas de névralgie sciatique, par l'emploi des injections sous-cutanées de strychnine (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 56), M. Retivov a, à son tour, expérimenté ce mode de traitement chez 9 malades atteints de la névralgie en question. L'auteur injectait tous les jours, avec les précautions aseptiques d'usage, et en surveillant la miction et la défécation — afin d'éviter l'action cumulative du médicament —, de 0 gr. 0005 décimilligrammes à 0 gr. 002 milligr. de strychnine. Habituellement, ces injections étaient pratiquées à la région fessière, à égale distance du grand trochanter et de la tubérosité ischiatique, c'est-à-dire au niveau du point où le nerf sciatique sort de la cavité pelvienne. Mais comme parfois, après les deux ou trois premières injections, les douleurs diminuent en cet endroit pour apparaître dans d'autres points, M. Retivov choisit, pour les injections ultérieures, les régions qui sont alors le plus douloureuses, à savoir tantôt le côté externe de l'articulation du genou (nerf cutané péronier) tantôt la face antéro-externe de la cuisse (nerfs musculo-cutané et tibial antérieur), ou la face antérieure de l'articulation tibio-tarsienne (nerf tibial antérieur). Au niveau de la fesse, l'auteur pousse l'injection dans l'épaisseur des muscles avoisinant le nerf sciatique; dans les autres régions, il injecte la strychnine sous la peau. Ce mode de traitement n'a jamais donné lieu à des troubles généraux, sauf dans un cas où l'on vit survenir, à la suite de plusieurs injections, un tremblement des mains avec agitation, qui obligèrent à suspendre la médication pendant quatre jours.

Sur les 9 patients traités de la sorte, 4 ont complètement guéri, 4 autres ont subi une amélioration équivalant presque à la guérison, et le neuvième a vu ses douleurs diminuer dans une mesure assez considérable pour qu'il pût reprendre ses occupations.

Bien que la plupart de ses malades aient été, en même temps, soumis à d'autres médications (préparations salicylées, iodures, badigeonnages de teinture d'iode, vésicatoires, etc.), M. Retivov n'en estime pas moins que les injections de strychnine ont exercé chez eux une très grande influence sur l'évolution de la névralgie. (*Vratcheb. Gaz.*, 4 juin 1905.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La lumière rouge contre la scarlatine.

L'emploi de la lumière rouge fut tout d'abord préconisé contre la variole par Finsen, dans une série de communications dont les lecteurs de ce journal ont eu la primeur (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 469, et 1894, p. 302). Depuis lors, ce mode de traitement a été appliqué à d'autres maladies, mais il n'a pas donné dans toutes des résultats bien concluants; aussi, dans le rapport qu'il présentait il y a trois ans au Congrès allemand de médecine interne, sur la photothérapie, M. Bie pouvait-il déclarer que si, parmi les dermatites infectieuses, la variole et la rougeole paraissent heureusement influencées par la lumière rouge, on ne possédait pas encore, en ce qui concerne la scarlatine et l'érysipèle, des données suffisantes pour permettre une conclusion (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 147).

Or, à peu près vers la même époque, la question venait de se trouver tranchée pour l'érysipèle par les travaux de M. Krukenberg, que nous avions aussitôt fait connaître (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 136). Et voici maintenant que des recherches faites par M. le docteur J. Cnopf, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades de Nuremberg, semblent démontrer que les radiations rouges exercent également une action bienfaisante sur la scarlatine.

En effet, chez 14 petits scarlatineux que notre confrère a soumis à ce mode de traitement, le séjour dans la « chambre rouge » fit manifestement diminuer, puis disparaître la rougeur de la peau; il suffisait toutefois de ramener le malade à la lumière du jour pendant quelques instants pour voir reparaître l'éruption.

D'autre part, sous l'influence de la lumière rouge, la fièvre subissait une sorte de crise, et la défervescence paraissait se produire d'une façon plus précoce : alors que le septième jour, chez 24 scarlatineux non soumis à la photothérapie, la courbe thermique n'était pas encore redescendue au-dessous de 38°, le thermomètre revint à la normale dès le quatrième ou le sixième jour chez 7 enfants maintenus dans la chambre rouge, et chez lesquels la température avait été prise avec suite.

Il convient d'ajouter que les phénomènes inflammatoires du côté de la peau ne disparurent que plusieurs jours après la défervescence; aussi M. Cnopf estime-t-il qu'il importe de ne retirer les scarlatineux de la chambre rouge que lorsque l'exposition à la lumière du jour ne détermine plus de rubéfaction de la peau.

Traitement de l'asthme de foin par des instillations intra-oculaires de sérum spécifique.

Nous avons signalé, il y a deux ans, les essais de sérothérapie de l'asthme de foin institués par M. Dunbar et publiés par M. Thost : on se rappelle que le premier de ces confrères, ayant isolé du pollen des graminées une substance toxique, de nature albuminoïde, dont l'introduction dans le nez ou dans l'œil faisait apparaître chez les sujets prédisposés tous les symptômes de la fièvre de foin, utilisa cette substance pour préparer un sérum qui paraissait jouir d'une certaine efficacité, au moins à titre préventif, contre cette affection, si rebelle à toute thérapeutique (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 297).

Ce sont des recherches de même ordre que M. le docteur G. Billard, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, poursuit

avec M. Mallet depuis un an. Mais ils obtiennent leur sérum beaucoup plus simplement que par le procédé de M. Dunbar — puisque, sans s'astreindre à isoler la toxalbumine incriminée, ils se contentent d'injecter dans le péritoine du canard de la poudre de lycopode en suspension dans de l'eau savonneuse —, et de plus, au lieu d'injecter le sérum sous la peau, ils l'instillent purement et simplement dans le cul-de-sac conjonctival.

Ce sérum a été employé d'abord chez M. Mallet lui-même, puis chez un autre médecin de Clermont-Ferrand, M. le docteur A. Bastide, tous les deux étant sujets à l'asthme de foin, enfin chez un jeune homme de vingt-neuf ans, soigné par M. le docteur F. Cohendy, et atteint de la même affection; et dans ces 3 cas, l'instillation intra-oculaire d'une ou deux gouttes du sérum en question, répétée au besoin à plusieurs reprises, a fait assez régulièrement disparaître les accès pour plusieurs heures. Néanmoins, et quelque encourageants que soient ces résultats, MM. Billard et Mallet estiment qu'ils ne sont pas encore assez nombreux pour permettre de conclure d'une façon ferme au sujet de l'efficacité de la méthode.

LETTRES DE SUISSE

Genève, le 11 août 1905.

Le premier Congrès fédératif international des anatomistes.

Les cinq principales Sociétés d'anatomie du monde entier, à savoir l'*Anatomical Society of Great Britain and Ireland*, la *Deutsche anatomische Gesellschaft*, l'*Association des anatomistes français*, l'*Association of American Anatomists* et l'*Unione zoologica italiana*, avaient décidé de remplacer cette année leurs réunions habituelles par un « Congrès fédératif international » qui vient de se tenir à Genève du 6 au 10 août avec un remarquable succès, car il a réuni près de 300 adhérents.

Il n'est malheureusement pas facile, dans une simple correspondance, de rendre compte des nombreuses communications qui y ont été faites, et, d'ailleurs, la nature très spéciale de la plupart d'entre elles — relatives à des questions d'histologie générale ou d'anatomie comparée — ne leur permettrait pas de trouver utilement place ici; nous ne dirons donc que quelques mots de celles qui nous ont paru avoir un certain intérêt médical.

Mais avant d'aborder cette rapide revue des travaux d'ordre scientifique, signalons le rapport dont M. Prenant (de Nancy) avait été chargé l'année dernière, lors du Congrès de l'Association des anatomistes français, sur l'« Amélioration des publications scientifiques »; le rapporteur a insisté — et sa tâche était facile — sur le grand nombre de travaux sans valeur qui encombrent les journaux scientifiques, ainsi que sur l'insuffisante spécialisation de la plupart des revues et périodiques consacrés aux sciences biologiques, et ses critiques ont été accueillies avec faveur par l'assemblée.

Dans le même ordre d'idées, mentionnons la communication de M. Chaine (de Bordeaux), concluant à émettre un vœu en faveur de la réforme générale de la nomenclature anatomique, notamment au point de vue myologique, de façon à la rendre applicable à tous les vertébrés. Ce n'est pas aux lecteurs de ce journal qu'il est nécessaire de montrer l'utilité d'une telle réforme, ou pour mieux dire d'une refonte complète tendant à l'unification de la nomenclature anatomique : la lecture de la *Nomenclature anatomique française*, naguère publiée ici-même par M. F. Munch (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 281-296), suffit à prouver la nécessité d'une telle mesure. Quoi qu'il en soit, le Congrès, après discussion, a renvoyé au bureau la proposition de créer une commission permanente chargée d'étudier cette question.

En ce qui concerne les communications purement scientifiques, nous dirons d'abord un mot de celle de M. Hammar (d'Upsala), qui rend compte de ses recherches sur le poids et la persistance du thymus : il a pu s'assurer, par la dissection des cadavres de personnes mortes subitement — ce qui élimine toute modification d'ordre pathologique — que, contrairement aux idées généralement reçues, le développement du thymus continue bien au delà de la puberté, et ne s'arrête qu'à l'âge de trente-sept ans.

Ce sont ensuite MM. Cristiani et de Michelis (de Genève) qui font connaître une nouvelle méthode d'embaumement, consistant à pratiquer des injections de formaline et d'acide salicylique; on assure de la sorte non seulement la conservation parfaite du cadavre, mais encore la fixation des tissus, ce qui en permet l'étude histologique ultérieure.

Les questions, toujours si controversées, relatives à la structure de la cellule nerveuse, ne pouvaient manquer de retenir l'attention du Congrès. Aussi M. Donaggio (de Naples) a-t-il exposé le résultat de ses recherches sur les neurofibrilles; il conclut à l'existence d'un réseau neurofibrillaire dans les cellules nerveuses, réseau en communication avec les fibrilles des prolongements des cellules. Cette manière de voir, partagée par M. Waldeyer (de Berlin), donne lieu à une discussion très animée, à laquelle prend part notamment M. Ramón y Cajal (de Madrid), dont l'opinion s'écarte quelque peu de celle des précédents orateurs.

D'intérêt pratique peut-être plus immédiat sont les recherches de M. A. Kohn (de Prague), sur le développement du système nerveux périphérique : celui-ci prendrait naissance aux dépens des cellules de la gaîne de Schwann, auxquelles l'orateur propose même d'attribuer le nom — introduit dans la science par Kupfer — de *neurocytes*. M. Barfurth (de Rostock), s'appuyant sur des expériences faites à l'Institut anatomique de Rostock par M. Walter sur la régénération des nerfs, aboutit à une conclusion identique, qui est, au contraire, vivement combattue par M. Lenhossek (de Budapest).

Tels sont, dans les travaux du Congrès, les points qui nous ont paru le plus susceptibles d'intéresser le grand public médical. Mais il ne faudrait pas juger de l'importance de la réunion qui vient de se tenir d'après cet aperçu nécessairement très sommaire; aussi peut-on augurer que la « Fédération internationale des Anatomistes », à laquelle le présent Congrès a donné le jour, sera un organisme utile et fournira des résultats dont profiteront non seulement les diverses branches des sciences anatomiques, mais aussi les études biologiques en général.

Dr H. CRISTIANI, Professeur à la Faculté de médecine. Mme A. CRISTIANI, Docteur en médecine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE PARIS

Mathez (A.). Des résultats éloignés de la stomatoplastie par évidement commissural du col de l'utérus (opération de Pozzi).

Maurel (B.). L'épilepsie d'origine gastrique.

Mayer (Mlle L.). Spasme idiopathique de la glotte d'origine gastro-intestinale chez les nourrissons.

Neboux (F.). Contribution à l'étude des hémorrhagies surrénales dans les infections et intoxications aiguës.

Nonique (L.). Sclérose rétractile ecchymotique de l'anneau vulvaire : kraurosis vulvæ.

Ollièric (J.). Considérations au sujet d'une épidémie de variole observée à Rennes en 1903-1904.

Paoli (R. de). Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse.

Perruc (B.). Assistance aux femmes enceintes.

Prieur (G.). Le tabac et l'appareil vasculaire.

Quédec (E.). Des rapports entre les infections maternelles et les infections infantiles pendant les suites de couches.

Quellien (P.). La tension artérielle dans le saturnisme aigu et chronique.

Rigoulet (R.). Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du goitre exophtalmique.

Roger (L.). Le traitement opératoire du ptosis par la méthode de Parinaud.

Schützenberger. La glycogenèse dans les tumeurs; importance diagnostique et pronostique.

Serrès (A.). Luxation congénitale postérieure de l'épaule.

Tanret (G.). Contribution à l'étude de la gentiane.

Tchilian (M.-S.). La tachycardie; origine bulbaire dans la fièvre typhoïde.

Tixier (L.-J.). Rapports des états anxieux et des états épileptiques.

Vannier (L.). Etude radioscopique de la fonction respiratoire.

Wasserberg (E.). Essai de réglementation sanitaire du travail dans l'air comprimé (caissons).

Wayncop (Mme N.). Crises gastriques au début du tabes et crises gastriques en dehors du tabes.

Zaguelmann (A.). Contribution à l'épidémiologie et à la bactériologie de la méningite cérébro-spinale épidémique.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Bryant (W. S.). The anatomy of the child's ear; emphasizing points of practical importance. (*Arch. of Otol.*, avril.) — L'anatomie de l'oreille de l'enfant.

Gilis. La région parotidienne et l'espace maxillo-pharyngien. (*Montpellier méd.*, 9 avril, 11 et 18 juin.)

Horwitzówna (Kamilla). O metodach barwienia drobnowidzowych preparatów krwi. (*Gaz. lekarska*, 1er avril.) — Les procédés de coloration des préparations microscopiques du sang.

Iatzouta (K.). 2 cas d'anomalie de l'artère vertébrale (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XXI, 2.)

Ribadeau-Dumas. Application de la méthode à l'argent de Ramón y Cajal à l'étude de la rate. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, avril.)

PHYSIOLOGIE

Bard (L.). Des diverses modalités des mouvements de la chaîne des osselets et de leur rôle dans l'audition. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Dauwe (F.). Ueber die Bindung des Chlors in der Magenschleimhaut. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, XI, 2.) — Sur la fixation du chlore dans la muqueuse gastrique.

Monéry (A.). Etude nouvelle sur le métabolisme de l'iode dans l'économie et sur la fonction thyroïdienne. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Salmon (A.). Sull'origine del sonno; studio delle relazioni tra il sonno e la funzione della glandula pituitaria. In-8°, 61 p. Florence. — Sommeil et glande pituitaire.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Barkhache (P.). Contribution à l'étude de la tuberculose primitive de l'intestin et des ganglions mésentériques (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 10.)

Cesaris-Demel (A.). Sulle degenerazioni vacuolari da squilibrio osmotico. (*Sperimentale*, LIX, 1.)

Lissauer (M.). Ueber das Aneurysma am Stamme der Pulmonalarterie. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 3.)

Lohrisch (H.). Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Landry'schen Paralyse. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 2.)

Lombard (E.). Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des mastoïdites; la traînée cellulaire antro-apexienne. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mars.)

Maresch (R.). Ueber die feinere Struktur der Negri'schen Körper. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 juin.)

Marie (P.) et **Léri** (A.). Persistance d'un faisceau intact dans les bandelettes optiques après atrophie complète des nerfs : le faisceau résiduaire de la bandelette; le ganglion optique basal et ses connexions. (*Rev. neurol.*, 30 mai.)

Marinesco (G.). Lésions des neurofibrilles dans certains états pathologiques. (*Journ. de neurol.*, 20 juin.)

Matsuoka (M.). Ueber Gewebsveränderungen des verlagerten Hodens, Nebenhodens und Samenleiters. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 3.) — Les altérations histologiques du testicule, de l'épididyme et du canal déférent en ectopie.

Merkel (H.). Zur Kenntnis der metaplastischen Knochenbildung in lymphatischen Apparaten. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 juin.) — Sur l'ossification métaplastique au niveau des organes lymphatiques.

Michel (F.). Giebt es ein Epithelioma chorioectodermale des Eierstockes? (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 juin.) — Existe-t-il un chorio-épithélioma de l'ovaire?

Müller (H.). Beitrag zur pathologischen Anatomie der Pseudobulbärparalyse. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 2.)

MÉDECINE

Albu (A.). Zur Diagnose und Therapie der chronischen Perityphlitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 et 29 juin.)

Anders (J. M.). The prophylaxis of lobar pneumonia. (*Med. News*, 3 juin.)

Ashton (T. G.) et **Landis** (H. R. M.). Croupous pneumonia; an analysis from clinical observation of 991 cases occurring in the Philadelphia General Hospital from May 1, 1897, to October 1, 1904. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Bell (J. F.). Chylous ascites. (*Amer. Medicine*, 27 mai.)

Bendersky (J.). Ueber die primäre Mikrogastrie (Klinik des kleinen Magens). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 juin.)

Blank (D.). Ueber Volumetrie des Herzens. (*Thèse de Gœttingue.*)

Bradford (J. R.). On errors of diagnosis in medicine. (*Brit. Med. Journ.*, 10 juin.)

Carducci (A.). Sul fenomeno di Traube e sul fenomeno di Duroziez nell'insufficienza aortica. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXV, 2.)

Ceconi (A.). Le resistenze globulari nella nefrite. (*Clinica medica italiana*, janv.)

Coggeshall (H.). The relation of ethmoidal inflammation to asthma. (*Med. Record*, 3 juin.)

Cohnheim (P.). Die Krankheiten des Verdauungskanals (Oesophagus, Magen, Darm). In-8°, 247 p. avec fig. Berlin. — Les maladies du tube digestif.

Croftan (A. C.). The circumstances and treatment of Bright's disease. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 juin.)

Curlo (G.). Di un metodo per la delimitazione dello stomaco. (*Clinica medica italiana*, avril.)

Czernecki (W.). Kilka uwag w sprawie klinicznego badania krwi. (*Przeglad lekarski*, 8 et 15 avril.) — Examen clinique du sang.

Einhorn (M.). Further remarks on ischochymia and its treatment. (*Amer. Medicine*, 3 juin.)

Ferrari (G.). Sulle rapide diminuzioni dei limiti plessimetrici nella pericardite sierofibrinosa acuta. (*Gazz. degli Osped.*, 11 juin.)

Gebrovsky (E.). Contribution à l'étude de la recherche des bacilles de Koch dans les épanchements pleurétiques (en russe). (*Roussk. Vratch*, 7 mai.)

Girard (H.), **Sabrazès** (J.) et **Léger** (M.). Déséquilibre hémo-leucocytaire et réaction iodophile dans l'abcès du foie. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 11 juin.)

Glücksmann (G.). Symptomatologie und Therapie verschluckter Fremdkörper. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, avril.) — Symptomatologie et traitement des corps étrangers déglutis.

Gobbi (G.). Albuminurie gravi e glicosurie da fatica. (*Riv. critica di clinica medica*, 29 avril.)

Grünberger (V.). Ueber den Befund von Acetessigsäure in der Zerebrospinalflüssigkeit bei Coma diabeticum. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 24 juin.) — Sur la présence d'acide diacétique dans le liquide céphalo-rachidien au cours du coma diabétique.

Houghton (H. A.). Toxemia of intestinal origin as a condition predisposing to minor infections. (*Med. Record*, 27 mai.)

Wells (E. F.). Pneumonia; etiology and epidemiology. (*Med. News*, 20 mai.)

MALADIES INFECTIEUSES

Oliveira (O. de). La dysenterie amibienne chez l'enfant. (*Arch. de méd. des enfants*, avril.)

Paladino-Blandini (A.). La tifo-nucleo-albumina e il suo eventuale impiego nella diagnosi del tifo addominale. (*Policlinico*, partie méd., XII, 5.)

Poliansky (N.). Coexistence de l'actinomycose et de la tuberculose chez l'homme (en russe). (*Prakt. Vratch*, 9 et 16 avril.)

Radmann. Bemerkungen über die Genickstarre in Oberschlesien. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 mai.) — Sur la méningite cérébro-spinale épidémique dans la Haute-Silésie.

Robinson (F.) et **Potts** (E. T.). Notes on 600 cases of typhus fever. (*Brit. Med. Journ.*, 27 mai.)

Rogers (L.). The blood changes in plague. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, avril.) — Les modifications du sang dans la peste.

Talley (D. F.). Septic thrombosis of the femoral vein, following influenza. (*Med. News*, 6 mai.)

Tchaoussov (L.). Contribution à l'étude de la réaction de Widal (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, avril.)

Tedeschi (E.). Sopra un caso di setticemia diplococcica. (*Riforma med.*, 25 fév.)

Tendeloo (N. Ph.). Lymphogene retrograde Tuberkulose einiger Bauchorgane. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 et 30 mai.) — Tuberculose lymphogène rétrograde de quelques viscères abdominaux.

Thompson (R. L.). Laboratory diagnosis of variola. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 avril.)

Vigouroux (A.) et **Collet** (G.). Tuberculose hypertrophiante des ganglions abdominaux et de la rate, avec généralisation terminale, chez un hypocondriaque. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars.)

Vincent (H.). Symptomatologie et diagnostic de l'angine à spirilles et bacilles fusiformes (angine de Vincent). (*Lancet*, 13 mai.)

Ziveri (A.). Sul valore diagnostico della inoscopia. (*Policlinico*, partie méd., XII, 5.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Amantini (A.). Tabe dorsale spasmodica o malattia di Erb e Charcot. (*Gazz. degli Osped.*, 25 juin.)

Anglade et **Dumora.** Paraphasie, aphasie amnésique et démence. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 25 juin.)

Bastié. Les névralgies; de leurs causes, de leur traitement. 2e éd. In-8°, 20 p. Toulouse.

Bittorf (A.). Ueber die Beziehungen der angeborenen ektodermalen Keimblattschwäche zur Entstehung der Tabes dorsalis. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVIII, 5-6.) — Débilité congénitale de l'ectoderme et pathogénie du tabes.

Bonnier (P.). L'urhydrie céphalo-rachidienne et labyrinthique. (*Rev. neurol.*, 30 janv.)

Bornstein (M.). Z kazuistyki neurologicznej. (*Gaz. lekarska*, 11 et 25 mars, 1er, 8, 15, 22 et 29 avril et 13 mai.)

Brandeis (R.). L'urine des parkinsoniens. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 18 juin.)

Broglio (O.). Siringomielia e morbo di Morvan. (*Morgagni*, juin.)

Burr (C. W.) et **Camp** (C. D.). Peripheral obliterating arteritis as a cause of triplegia following hemiplegia, and of paraplegia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Catòla (G.). Quelques considérations sur certains symptômes de la maladie de Parkinson. (*Rev. de méd.*, juin.)

Courmont (P.). Aphasie et mutisme hystériques. (*Lyon méd.*, 18 juin.)

Curschmann (H.). Untersuchungen über die idiomuskuläre Uebererregbarkeit (idiomuskuläre Kontraktion Schiffs). (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVIII, 5-6.)

Debève (J.). Sur un cas de polioencéphalite disséminée. (*Nord méd.*, 1er juin.)

Dejerine (J.) et **Roussy** (G.). Un cas d'hémiplégie avec déviation conjuguée de la tête et des yeux chez une aveugle de naissance. (*Rev. neurol.*, 15 fév.)

Dide (M.). La démence précoce est un syndrome mental toxi-infectieux subaigu ou chronique. (*Rev. neurol.*, 15 avril.)

Dodd (H. W.) et **Woodwark** (A. S.). Rapid general myasthenia gravis. (*Lancet*, 17 juin.)

Donath (J.). Zur Psychopathologie der sexuellen Perversionen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 2.)

Dubois. Les psychonévroses et leur traitement moral. 2e éd. In-8°, 560 p.

Dupré (E.). Le puérilisme démentiel sénile. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Elliott (A. R.). Case of exophthalmic goiter with unusual associated lesions. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 juin.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Audry (Ch.). De quelques altérations cutanées déterminées par l'enveloppement humide (sudamina de macération). (*Ann. de dermatol. et de syph.*, mars.)

Bettmann (S.). Beiträge zur Kenntnis des Lichen ruber planus. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXV, 2-3.)

Bodin (E.). Traitement de la syphilis héréditaire chez le nouveau-né par les injections mercurielles. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIV, 1.)

Bukovsky (J.). Psorospermosis follicularis vegetans (Darier). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXV, 2-3.)

Ceconi (A.). Febbre sifilitica? (*Riv. critica di clinica medica*, 25 mars.)

Coenen (H.). Ueber Endotheliome der Haut. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 4.) — Sur l'endothéliome cutané.

Dalous (E.). Das Erythema syphiloide post-erosivum beim Erwachsenen. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 juin.)

Du Bois (Ch.). Les bains d'ichtyol en thérapeutique dermatologique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juin.)

Evans (W.). The age-incidence of herpes zoster. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, juin.) — La fréquence du zona suivant l'âge.

Fofanov (L.). Un cas de dermatite diffuse grave, due à une idiosyncrasie à l'égard du mercure (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 21 mai.)

Foresti (J. B.) et **Aguerre** (A. J.). Lipo-angiomas sarcomatosos subcutáneos. (*Rev. méd. del Uruguay*, avril.)

Français (H.). Un cas de sarcoïdes sous-cutanés multiples. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, mars.)

Grillo (C. A.). Sull'adenoma delle ghiandole sudoripare e suoi rapporti coi cilindromi ed endoteliomi cutanei. (*Arch. per le scienze med.*, XXIX, 3.)

PARASITOLOGIE

Barbagallo (P.). L'Entamœba hominis (Casagrandi e Barbagallo, 1897) e l'Entamœba histolytica (Schaudinn, 1903) in rapporto con la cosidetta dissenteria amebica. (*Policlinico*, partie méd., XII, 6.)

Bevan (A. D.). Actinomycosis. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Christophers (S. R.). On a parasite found in persons suffering from enlargement of the spleen in India; third report. In-4°, 14 p. avec fig. Calcutta.

Craig (C. F.). Observations upon amebas infecting the human intestine, with a description of two species, Entamœba coli and Entamœba dysenteriæ. (*Amer. Medicine*, 27 mai, 3 et 10 juin.)

Flexner (S.) et **Noguchi** (H.). On the occurrence of spirochæta pallida (Schaudinn) in syphilis. (*Med. News*, 17 juin.)

François (E.). Etat actuel de la question de l'ankylostomiase dans la région du Nord. (*Echo méd. du Nord*, 18 juin.)

Fränkel (C.). Ueber das Vorkommen der Spirochæte pallida bei Syphilis. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 juin.)

Galli-Valerio. Die Entdeckungen der Parasitologie und die Errungenschaften der Hygiene. (*Therap. Monatsh.*, juin.) — Les découvertes de la parasitologie et les progrès de l'hygiène.

Giemsa (G.). Coloration des protozoaires. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

Herxheimer (K.) et **Hübner** (H.). Ueber Darstellungsweise und Befund der bei Lues vorkommenden Spirochæte pallida. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 juin.)

CHIRURGIE

Brinkmann (L.). Acute appendicitis. (*New York Med. Journ.*, 27 mai.)

Cheyne (W. Watson). On acute abdominal symptoms. (*Brit. Med. Journ.*, 17 juin.)

Clairmont (P.) et **Ranzi** (E.). Kasuistischer Beitrag zur operativen Behandlung des subphrenischen Abszesses. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 juin.)

Clubbe (C. P. B.). 100 consecutive laparotomies for intussusception in children. (*Brit. Med. Journ.*, 17 juin.) — 100 cas de laparotomie pour invagination intestinale chez l'enfant.

Codman (E. A.) et **Chase** (H. M.). The diagnosis and treatment of fracture of the carpal scaphoid and dislocation of the semilunar bone. (*Ann. of Surgery*, mars et juin.)

Collins (H. D.). Retrosternal accessory thyroid tumor; report of a case requiring removal, terminating fatally. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Connell (F. G.). Gunshot wound of the pancreas. (*Ann. of Surgery*, mai.) — Plaie du pancréas par coup de feu.

Crile (G. W.). The prevention of shock and hemorrhage in surgical practice. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 juin.)

Cumston (C. G.). Un cas de hernie interstitielle chez une fille de neuf ans, avec remarques sur cette forme de hernie. (*Rev. de chir.*, juin.)

Deanesly (E.). The curability of hernia at all ages by operation. (*Brit. Med. Journ.*, 17 juin.)

De Franceschi (E.). Ascessi traumatici dei lobi frontali. (*Gazz. degli Osped.*, 25 juin.)

Dévé (F.). Les kystes hydatiques du foie. In-12, 195 p. F. R. de Rudeval.

Donati (M.). Sull'ernia inguinale diretta nella donna; contributo clinico e ricerche anatomiche intorno alle formazioni limitanti il canale inguinale nei due sessi. (*Arch. per le scienze med.*, XXIX, 3.)

Doran (A.). On dilatation of the gall bladder simulating ovarian cyst. (*Brit. Med. Journ.*, 17 juin.) — Dilatation de la vésicule biliaire, simulant un kyste de l'ovaire.

Dumas (A.). Ein Fall von Interposition des Ligamentum annulare in die Articulatio humero-radialis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 juin.)

Dunn (H. N.). Innominate aneurysm; simultaneous ligature of right carotid and subclavian arteries; recovery. (*Lancet*, 3 juin.)

Duroux (E.) et **Corneloup** (J.). Myxome pur des os récidivé et généralisé. (*Lyon méd.*, 25 juin.)

Erdmann (J. F.). Trauma of the mesentery; a report of two cases of detachment and one of multiple lacerations. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Escalier (J. M.). Quiste hidatídico de la cara inferior del hígado con degeneración fibrocalcárea ocupando el sitio de la vesícula biliar. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv.-fév.)

Ewald (L. A.). Drainage after laparotomy. (*Med. News*, 10 juin.)

Fauntleroy (A. M.). Report of a case of an extensive burn of the third degree. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.) — Brûlure étendue du troisième degré.

Flick (K.). Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen des Beckens. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 1.) — Lésions pelviennes par empalement.

Frank (K.). Beitrag zur traumatischen Muskelverknöcherung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 4.) — Sur la myosite ossifiante traumatique.

Friedrich (P. L.). Die Behandlung infektionsverdächtiger und infizierter Wunden, einschliesslich der panaritialen, phlegmonösen, furunculösen Entzündungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 juin.) — Le traitement des plaies suspectes ou infectées, notamment des panaris, phlegmons, furoncles.

Froidbise. De la subluxation du cartilage semilunaire. (*Arch. méd. belges*, juin.)

Frolov (V.). Sur la suture des plaies du foie (en russe). (*Voienno-méd. journ.*, mai.)

Füster (O.). Erfahrungen über Spinalanalgesie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 1.) — De la rachicocaïnisation.

Gangitano (F.). Contributo alla cura delle occlusioni intestinali. (*Riforma med.*, 15, 22 et 29 avril.)

Glücksmann (G.). Die traumatischen Erkrankungen der oberen Speisewege und ihre Behandlung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 juin.) — Les affections traumatiques des voies digestives supérieures et leur traitement.

Göbell (R.). Erfolgreiche Resektion von 3 m. Ileum wegen Volvulus und innerer Einklemmung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 4-6.)

Gorokhov (D.). Autoplastie de la joue (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 19, 26 et 31 mars et 9 avril.)

Gugnoni (E.). Tumore pulsante del cavo addominale. (*Gazz. degli Osped.*, 4 juin.)

Haberer (H.). Zur Casuistik der Knochencysten. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 1-2.) — Kystes des os.

Hackenbruch. Zur Behandlung der spinalen Kinderlähmung durch Nervenpfropfung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 juin.) — Sur le traitement de la paralsyie spinale infantile par la greffe nerveuse.

UROLOGIE

André. Des abcès de la prostate et de leur traitement. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin.)

Asch (P.). Die Einwirkung der Sublimatinjektionen auf die Schleimhaut der Harnröhre und ihre Gefahren. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 juin.) — L'action des injections au sublimé sur la muqueuse uréthrale et leurs dangers.

Bering (F.). Untersuchungen über Prostatasekret, insbesondere die Corpora amyloidea. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXV, 2-3.)

Brongersma (H. J.). De operatieve behandeling van prostaathypertrophie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 17 juin.)

Carli (A.). Herniologische Beobachtungen: Ueber die Harnleiterhernie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 4.) — La hernie de l'uretère.

Casper (L.). Handbuch der Cystoskopie. 2e éd. In-8°, 384 p. avec fig. Leipzig.

Crowder (T. R.). Tuberculosis of the prostate. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Englisch (J.). Ueber spontane Zertrümmerung der Harnsteine in der Blase. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 4.) — Sur la fragmentation spontanée des calculs vésicaux.

Fuller (E.). The relation of gonorrhœal rheumatism to seminal vesiculitis, and its cure by seminal vesiculotomy. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Ingianni (G.). Di un mezzo semplicissimo per sterilizzare in qualche minuto ogni catetere. (*Gazz. degli Osped.*, 1er juin.)

Kaveczky (B.). Ein operirter und geheilter Fall einer in der Prostatagegend sitzenden Echinococcuscyste. (*Monatsberichte für Urologie*, X, 6.) — Kyste hydatique de la région prostatique; opération; guérison.

Kelly (H. A.). Some surgical notes on tuberculosis of the kidney. (*Brit. Med. Journ.*, 17 juin.) — Du traitement chirurgical de la tuberculose rénale.

Klieneberger (C.). Ueber Urine und Urinsedimente bei chronischen und lokalen Stauungen, in Endzuständen und im Kollaps. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 et 27 juin et 4 juillet.) — L'urine et les sédiments urinaires dans la stase chronique et locale, dans l'agonie et dans le collapsus.

Krönlein. Ueber Nierengeschwülste. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er juillet.) — Des tumeurs du rein.

Leonard (C. L.). 40 cases of ureteral calculus in which the Röntgen diagnosis was confirmed by the recovery of the calculus. (*Lancet*, 17 juin.)

Monsarrat (K. W.). Constriction of the ureter. (*Brit. Med. Journ.*, 17 juin.) — Rétrécissement de l'uretère.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Applegate (J. C.). Therapeutic value of ergot in labor. (*Amer. Medicine*, 24 juin.) — Valeur thérapeutique du seigle ergoté dans le travail.

Bland (P. B.). Chorioepithelioma malignum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 juin.)

Bolli (V.). Della composizione del sangue materno e fetale in gravidanza fisiologica e nell'anchilostoma-anemia. (*Riv. critica di clinica medica*, 4, 11 et 18 mars.)

Bovée (J. W.). The development of fibroids of the uterus after ablation of the appendages. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 mai.) — Le développement des corps fibreux de l'utérus après ablation des annexes.

Bumm (E.). Grundriss zum Studium der Geburtshülfe. 3e éd. In-8°, 787 p. avec fig. Wiesbaden. — Eléments d'obstétrique.

Condamin (R. et A.). De l'hystérectomie vaginale pour cancer du col sur utérus gravide. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, mars.)

Couvelaire (A.). Dystocie par fistule utérine cervico-vaginale. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, avril.)

Dahlgren (K.). Bidrag till uterus-inversionens kasuistik. (*Hygiea*, mai.)

Dalmon (H.) et **Monnet** (R.). Imperforation du vagin avec hématocolpos; opération; malformation des organes génitaux internes; torsion de la trompe droite; mort. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, avril.)

De Lee (J. B.). Six cases of cesarean section. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Döderlein (A.) et **Krönig** (B.). Operative Gynäkologie. In-8°, 612 p. avec fig. Leipzig.

Doléris (J.-M.). Statistique sur l'avortement. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, avril.)

Dudley (E. C.). The expansion of gynecology, and a suggestion for the surgical treatment of incontinence of urine in women. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 juin.)

Durañona (L.). Un caso de aneurisma arteriovenoso de los vasos iliacos externos, complicado con embarazo á término; operación cesárea. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv.-fév.)

Fels (J.). Przyczynek do powiklania cukrzycy z ciaza. (*Przeglad lekarski*, 18 mars.) — Diabète compliqué de grossesse.

Ferré. Sur l'inversion utérine, à propos d'un cas d'inversion complète survenue le sixième jour après l'accouchement. (*Obstétrique*, mars.)

Füth (H.). Ueber Sectio cæsarea an der Moribunden. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 juin.)

Gaszynski (S. von). Zur Mechanik der Geburt; einzelne Komponenten des Beckenbaues; die Abhängigkeit der Conjugata vera vom unteren Symphysenwinkel. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 24 juin.) — Sur le mécanisme de l'accouchement.

Gaucher (F.). Cas de virginité anatomique absolue dans un mariage fréquemment consommé. (*Gaz. méd. de Nantes*, 3 juin.)

Grad (H.). Inflammatory disease of the uterine adnexa and its treatment. (*Med. Record*, 3 juin.)

PÉDIATRIE

Acuña (A.). Enfermedad de Addison, con hiperglobulia y linfocitosis, en una niña de 11 años. (*Arch. latino-americanos de pediatria*, mai.)

Araoz Alfaro (G.). Tres quistes hidáticos del pulmón en un niño de cuatro años. (*Arch. latino-americanos de pediatria*, mai.)

Betti (U. A.). Puntura esplorativa e massaggio nella cura dell'idrocele nei bambini. (*Gazz. degli Osped.*, 11 juin.)

Calwell (W.). Observations on dwarfism and infantilism. (*Brit. Med. Journ.*, 24 juin.) — Nanisme et infantilisme.

Campani (A.). Su alcuni punti della cura medica e chirurgica del male di Pott. (*Riforma med.*, 1er et 8 avril.)

Carrière (G.) et **Liénard** (M.). Sur un cas de rhumatisme chronique chez l'enfant. (*Nord méd.*, 15 juin.)

Cheney (W. F.). Tubercular meningitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 mai.)

Cozzolino (O.). Ancora dell'eosinofilia nella produzione sottolinguale. (*Pediatria*, mai.)

Gautier et **Kummer**. Note sur les bons effets de la greffe thyroïdienne (méthode de Cristiani) chez un enfant arriéré par défaut de développement de la glande thyroïde. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juin.)

ANNÉE 1904

Nous donnons ci-dessous les indications bibliographiques se rapportant à l'année écoulée, et qui ne sont parvenues à notre connaissance qu'après l'impression de notre dernier bulletin bibliographique de 1904.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Löwit (M.). Experimentelle Studien zur intravasalen Bakteriolyse; ein Beitrag zur Alexinfrage. In-8°, 197 p. avec fig. Vienne.

Strong (R. P.). Some questions relating to virulence of micro-organisms, with particular reference to their immunizing powers. In-8°, 38 p. avec fig. Manille.

Yakouchevitch (S.). Contribution à l'étude des précipitines (en russe). (*Troudy Kharkovsk. Méd. Obchtchestva*, 2.)

Yakouchevitch (S.). Essai d'application d'une méthode biologique (sérum précipitant) à la détermination du pouvoir digestif du tube gastro-intestinal (en russe). (*Troudy Kharkovsk. Méd. Obchtchestva*, 2.)

MÉDECINE

Calabi (T.). Sopra una cisti apoplettica con degenerazione e necrosi del pancreas ed itterizia. (*Progresso med.*, 25 nov.)

Lynch (R.). Etude des fèces normales. In-8°, 195 p. avec fig. Buénos-Ayres.

Lynch (R.). Examen microscopique des fèces; son importance et son application dans la pratique professionnelle. In-8°, 24 p. Leipzig.

Pecori (G.). Considerazioni sopra un raro caso di lunga permanenza di feci libere nel cavo peritoneale. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXIV, 2.)

Sailer (J.). Carcinoma of the stomach with hyperacidity. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, nov.)

MALADIES INFECTIEUSES

Bruncher. La tuberculose à la maison centrale de Lambèse, surtout chez les indigènes (1896 à 1904). In-8°, 187 p. avec tableaux. Berrouaghia. Impr. administrative.

Herzog (M.). The plague: bacteriology, morbid anatomy, and histopathology. In-8°, 149 p. avec fig. Manille. — La peste.

Lesourd (V.). Traitement de la tuberculose des voies respiratoires; recherches expérimentales et résultats cliniques. In-8°, 43 p. avec fig. et graphiques.

Wherry (W. B.). Glanders : its diagnosis and prevention; together with a report on 2 cases of human glanders occurring in Manila and some notes on the bacteriology and polymorphism of Bacterium mallei. In-8°, 25 p. avec fig. Manille. — Diagnostic et prophylaxie de la morve.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Alexéiev (M.). De l'hystérie chez les soldats (en russe). (*Troudy Kharkovsk. Méd. Obchtchestva*, 2.)

Chiaruttini (E.). Sopra un caso di paralisi spinale subacuta flaccida con reperto di sclerosi laterale amiotrofica. In-8°, 12 p. Venise.

McCarthy (D. J.). Cholesteatoma vasculosa of the choroid plexus of the lateral cerebral ventricles. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, nov.)

Negroni (G.). Deformità scheletriche del tronco in un caso di malattia di Recklinghausen. (*Arch. di ortopedia*, XXI, 3 et 4.)

CHIRURGIE

Arce (J.). Tratamiento del cáncer de la lengua. (*Anales del circulo méd. argentino*, août et sept.)

Arce (J.). Tratamiento del cáncer de la lengua. In-8°, 18 p. avec fig. Buénos-Ayres.

Arce (J.). Tratamiento de los quistes hidatídicos uniloculares del hígado (operación de Posadas). In-8°, 103 p. Buénos-Ayres. — Traitement des kystes hydatiques uniloculaires du foie (opération de Posadas).

Congrès français de chirurgie. 17e session. Paris, 1904. Procès-verbaux, mémoires et discussions. In-8°, XXXVIII-858 p. avec fig.

Elénevsky (K.). Contribution à l'anatomie pathologique de l'échinocoque multiloculaire chez l'homme (en russe). (*Troudy Kharkovsk. Méd. Obchtchestva*, 2.)

Erdheim (J.). Ueber Hypophysengeschwülste und Hirncholesteatome. In-8°, 190 p. Vienne. — Sur les tumeurs de l'hypophyse et les cholestéatomes du cerveau.

Gaudiani (V.). Un intervento chirurgico per appendicite tifosa perforativa. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXIV, 2.)

Lusena (G.). Contributo alla conoscenza della tubercolosi linguale. (*Clinica chirurgica*, déc.)

Quattrociocchi (G.). Chirurgia delle nefriti. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXIII et XXIV, 1 et 2.)

Ranelletti (A.). Sull'utilità del drenaggio nella cura dell'anasarca cardiaco. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXIV, 2.)

Schlacht (P.). Die chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden; eine klinische Sammelstudie. 2e éd. In-8°, 90 p. Königsberg. Gräfe et Unzer.

Zahradnicky. O narkose skopolaminomorfiove. (*Rev. v neurol., psychiatrii, fysik. a diætet. therapii*, nov. et déc.)

OPHTALMOLOGIE

Bulletins et Mémoires de la Société française d'ophtalmologie (21e année, 1904). In-8°, 465 p. avec fig.

Lodato (G.). Il tessuto elastico dell'occhio umano durante la vita fetale. In-8°, 49 p. avec fig. Palerme.

Nerli (G.). Contributo alla terapia della cheratite con infiltramento e dell'ascesso corneale. (*Clinica oculistica*, nov.-déc.)

Oliveira (J. J. de). Das paralysias oculares e seu valor semiologico. (*Thèse de Porto Alegre*.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Arcangeli (U.). Le indicazioni per l'interruzione della gravidanza in alcune malattie mediche. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXIV, 2.)

Lévi (L.) et **Bouchacourt** (L.). Radiographies de fœtus achondroplases. (*Rev. d'hyg. et de méd. infantiles*, III, 6.)

Meurice (J.). La contractilité de l'utérus isolé. (*Belgique méd.*, 15 déc.)

Tusini (G.). Contributo clinico ed anatomopatologico allo studio della tubercolosi dei tumori ovarici. (*Ginecologia*, 30 nov.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bobone (T.). Le pétrole dans le traitement de l'ozène. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Didsbury (G.). Otorrhée ancienne double; reliquat de végétations adénoïdes; persistance de l'otorrhée malgré un long traitement otologique; curettage du pharynx; guérison de l'otorrhée. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc.)

Kirchner (W.). Handbuch der Ohrenheilkunde. 7e éd. 2e partie. In-8°, p. 193 à 272, avec fig. Leipzig. — Traité d'otologie.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Delaunay (P.). Vieux médecins mayennais. 2e série : Barbeu-du-Bourg, G. du Tronchay, Mellé, Béré, Allard, Paigis, Plainchard-Choltière, Bucquet, etc. In-8°, 296 p. avec portraits.

Salager (E.). Le médecin aliéniste et philosophe Fr. Lélut. In-8°, 24 p. Montpellier.

GÉNÉRALITÉS

Jahresbericht des Landes-Medizinal-Kollegiums über das Medicinalwesen im Königreich Sachsen auf das Jahr 1903. In-8°, 416 p. Leipzig. — Rapport sur les affaires médicales dans le royaume de Saxe pendant l'année 1903.

Pouchet (G.). Leçons de pharmaco-dynamie et de matière médicale. 4e et 5e séries. In-8°, 1160 p. avec fig.

Statistique sanitaire des villes de France pendant l'année 1903 (18e année), et tableaux récapitulatifs des années 1886 à 1903. In-4°, 272 p. Melun. Impr. administrative.

VARIA

La mort du fait d'une maladie infectieuse intercurrente contractée au cours du traitement d'un accident du travail peut-elle être considérée comme une conséquence de cet accident ?

La liste des difficultés soulevées dans les divers pays par la législation sur les accidents du travail n'est pas près d'être close. Voici, par exemple, une espèce assez particulière, qui a donné lieu déjà à quelques décisions concordantes, tant en Allemagne qu'en France : en cours de traitement, un « accidenté » contracte une maladie infectieuse dont il meurt; ce décès peut-il être considéré comme une conséquence indirecte ou *médiate* de l'accident, et les héritiers ont-ils droit à l'indemnité prévue par la loi ?

C'est en Allemagne, croyons-nous, que la question s'est posée pour la première fois. Au milieu du mois d'août 1892, un ouvrier fut envoyé dans un institut mécanothérapique d'Hambourg pour y recevoir les soins nécessités par le traitement consécutif d'une blessure au doigt; peu après, le choléra éclatait dans la ville, où il faisait de nombreuses victimes, entre autres le « sinistré » en question. L'office impérial d'assurance, ayant à trancher l'affaire, admit la responsabilité patronale, se basant sur ce fait que, dans la seconde quinzaine d'août, l'épidémie avait pris à Hambourg une extension telle, que, pour qui habitait cette ville, le danger d'infection était bien supérieur aux risques de la vie habituelle.

Tel n'avait pas été, quelques années auparavant, l'avis de la même juridiction, laquelle avait décidé qu'une atteinte mortelle de fièvre typhoïde, survenue pendant le traitement d'un accident du travail, ne donnait pas lieu à l'application de la loi : sans doute avait-elle estimé que les risques de contagion typhoïdique n'étaient pas plus grands pour un blessé du travail que pour tout autre individu.

Là réside en effet le nœud de la question : il faut qu'il y ait entre l'accident et la mort par maladie infectieuse un lien de cause à effet, une relation au moins indirecte; or, ce lien, cette relation n'existeront que si l'on peut admettre ou bien que l'infection n'aurait pas eu lieu si le blessé n'avait dû, par le fait même de sa blessure, séjourner dans un lieu où il était particulièrement exposé à la contamination, ou bien que l'état de moindre résistance créé par le traumatisme le prédisposait particulièrement soit à contracter la maladie, soit — une fois atteint — à y succomber.

De fait, dans ces dernières années, les tribunaux français ont eu à envisager l'une et l'autre de ces éventualités. C'est d'abord, il y a cinq ans, le tribunal civil de Mirecourt qui a eu à statuer sur le cas d'un ouvrier ayant subi une mutilation du poignet — laquelle nécessita l'amputation — et ayant succombé au bout de deux mois à une atteinte d'influenza. Le tribunal admit l'existence d'une relation de cause à effet entre l'accident et le décès, par un jugement en date du 19 juillet 1900, dont voici les principaux considérants :

« Attendu que, par un certificat délivré à Jésonville, dès le lendemain de l'accident [soit le 23 janvier] et dûment enregistré, cet homme de l'art [le médecin traitant] atteste qu'il croyait que V... [le sinistré] ne succomberait pas, malgré la grande perte de sang et surtout s'il ne survenait pas de complication;

» Que le 10 février suivant, il certifiait que la victime ne pouvait faire le voyage de Mirecourt par suite de la suppuration du moignon;

» Qu'enfin, le 25 mars, invité à faire savoir si la mort était le résultat de l'accident, ou était due à une autre cause, il a déclaré que le défunt était décédé d'une pneumonie survenue à la

suite d'une attaque d'influenza, mais que l'énorme perte de sang subie le jour de l'accident, la suppuration prolongée du membre amputé le mettaient dans les conditions les plus défavorables pour résister à une maladie qui, en temps d'épidémie, enlève à peu près toutes les personnes débilitées qui en sont atteintes;

» Considérant que la pneumonie consécutive à l'attaque d'influenza dont a été atteint V... constitue la complication dont parlait le docteur P... dans son premier certificat;

» Que cette complication n'ayant pu être évitée et aucune faute ne pouvant être imputée de ce chef à l'ouvrier, il ressort donc des trois certificats versés aux débats..... que tout porte à croire, d'après les prévisions humaines, que c'est la forte perte de sang occasionnée par l'accident qui a été l'une des causes déterminantes de son décès;

» Que, dans ces conditions, il y a lieu de décider, sans avoir recours à une expertise qui ne saurait donner des résultats plus concluants que ceux découlant des certificats du médecin traitant, que le décès de V... est la conséquence au moins indirecte de l'accident. »

Ici, donc, c'est le fait que l'accident antérieur — ou ses suites immédiates (hémorrhagie, suppuration) — a débilité le blessé et l'a mis hors d'état de résister à l'infection intercurrente qui a permis au tribunal d'appliquer la loi de 1898. Dans l'affaire suivante, jugée le 25 mai dernier par le tribunal civil de Rouen, nous retrouvons au contraire la première espèce, celle-là même qui a été tranchée en Allemagne par l'Office impérial en faveur de l'ouvrier : un blessé est soigné à l'hôpital pour une fracture du crâne; il en sort guéri au bout d'un certain temps, mais doit presque aussitôt y rentrer, atteint d'une variole qui, vu la durée d'incubation de cette maladie, a nécessairement été contractée à l'hôpital. Le tribunal a accordé une rente à sa veuve, en se basant sur les motifs suivants :

« Attendu que, s'il est vrai que le décès n'a pas été déterminé par le traumatisme même du 14 octobre, cependant la variole, cause immédiate de cette mort, a été contractée à la suite de l'accident et à l'occasion de cet accident; qu'en effet, la veuve X... [la patronne] avait fait conduire Z... [le blessé] à l'hospice, le 14 octobre, pour suivre le traitement médical nécessité par la fracture du crâne dont l'ouvrier avait été victime; que Z... est sorti de l'établissement hospitalier le 5 novembre suivant, guéri de cette blessure; mais que, le 8 du même mois, il devait y rentrer, étant atteint d'une affection variolique;

» Que les médecins, entendus aux enquête et contre-enquête du 18 de ce mois, ont déclaré que la période d'incubation de cette maladie était de douze jours environ; que Z... avait contracté cette variole pendant son premier séjour à l'hospice; que les témoins ont affirmé que cette maladie n'existait pas dans le quartier de Z...; que ce dernier n'a pu être contaminé qu'à l'hospice où le mal sévissait, et ce, au cours du traitement nécessité par l'accident du 14 octobre;

» Attendu que si, à la vérité, la veuve X... est demeurée étrangère à ce traitement, elle n'en est pas moins, aux termes de la loi de 1898, directement responsable envers son ouvrier de toutes les conséquences de l'accident du travail; que Z... n'a pas été soigné en son domicile; que la variole n'a pas été contractée chez lui; que son entrée à l'hospice (entrée nécessaire pour procurer les soins voulus au blessé) est due à l'initiative du patron; que ce fait se rattache ainsi forcément à l'accident dont il n'a été que la conséquence et l'accessoire;

» Attendu, en définitive, que l'accident, l'entrée à l'hospice, la contamination variolique et la mort se sont succédé et se sont produits par une relation de causalité et non par une simple coïncidence fortuite, et ce, à raison d'un fait initial du travail. »

Telles sont donc les deux circonstances où, d'après la jurisprudence actuelle, la mort par maladie infectieuse intercurrente peut être considérée comme conséquence d'un accident du travail. Il est bon que le médecin connaisse ces faits, car, appelé à délivrer un certificat en pareille matière, il aura, suivant les cas, à rechercher où, quand et comment la contamination a pu avoir lieu, ou bien à apprécier le rôle que le traumatisme antérieur a joué sur l'évolution et l'issue de la maladie contagieuse.

NOUVELLES

ESPAGNE

~~~ Il y a un peu plus d'un mois, les journaux politiques annoncèrent l'existence de cas suspects de peste à Barcelone, mais aussitôt après la presse informa le public qu'à un premier examen bactériologique on n'avait pas découvert le bacille spécifique, et que par conséquent il ne s'agissait pas de peste.

Cette information rassura le pays et les Etats voisins; toutefois, une enquête que nous avons fait faire sur place dans les premiers jours de juillet dernier nous laissa quelques doutes à cet égard; néanmoins, nous jugeâmes préférable de garder le silence, bien que les documents reçus démontrassent que la situation sanitaire de Barcelone présentait quelque chose d'anormal. Nous aimions à espérer que les autorités ne tarderaient pas à faire connaître ce qu'il en était réellement, et cela avec d'autant plus de raison qu'au laboratoire municipal microbiologique on continuait les recherches bactériologiques. Mais voici un mois et demi que ces travaux ont été entrepris et il paraît que l'on n'est point encore fixé, car les autorités gardent toujours le silence.

En présence de cette situation, il nous a paru bon, dans l'intérêt de la vérité, de faire connaître sommairement les renseignements que notre envoyé spécial a pu recueillir sur place depuis l'apparition de la maladie jusqu'à la date du 8 août :

Au milieu du mois de mai, il s'est produit dans les arrondissements de Las Corts de Sarriá et de Hostafranchs, parmi des familles de chiffonniers et de portefaix du port, une série de cas d'une maladie, de nature infectieuse, avec fièvre, délire, céphalalgie, vomissements, etc., s'accompagnant le plus souvent au premier, deuxième ou troisième jour d'adénites inguinales, crurales ou axillaires, uni ou bilatérales, lesquelles arrivaient parfois au stade de suppuration. Les deux sexes ont payé leur tribut à cette infection. Vers la fin juin, un de nos confrères, M. le docteur Cercos, fut atteint, et dès les premiers jours on pensa qu'il pouvait s'agir d'une maladie exotique; en tout cas, il fallait bien reconnaître qu'on était en présence d'une affection contagieuse, puisque peu de jours après, la sœur de M. Cercos ainsi que l'unique servante de ce dernier tombèrent malades à leur tour. La servante succomba en quarante-huit heures, mais les deux autres malades guérirent.

C'est à la suite de ces cas que se répandit le bruit de l'existence de la peste, qui fut démenti publiquement par le maire de Barcelone et par les résultats de l'examen bactériologique communiqués le 1er juillet à l'Académie de médecine de Barcelone.

Toutefois, il n'en est pas moins vrai que depuis le moment où l'on a pensé à la peste jusqu'au 7 juillet, il s'est produit une dizaine de cas, dont 2 mortels (la bonne du médecin et un homme mort à l'hôpital de Santa Cruz). Ce ne sont pas les seuls : dans la partie haute de l'arrondissement d'Atarazanas, le plus voisin du port, au centre de l'arrondissement de Hostafranchs et çà et là dans ceux de Sans et de Las Corts, on a compté en tout depuis le début jusque vers le 18 juillet 22 autres cas avec 5 décès. La plupart des malades appartenaient à la classe ouvrière, mais sur le nombre il y avait aussi des enfants.

Depuis lors, on a observé encore plusieurs cas analogues, qui, s'ils se sont *presque tous* terminés par la guérison, n'en ont pas moins présenté des symptômes ressemblant d'assez près à ceux de la peste.

La majorité des médecins qui ont soigné ou vu les malades, ou qui ont pratiqué les autopsies, sont portés à considérer ces divers cas comme relevant de la peste. Il se peut que celle-ci, dans sa manifestation actuelle, se distingue par quelques particularités de la description classique, mais les analogies symptomatiques ne sont pas rares; tout au plus est-on en droit de dire qu'elle n'est pas très meurtrière : la mortalité ne dépasserait pas 25 à 30 %. Si le laboratoire municipal microbiologique ne s'est pas encore prononcé d'une manière définitive, ce n'est pourtant pas le temps qui lui a fait défaut, et nous ne sachions pas qu'un délai de plus de quarante jours soit nécessaire pour obtenir des résultats tels qu'on puisse les considérer comme suffisants pour émettre un avis officiel. Lorsque la peste éclata à Porto au mois de juillet 1899, le gouvernement espagnol, estimant que son consul dans cette ville n'avait pas fait tout son devoir en ne lui dévoilant pas la situation sanitaire avant la déclaration officielle de peste, n'hésita pas à révoquer immédiatement ce fonctionnaire. Si, en pareille occurrence, il était bon pour l'Espagne d'être tenue au courant, afin de prendre des précautions sérieuses, il n'est que juste d'admettre que les pays étrangers ont droit à leur tour à être renseignés quand c'est un point du territoire espagnol qui est — nous ne dirons pas contaminé — suspect de peste. Or, en présence d'une série de cas, échelonnés sur un espace de trois mois, ressemblant plus ou moins à une maladie exotique, ou en tout cas à une maladie infectieuse dont on n'a pas encore déterminé officiellement la nature, le silence doit avoir un terme.

ITALIE

~~~ Dans le courant du mois de juillet dernier a été promulguée la loi qui approuve la convention intervenue entre les ministres de l'instruction publique et des finances et les représentants officiels de la province, de la commune, et des hôpitaux de Milan pour la création et le fonctionnement dans cette ville d' « Instituts cliniques de perfectionnement » — sorte d'Académie de médecine pratique —, destinés exclusivement à l'enseignement des médecins pourvus du grade de docteur.

Pour le moment ces Instituts ne sont qu'au nombre de trois — clinique obstétricale et gynécologique (200 lits), clinique des maladies professionnelles (60 lits), clinique des maladies épidémiques contagieuses (164 lits répartis dans 7 pavillons) —, mais il pourra en être créé d'autres. Le budget annuel pour le fonctionnement de ces Instituts, formé par les quatre parties contractantes, s'élève, y compris un legs spécial, à la somme de 265,000 fr. environ. Les directeurs sont assimilés, comme rang, droits et devoirs, aux professeurs des Facultés de médecine.

Les Instituts cliniques ne conféreront pas de grades universitaires; ils délivreront seulement des diplômes de perfectionnement. En d'autres termes, il s'agit d'une Ecole d'application pratique, laquelle comprend actuellement trois sortes d'enseignement, dont deux — les maladies professionnelles et les maladies transmissibles — constituent le germe d'une organisation de l'étude de la médecine sociale. Milan étant un des plus grands centres du royaume, le matériel clinique ne fera jamais défaut pour l'instruction pratique des jeunes médecins.

L'exemple que vient de donner l'Italie montre que ce n'est pas qu'en Allemagne qu'on se préoccupe des moyens efficaces de former professionnellement les nouveaux docteurs; la voie suivie à Milan nous paraît très rationnelle et l'on ne peut que souhaiter de voir l'œuvre nouvelle prospérer et grandir, pour qu'un jour l'Ecole comprenne tous les domaines de la médecine et de la chirurgie.

~~~ A l'instar de ce qui fut fait en France, il y a une dizaine d'années (Voir *Semaine Médicale*, 1894, Annexes, p. CXLVII), les médecins du Parlement se sont réunis à Montecitorio et ont décidé de former un groupe médical extraparlementaire qui s'occupera d'examiner les nombreuses questions touchant à l'exercice de la profession médicale et à la protection de la santé publique.

Le groupe serait dans l'intention de convoquer à Rome, en un « Congrès général sanitaire pour les intérêts professionnels », les *medici condotti* (médecins communaux ou fédéraux pourvus d'un traitement fixe), le corps sanitaire, les pharmaciens et les vétérinaires.

SOUDAN FRANÇAIS

~~~ Un médecin des troupes coloniales, M. le docteur Laffay, ayant signalé que les indigènes de Ouagadougou emploient contre la lèpre — très répandue dans le pays mossi — un traitement qui paraît doué de quelque efficacité, un autre médecin des troupes coloniales, M. le docteur Ruelle, a été chargé de procéder à une enquête sur la question. Notre confrère, ayant pu retrouver et emmener avec lui à Bobo-Dioulasso l'indigène, inventeur du traitement, a institué dans cette dernière localité quelques essais thérapeutiques qui portent à l'heure actuelle sur 7 lépreux; or, chez tous, M. Ruelle a vu survenir une amélioration manifeste, parfois même la disparition à peu près complète des lésions lépreuses, et il pense qu'on ne saurait invoquer pour expliquer ces faits une simple transformation de taches hyperémiques et hyperchromiques en taches achromiques, car la sensibilité et la sudation, abolies tout d'abord sur les zones intéressées, y reviennent après le traitement, sans compter que les douleurs disparaissent et que l'état général se relève notablement.

Il n'est guère possible d'entrer ici dans les détails du traitement en question, dont nombre de pratiques bizarres pourraient sans doute être élaguées sans dommage, et qui comporte d'ailleurs l'emploi de végétaux indigènes non inscrits dans les pharmacopées européennes, et dont certains sont même insuffisamment déterminés au point de vue botanique. Disons seulement que ces végétaux — au nombre de cinq, à savoir : le *Salacia senegalensis*, le *Stylosanthes guineensis*, un *Loranthus* parasite de *Bauhinia reticulata*, une composée appartenant probablement au genre *Vernonia*, enfin une acanthacée indéterminée — servent à préparer une infusion (ou plutôt une décoction) et une pommade; que la première est employée à la fois en boisson, en lotions et en bains locaux, tandis que la seconde est appliquée sur les lésions lépreuses préalablement frottées au moyen d'un corps rugueux jusqu'à apparition d'un suintement sanguin, ou même scarifiées avec un rasoir, lorsqu'il s'agit de lépromes sous-cutanés.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

L'homme droit et l'homme gauche au point de vue pathologique; essai de systématisation de quelques affections et, en particulier, de la tuberculose pulmonaire, par M. Molle. In-8°, 73 p. Paris, 1905.

Chez la grande majorité des individus, qu'ils soient à l'état de santé ou, à plus forte raison, en puissance de maladie, il existe entre le côté droit et le côté gauche du corps une inégalité de résistance qui favorise la localisation des lésions morbides sur le côté correspondant; le sens de cette inégalité varie du reste selon les sujets, les uns pouvant être considérés comme « faibles droits », les autres comme « faibles gauches ». Telle est la thèse à laquelle M. Molle consacre le présent opuscule.

Chez le malade, la prédominance des lésions soit à droite, soit à gauche — à condition qu'aucune circonstance extérieure ne soit en cause — permet évidemment de présumer ce défaut de résistance de l'un ou de l'autre côté du corps; mais comment le reconnaître chez le sujet sain?

Un phénomène acquiert à cet égard, aux yeux de l'auteur, une valeur de premier ordre : c'est le décubitus latéral de prédilection au cours du sommeil. Il est bien connu, en effet, que nombre de personnes ne peuvent dormir que sur le côté droit ou sur le côté gauche. Or, sur 2,000 individus que M. Molle a soigneusement interrogés à ce point de vue, 1,724 (86 %) avaient un « côté de prédilection », 276 seulement étant indifférents au choix de l'un ou l'autre côté ou préférant le décubitus dorsal; et parmi les 1,724 personnes à préférence unilatérale, on comptait 1,352 dormeurs sur le côté droit contre 372 sur le côté gauche; les premiers constituent donc 72 % du total, les seconds 28 %. Pour comprendre les raisons de cette préférence, il faut admettre, d'après M. Molle, que le côté choisi est le moins sensible à la réaction que le décubitus latéral détermine dans les masses musculaires; or, chez la majorité des sujets, c'est le côté gauche qui est le plus sensible puisque c'est le décubitus droit qui est préféré; il y a donc 72 % de faibles gauches contre 28 % de faibles droits.

Cette même hyperesthésie unilatérale relative — révélatrice, pour l'auteur, de la faiblesse congénitale d'un côté du corps — peut également être mise en évidence par l'exploration manuelle des masses musculaires ou des troncs nerveux aux points d'élection, ou encore par la compression de certains organes, surtout des ovaires ou des testicules. Les données fournies par ces nouveaux moyens d'investigation ne font que confirmer et compléter celles qui découlent de l'étude du décubitus de prédilection; elles permettent de porter à 90 %, au lieu de 86 %, la proportion des sujets susceptibles d'être catalogués en faibles droits ou faibles gauches, les premiers ne formant d'ailleurs plus que 24 % du total dont les seconds constituent 76 %.

Il s'agit maintenant de savoir si les faits d'observation clinique concordent avec ces résultats. Or, voici ce que l'auteur nous apprend:

Sur 63 cas d'eczéma consécutif à une application vésicante (thapsia, vésicatoire cantharidien) faite alternativement d'un côté puis de l'autre, c'est toujours et exclusivement le « côté faible » qui fut atteint; il en était de même dans un cas d'éruption eczématiforme par ingestion d'antipyrine; pour ce qui est de l'eczéma spontané, dont M. Molle a recueilli 35 observations, c'est aussi le côté faible qui est seul intéressé quand les lésions sont unilatérales, et c'est par lui qu'elles débutent lorsqu'elles sont bilatérales. Et l'auteur put constater que cette règle de localisation des lésions se vérifiait également chez 90 variqueux, chez 22 sujets atteints de varicocèle, chez 60 affectés de sciatique, ainsi que dans 65 cas de tumeurs blanches de siège varié *survenues sans traumatisme antérieur*, dans 22 de tuberculose testiculaire, dans 16 de cancer du sein, dans 5 d'ostéosarcome des os longs.

Enfin, il n'est pas jusqu'à la pathologie interne qui ne prête à des considérations analogues. M. Molle étudie à ce point de vue la pneumonie et la tuberculose pulmonaire, et voici les règles de localisation qu'il déduit de ses observations, au nombre de près de 400 :

Chez les faibles gauches, la pneumonie du *sommet gauche* débute toujours en avant, sous la clavicule, de sorte que les râles crépitants et le souffle apparaissent dans l'aisselle avant d'être perçus dans les fosses sus et sous-épineuses; c'est au contraire en arrière que se manifestent d'abord les signes d'auscultation, chez ces sujets, au cas de pneumonie du *sommet droit*. Les mêmes règles sont applicables aux pneumonies de *la base* (foyer primitif d'auscultation en avant dans les lésions du côté gauche, en arrière dans celles du côté droit), mais il faut noter que, le lobe inférieur gauche étant difficilement accessible par sa partie antérieure, le diagnostic de la pneumonie de la base gauche, chez les faibles gauches, est souvent malaisé tant que les signes ne sont pas perceptibles en arrière, ce qui n'a jamais lieu avant le quatrième jour.

Chez les faibles droits, ces diverses règles de localisation sont purement et simplement inversées.

Dans la tuberculose, les choses se passent à peu près de même, quoique d'une manière un peu plus compliquée : chez les *faibles gauches*, l'envahissement bacillaire se porte concurremment sur deux régions bien différenciées des sommets, à savoir le pôle antérieur gauche et le pôle postérieur droit (les pôles antérieur et postérieur correspondant respectivement aux fosses sous-claviculaire et sus-épineuse); c'est l'inverse qui se produit chez les *faibles droits*. Cependant il n'est pas toujours facile de faire, par les moyens stéthoscopiques, la preuve de l'apparition simultanée des lésions, en avant d'un côté, en arrière de l'autre, mais la sensibilité exagérée, à une pression digitale un peu vigoureuse, des deux régions suspectes, comparées à leurs homologues, témoigne suffisamment de l'altération pulmonaire sous-jacente.

Par la suite, l'évolution de la double lésion est assez variable; trois modalités, importantes au point de vue du pronostic, peuvent se présenter : tantôt il y a alternance régulière des poussées congestives sur l'un et l'autre foyer, et dans ce cas, dit M. Molle, on peut affirmer une marche rapide de l'affection; tantôt l'un d'eux accapare pour son compte la majeure partie des phénomènes congestifs, sans que l'autre du reste cesse d'être nettement appréciable : on aurait alors affaire à une forme grave, quoique moins rapide que dans l'éventualité précédente; tantôt enfin un seul foyer est en activité, le second demeurant silencieux : on serait en pareille occurrence fondé à prévoir une forme chronique, avec rémissions fréquentes et survie prolongée.

Sans vouloir approfondir les conditions pathogéniques qui tiennent sous leur dépendance ces localisations des processus tuberculeux et pneumonique, l'auteur se déclare disposé à les attribuer à une différence dans l'action trophique exercée par les pneumogastriques droit et gauche, et il fait observer que les renseignements fournis par le « réflexe du nerf vague » chez les phtisiques — naguère étudié par M. Th. J. Mays (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 303) — viennent à l'appui de cette hypothèse.

Tels sont les principaux faits sur lesquels M. Molle étaie sa théorie de l'inégalité de résistance des deux côtés du corps. On aura sans doute remarqué la frappante analogie qui existe entre certains des symptômes permettant le classement en faibles droits et faibles gauches et telle ou telle manifestation hystérique. Est-ce à dire qu'il faille étendre encore le domaine de la grande névrose, ajouter un chapitre de plus à son histoire pathologique? Bien loin de le penser, l'auteur est plutôt porté à croire que l'hystérie, au sens propre du mot, est comme une extension anormale, dans la sphère sensitive et psychique, d'un état de déséquilibre devenu presque normal dans le système tropho-neurotique, et résultant des conditions de vie particulière que l'état de civilisation impose à l'humanité. — F. F.

Contribution à l'étude de la séro-réaction de la bacillo-tuberculose (méthode Arloing-Courmont), par MM. G. Sabaréanu et Salomon.

Ce sont des recherches de contrôle, sur la valeur diagnostique de la séro-réaction de la tuberculose selon la méthode des cultures homogènes de MM. Arloing et Courmont, que les auteurs ont entreprises sur 300 malades; et voici quels en sont les résultats :

Dans la tuberculose pulmonaire chronique avancée, à la période des cavernes, la séro-réaction n'est positive que dans le tiers des cas environ; au contraire, lors de tuberculose du premier ou du second degré, elle fournit un résultat le plus souvent positif, et ne se trouve en défaut que dans 16 % des faits.

Mais il s'agit ici, en somme, de formes dont le diagnostic peut être affirmé par les ressources ordinaires de la clinique. Plus importante est l'application de la séro-réaction aux malades simplement *suspects* de tuberculose pulmonaire; or, sur 32 cas de ce genre, l'agglutination se produisit 19 fois, soit une proportion de 60 %; et, tandis que pour 4 des malades à réaction positive la tuberculose pulmonaire put ultérieurement être confirmée (soit cliniquement, soit à l'autopsie), 5 des patients à réaction négative succombèrent à quelque autre affection, et chez aucun d'eux on ne put trouver trace de lésion tuberculeuse.

Sur 23 cas de tuberculose d'organes autres que les poumons, 20 fois on eut un résultat positif, les 3 faits négatifs correspondant à une tumeur blanche du genou guérie, à un épanchement pleural à lymphocytes, au cours d'une néphrite chronique, sans lésion bacillaire constatable à l'autopsie, enfin à une tuberculose cutanée.

Dans les affections pulmonaires chroniques qui masquent fréquemment la tuberculose — emphysème, bronchite chronique, asthme —, l'agglutination fut obtenue 8 fois sur 11; la réaction était également positive chez 3 jeunes femmes atteintes de rétrécissement mitral pur, dans 2 cas d'anémie d'origine obscure, enfin chez un certain nombre de sujets porteurs d'arthropathies chroniques multiples, toutes affections dont les relations avec la tuberculose sont à peu près généralement admises.

En ce qui concerne les maladies fébriles aiguës (congestion pulmonaire, pneumonie, broncho-pneumonie, diphtérie, lymphangite, rhumatisme articulaire aigu), tous les auteurs qui se sont occupés de la séro-réaction tuberculeuse conviennent qu'elle y donne fréquemment des résultats positifs, et c'est ce que confirment aussi les observations de MM. Sabaréanu et Salomon; la recherche du pouvoir agglutinant peut cependant rendre des services en pareille matière : l'absence de réaction permit dans un cas de réformer le diagnostic de granulie, et il s'agissait en effet d'une grippe à forme prolongée.

Enfin, dans un certain nombre d'affections apyrétiques les plus diverses et sans aucun rapport avec la tuberculose (artériosclérose, néphrite interstitielle, ramollissement cérébral, etc., etc.), la réaction fut positive dans un tiers des cas à peu près, et, pour un de ces faits au moins, l'autopsie révéla ultérieurement des lésions tuberculeuses que rien ne décelait à l'examen objectif.

Au total, les auteurs estiment que la séro-réaction tuberculeuse doit être considérée comme un complément utile des autres moyens d'investigation clinique dont nous disposons : son absence n'a pas une valeur démonstrative absolue et ne saurait suffire à faire écarter *de plano* l'hypothèse de tuberculose, mais sa présence constante, chez un individu *apyrétique*, doit faire soupçonner l'existence d'une lésion tuberculeuse. (*Rev. de méd.*, juillet 1905.) — F. F.

Effets expérimentaux de la toxine dysentérique sur le système nerveux, par M. Ch. Dopter.

Dans une précédente série de recherches (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 117), l'auteur a pu expérimentalement reproduire, par des injections sous-cutanées de cultures pures de

bacilles de la dysenterie (type Shiga) ou des produits solubles sécrétés par le même microbe, des altérations de l'axe gris du système cérébro-spinal, diffuses ou en foyers, affectant au point de vue anatomique la forme de la poliomyélite ou de la polio-encéphalite et se traduisant cliniquement par des paralysies qui le plus souvent prennent le type paraplégique, mais peuvent aussi réaliser le syndrome de Landry ou encore celui de l'hémiplégie spinale; et ces faits expérimentaux sont entièrement superposables aux observations cliniques, qui montrent la possibilité — et même jusqu'à un certain point la fréquence — des lésions de la moelle au cours de la dysenterie bacillaire de l'homme.

Une particularité curieuse, dans les premières recherches de M. Dopter, était l'intégrité des racines et des nerfs périphériques, et l'absence de tout trouble sensitif; et cependant, en pathologie humaine, on a recueilli quelques cas où apparurent, comme complication nerveuse de la dysenterie, des troubles d'apparence névritique : paralysie du grand dentelé avec parésie du rhomboïde et du trapèze et méralgie paresthésique (Pugibet); névrite sciatique (von Leyden); polynévrite sensitivo-motrice de la région de la hanche (Fraser), etc.; et l'auteur lui-même a observé dans les mêmes circonstances une névrite du nerf péronier droit chez un premier malade, une névrite crurale chez un second. Mais, faute de toute vérification anatomique, ces faits pouvaient soulever quelques difficultés d'interprétation; il importait donc de les soumettre au contrôle du laboratoire.

Or, chez l'animal, par la technique susmentionnée, ce sont toujours des lésions centrales que l'on obtient. C'est que la mort est rapidement la conséquence de ces poliomyélites ou polio-encéphalites expérimentales : elle ne tarde guère plus que le septième jour, ne laissant pas aux altérations périphériques le temps de se développer. Et si l'on tente de réaliser une dysenterie de plus longue durée en diminuant les doses injectées, ou bien l'on obtient des effets cumulatifs, et le résultat est le même que tantôt, ou bien on immunise l'animal. Pour rechercher si la toxine dysentérique est capable de léser la fibre nerveuse périphérique, une seule voie restait donc ouverte : porter directement cette substance au niveau d'un tronc nerveux, et cela chez un animal relativement réfractaire, tel le cobaye.

Quatre ou cinq gouttes de toxine dysentérique sont ainsi injectées autour du nerf sciatique, et du côté opposé on injecte même dose de bouillon stérile; cette opération est répétée plusieurs fois, à cinq ou six jours d'intervalle. Du côté « intoxiqué », on constate au bout de huit ou dix jours des troubles sensitifs (hypo ou hyperesthésie) associés ou non à des parésies, légères d'abord, mais qui vont en s'accentuant. L'animal est sacrifié au quinzième jour, et l'on trouve, dans le sciatique et ses branches, des lésions de nécrose segmentaire périaxile, et même quelques figures de dégénérescence wallérienne au début.

L'expérimentation permet donc d'affirmer la réalité des névrites périphériques par intoxication dysentérique; mais incontestablement la fibre nerveuse périphérique est moins sensible à cet égard que l'axe gris médullaire ou bulbo-protubérantiel. Il est évident, en outre, que les considérations qui précèdent ne valent que pour la dysenterie bacillaire, du moins tant qu'on n'aura pu démontrer que l'amibe dysentérique sécrète elle aussi des produits solubles nocifs. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin 1905.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur la valeur de la jéjunostomie, par M. H. Lempp.

Le mémoire de M. Lempp a pour base 68 cas de jéjunostomie provenant de la pratique de M. le professeur von Eiselsberg, de 1894 à 1903 : de ces opérations, 44 ont été effectuées dans le cancer de l'estomac, 18 dans l'ulcère et ses complications, 5 à la suite de brûlures étendues de l'œsophage et de l'estomac, 1 pour une linite plastique. En somme, il y a lieu d'étudier les résultats et les indications de la bouche jéjunale dans le cancer, dans l'ulcère, dans les brûlures gastro-œsophagiennes.

La résection ou, à son défaut, la gastro-entérostomie, telles sont les interventions normales dans le cancer gastrique; la jéjunostomie n'est qu'un pis aller, mais qui trouve pourtant, dans certaines conditions générales et locales, les raisons de sa mise en pratique. On y a recours comme à l'opération la plus courte, chez certains malades épuisés; ailleurs, l'estomac est en entier transformé en cancer; ou bien le pylore est libre, et le néoplasme, inextirpable, occupe la petite courbure; ou encore la tumeur est ouverte dans le côlon ou à la paroi et il est indispensable d'exclure l'estomac; il peut aussi s'agir d'une récidive du cancer, à la suite d'une gastro-entérostomie ou d'une gastrectomie antérieures; enfin, sans qu'il y ait de vomissements, sans que le pylore soit envahi, il existe des douleurs aiguës et constantes à chaque ingestion, qui rendent toute alimentation impossible.

En somme, ces jéjunostomisés ne sont jamais que des malades désespérés et proches de la fin, et l'on ne saurait s'étonner de la mortalité élevée de l'opération. Si l'on s'astreint à la règle posée par von Mikulicz et que l'on compte parmi les morts opératoires toutes celles qui surviennent dans les trente premiers jours, on relève (un cas étant éliminé, sur les 44, pour des raisons spéciales) 22 morts et 21 survivants, soit une mortalité de 51 %; si l'on s'en tient à l'appréciation ordinaire et que l'on ne rattache à l'opération que les morts par péritonite, hémorrhagie, complications pulmonaires, collapsus, etc., la mortalité descend à 32.5 %. Mais quelle est la survie moyenne? L'analyse démontre que le quart environ des opérés qui n'ont pas succombé aux suites immédiates de l'intervention, ou le sixième de l'ensemble des jéjunostomisés pour cancer, survivent trois mois. C'est bien peu, mais l'amélioration fonctionnelle, l'atténuation des douleurs, le bénéfice appréciable que ces malades retirent de l'intervention, suffisent, d'après l'auteur, à la légitimer, en dehors, toutefois, de certaines contre-indications, telles que les métastases multiples et l'ascite, le ramollissement et la rupture du néoplasme. Si l'on soustrait des 44 cas en question ceux qui n'auraient pas dû être opérés et ceux où quelque faute opératoire a été commise, il reste 31 observations avec 12 morts dans les trente premiers jours, soit une mortalité de 38.7 %, et la survie moyenne est de quatre-vingt-trois jours, ou à peu près trois mois. Maydl avait donné une statistique bien meilleure, se chiffrant par 20 % de mortalité seulement, mais elle portait sur des faits différents, car il pratiquait la jéjunostomie de préférence à la gastro-entérostomie, dans des conditions où cette dernière eût été parfaitement exécutable. Réduite à ses indications réelles, la jéjunostomie dans le cancer n'est qu'une dernière intervention palliative.

La question se présente autrement lors de l'ulcère; 18 faits de ce genre sont relatés et analysés par M. Lempp. Leur mortalité générale semble d'abord un peu déroutante : il y a 8 morts dans le cours du premier mois, soit 44.4 %; mais 2 de ces cas sont à retrancher, le dénouement n'ayant eu aucun rapport avec l'opération : il en reste 6, sur un total de 16 faits, et une mortalité encore de 37.5 %. Des 6 morts, 3 sont dues à une complication de l'ulcère (perforation, hémorrhagie), 2 à des accidents pulmonaires, 1 à la tuberculose généralisée; des 10 opérés qui ont survécu, 6 ont été guéris de façon durable, 3 ont été améliorés, un seul n'a pas été modifié.

Quelles sont les particularités qui ont paru rendre préférable la jéjunostomie? La plupart du temps, il s'agissait d'ulcères compliqués : ulcères calleux pénétrants, ulcères de la zone cardiaque avec estomac en sablier, ulcères avec périgastrite adhésive généralisée, ulcères avec hémorrhagies considérables, répétées et menaçantes pour la vie, ulcères avec perforation. La fistule jéjunale est également utile dans toutes les circonstances où la résection et la gastro-entérostomie seraient les interventions de choix, mais se trouvent contre-indiquées par la faiblesse du malade, en particulier dans les gros ulcères calleux très étendus, lors d'hémorrhagies graves, de perforation de l'estomac dans un viscère voisin, de communication gastro-colique, par exemple. En dernier lieu, elle peut rendre des services — et permettre la guérison — après échec des opérations radicales ou de la gastro-entérostomie.

Cette jéjunostomie est temporaire, mais elle doit toujours être longtemps maintenue, et, après la disparition des accidents, rester ouverte quelque temps encore, à titre de voie de sûreté.

Dans les grandes brûlures, enfin, de l'œsophage, de l'estomac et du pylore, l'abouchement du jéjunum à la paroi a fourni de précieux résultats; il doit être pratiqué de bonne heure; si l'on trouve, chez un blessé très affaibli, avec des brûlures œsophagiennes et pyloriques, l'estomac très gonflé, il convient de combiner à la jéjunostomie le premier temps de la gastrostomie, que l'on complétera bientôt, pour évacuer le contenu gastrique. Ultérieurement on procède à la dilatation progressive de l'œsophage, on remédie au rétrécissement pylorique par l'opération plastique, la résection ou la gastro-entérostomie, et la bouche jéjunale est alors supprimée.

Pour répondre à ces diverses indications, la jéjunostomie doit être une opération simple, rapide; il faut, de plus, qu'elle crée une fistule continente. Or, parmi les 68 cas relatés par M. Lempp, 65 fois on a eu recours au procédé de M. von Eiselsberg, 2 fois à celui de Maydl, 1 fois à celui d'Albert; dans ces trois derniers faits, la continence était incomplète; dans les 65 jéjunostomies selon M. von Eiselsberg, 4 fois seulement il y eut un fonctionnement anormal de la fistule; 61 fois celle-ci fut continente pendant toute la durée de l'observation clinique. On sait (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 233-237) que cette fistule est créée par l'application au jéjunum du procédé de gastrostomie de M. Witzel : une sonde de caoutchouc rouge n° 10 ou 12 pénètre dans l'anse et reste incluse sous une double plicature de la paroi superficielle, qui figure de la sorte un trajet canaliculé, descendant, de quelques centimètres. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 1-2.) — L.

Sur la « sécrétion sudorale paradoxale » chez l'enfant, par M. J. Zappert.

Les anomalies de la sécrétion sudorale chez les enfants étant encore fort peu connues, il nous paraît intéressant de signaler ici l'observation publiée par M. Zappert et qui a trait à une fillette de six ans, chez laquelle on constata, dès l'âge de deux ans, des troubles dans le fonctionnement des glandes sudoripares : au commencement de la saison froide, on remarqua qu'aussitôt que l'on sortait l'enfant dans la rue, le dos de ses mains se couvrait très rapidement d'une sueur abondante. Ces accès de transpiration augmentaient progressivement d'intensité, en même temps que d'étendue, présentant habituellement la marche suivante : en premier lieu, comme nous venons de le dire, la sueur envahissait la région dorsale de la main, puis, le côté extenseur de l'avant-bras d'abord et du bras ensuite, et finalement la nuque et la poitrine. Au moment où la sécrétion sudorale atteignait son apogée, toutes ces parties étaient très froides et la peau à leur niveau était pâle, sauf au dos de la main, qui, exposé à l'air, paraissait, au contraire, d'une rougeur intense. Les troubles subjectifs étaient insignifiants et se traduisaient, tout au plus, par une sensation désagréable de froid.

Les accès se reproduisaient, avec la régularité d'une expérience, toutes les fois que la fillette sortait par un temps frais, et cela quels que fussent les vêtements qu'elle portait. Sa transpiration s'établissait aussi lorsqu'on lavait l'enfant à l'eau froide ou qu'on la déshabillait dans une chambre froide. Enfin, au dire de la mère, une excitation psychique était également susceptible de provoquer la sueur. La sécrétion sudorale cessait dès qu'on mettait la petite patiente au lit ou qu'elle parvenait à se réchauffer en courant ou en sautant. Fait curieux,

la transpiration était nettement limitée aux régions susmentionnées, et jamais la paume de la main, le front ou d'autres parties de la surface du corps ne participaient à cette sécrétion anormale de sueur.

Les choses restèrent dans le même état à peu près pendant toute la durée de l'hiver et se renouvelèrent encore passagèrement en été, sous l'influence d'un refroidissement brusque de la température. L'hiver suivant, la maladie se reproduisit, mais cette fois elle fut moins longue et aussi moins accentuée, peut-être grâce au traitement arsenical qui fut, dès lors, institué au début de chaque période sudorale. Depuis, les accès devinrent de plus en plus courts et espacés, et on a l'impression que l'état morbide en question tend progressivement à disparaître.

En dehors de ces accès, la petite fille est fort peu portée à transpirer : en plein été, sa peau est parfois moite, mais on n'y remarque jamais de gouttelettes de sueur, et — chose curieuse — cette sécrétion sudorale naturelle respecte également la paume de la main, la plante du pied et le creux axillaire, étant, par contre, démesurément accentuée sur la face dorsale de l'avant-bras.

Malgré ces troubles singuliers dans le fonctionnement des glandes sudoripares, la petite patiente ne présente aucune autre anomalie. Issue de parents consanguins (cousins) et quelque peu délicate, elle est cependant bien portante et très vive. Pendant les périodes sudorales, on n'a jamais remarqué chez elle le moindre désordre, pas plus dans les fonctions motrices que du côté de la sensibilité tactile ou thermique, ou au niveau des pupilles. L'urine ne contient ni albumine, ni sucre.

Comme, au point de vue étiologique, on ne peut incriminer, chez cette petite fille, aucune des affections organiques du système nerveux central ou périphérique (hémiplégie, syringomyélie, tabes, myélite, polynévrite, etc.) qui s'accompagnent parfois d'anomalies de la sécrétion sudorale, pas plus que l'hystérie ou la neurasthénie, l'auteur est porté à faire rentrer le fait dans le groupe des névroses sudorales réflexes. Dans ce groupe, il convient de faire une place à part aux cas de sécrétion sudorale *paradoxale*, c'est-à-dire se produisant, comme dans l'observation que nous venons de résumer, sous l'influence des circonstances (notamment le froid) qui normalement font, au contraire, tarir la transpiration, et *vice versa*.

Le fait relaté par M. Zappert se distingue des observations analogues publiées antérieurement par un certain nombre de points qui méritent d'être retenus, à savoir la localisation insolite de la sueur, laissant indemnes les parties du corps qui habituellement constituent le siège de prédilection de la transpiration, l'apparition de l'anomalie dans le bas âge et son évolution périodique. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 5.) — L. CH.

Sur le réflexe plantaire et le phénomène de Babinski chez 1,000 enfants en bas âge, par M. G. ENGSTLER.

La modification du réflexe cutané plantaire, que M. Babinski a décrite sous le nom de *phénomène des orteils* et qui consiste en ce que l'excitation de la plante du pied, au lieu de provoquer la flexion des orteils sur le métatarse, détermine leur extension, ne présente un caractère pathologique que chez l'adulte. M. Babinski lui-même a, en effet, insisté sur ce point, en notant que le chatouillement de la plante du pied provoque *normalement* chez le nouveau-né l'extension des orteils (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 321-322). Nombre d'observateurs (Passini, Schüler, Cohn, Kalischer, etc.) ont eu l'occasion de vérifier cette constatation chez les nourrissons, sans que l'on fût pour cela fixé sur la limite d'âge à partir de laquelle l'excitation de la plante du pied commence à déterminer la flexion des orteils, le phénomène de Babinski acquérant dès lors une signification pathologique. Afin d'élucider ce point, M. Engstler a entrepris, aux cliniques pédiatrique et obstétricale de Gratz, une série de recherches sur 1,000 enfants dont l'âge ne dépassait pas trois ans.

L'auteur a été ainsi à même de se rendre compte que, chez les nouveau-nés (et, en particulier, chez les enfants venus au monde à la suite d'un accouchement prématuré), le réflexe cutané plantaire se présente toujours sous la forme d'extension des orteils; par contre, chez les enfants âgés de plus de deux ans, l'excitation de la plante du pied provoque presque constamment la flexion des orteils. Dans le courant de la première et de la seconde année, la fréquence relative de l'extension des orteils diminue progressivement, le phénomène de Babinski se rencontrant, à la fin de la première année, à peu près dans 50 % des cas. Enfin, à l'époque où la flexion des orteils se substitue à leur extension — notamment pendant la deuxième année de la vie —, le réflexe cutané plantaire fait assez souvent défaut.

M. Engstler se croit donc autorisé à conclure que la constatation du phénomène des orteils n'acquiert une signification pathologique qu'*après deux ans révolus*.

On sait que M. Kalischer a émis l'hypothèse que l'apparition de la flexion des orteils en tant que réflexe cutané plantaire normal serait liée à l'apprentissage de la fonction de la marche. Or, l'auteur a pu se convaincre que, chez nombre d'enfants qui sont encore incapables de marcher, le chatouillement de la plante du pied provoque, cependant, la flexion des orteils. M. Engstler a, il est vrai, remarqué — et le même fait avait, du reste, été déjà signalé par M. Passini — que, chez les enfants rachitiques, la substitution de la flexion des orteils à leur extension physiologique se produit plus tardivement qu'en l'absence de tout état morbide constitutionnel, mais il serait porté à attribuer cette particularité au retard du développement physique en général plutôt qu'à l'établissement tardif de la fonction de la marche. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er juin 1905.) — L. CH.

Des variations de la pression intra-abdominale, par M. K. HÖRMANN.

On attribue souvent à la pression intra-abdominale un rôle considérable dans l'éclosion d'un certain nombre d'états pathologiques. Mais, comme le fait remarquer M. Hörmann dans le présent travail, il convient avant tout de s'entendre sur la signification du terme « pression intra-abdominale » et sur les variations que cette pression peut présenter.

La cavité péritonéale est une cavité close, à parois non rigides, dans laquelle les organes sont exactement accolés les uns contre les autres : il n'existe dans cette cavité ni liquide, ni gaz, capable de créer une pression. A proprement parler, il n'y a donc pas de pression intra-abdominale, il n'y a que la pression que les organes abdominaux, en raison de leur poids ou de leur tension intérieure, peuvent exercer sur les parois. Dans diverses circonstances, cependant, on constate soit des pressions positives, soit des pressions négatives : il reste à en expliquer l'origine.

On rencontre une pression négative dans un certain nombre d'expériences ou de faits cliniques. Si, par exemple, chez un animal verticalement placé, on introduit dans la région épigastrique de l'abdomen une aiguille creuse en relation avec un manomètre à eau, on note un léger abaissement de niveau du côté de l'air extérieur : la différence entre les deux tubes du manomètre varie de 1 à 7 centimètres. Il existe donc à ce moment une légère pression négative dans l'intérieur de l'abdomen, pression que l'on supprime en renversant l'animal la tête en bas, ou encore — l'animal restant debout — en ponctionnant la partie la plus déclive de l'abdomen : dans ces deux circonstances, le manomètre n'indique plus aucune pression, ni positive, ni négative. L'expérience précédente peut être variée de plusieurs façons, et notamment comme il suit : un animal horizontalement fixé sur le dos est ponctionné dans la partie la plus déclive d'un de ses flancs; le manomètre n'accuse aucune variation; si l'animal est alors retourné sur le ventre, le manomètre enregistre une légère pression négative.

Chez l'homme, on constate également des pressions négatives, quand on introduit une sonde manométrique dans le rectum ou la vessie d'un sujet en position génupectorale. Même constatation peut être faite pour ces deux réservoirs dans la position de Trendelenburg, bien qu'alors la baisse de pression soit moins marquée. Ces dernières observations sont d'ailleurs corroborées par la clinique, puisqu'on a pu voir l'air pénétrer dans la vessie lors d'un cathétérisme, dans l'utérus pendant l'accouchement, dans le vagin (*garrulitas vulvæ*) dans certains cas où la vulve bâille un peu trop largement.

L'expérience suivante permet de comprendre ce qui se passe dans les faits cliniques ou expérimentaux dont il vient d'être question : si l'on prend un bocal à demi plein d'eau et qu'on le ferme à sa partie supérieure au moyen d'une membrane traversée par un tube manométrique, la pression intérieure du bocal est la même que celle de l'air extérieur. Si l'on retourne alors le bocal, le liquide vient peser sur la membrane, la fait bomber à l'extérieur, et par suite le niveau de l'eau s'abaisse dans le bocal : d'où raréfaction de l'air y contenu et pression négative qu'enregistre le manomètre. Ainsi se passent à peu près les choses dans les expériences ou les observations cliniques où se produit une pression intra-abdominale négative : les viscères viennent peser sur les parois de l'abdomen, les refoulent, d'où raréfaction des gaz ou de l'air renfermés dans le rectum, le vagin ou la canule creuse employée par M. Hörmann.

L'énergie de la traction exercée sur les viscères des parties élevées de l'abdomen dépend donc du poids des organes logés dans la partie déclive et du plus ou moins de résistance de la paroi elle-même. Par exemple, chez les personnes à parois flasques ou distendues, telles que les femmes récemment accouchées, on constate plus facilement des pressions négatives que chez d'autres, même à « ventre creux ».

Quant aux pressions intra-rectales positives, ce n'est guère qu'à l'occasion d'un effort ou lors de circonstances particulières — grossesse, tumeur abdominale volumineuse, ascite — qu'on les constate. Mais il est à noter que dans ces dernières conditions, en dépit de l'augmentation de volume du ventre, la pression positive est quelquefois très faible : les muscles abdominaux se laissent, en effet, distendre avec une remarquable facilité.

Dans ces derniers temps, on a mis quelquefois l'entrée de l'air dans les veines du petit bassin, durant les opérations gynécologiques, sur le compte de la pression intra-abdominale négative. Or, cette interprétation est absolument erronée, puisque, le péritoine ouvert, la pression est la même dans l'abdomen qu'à l'extérieur. L'entrée de l'air dans les veines, en pareille occurrence, est tout simplement due à l'aspiration thoracique, qui peut à l'occasion faire sentir ses effets jusque dans les veines fémorales. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 3.) — R. DE B.

Sur une forme particulière de tuberculose cutanée avec calcification de la peau, par M. A. KRAUS.

Le fait relaté dans le présent travail corrobore l'opinion déjà émise par l'auteur, à savoir que la tuberculose cutanée peut revêtir des formes très diverses et que nos connaissances à ce sujet sont susceptibles de s'enrichir encore notablement.

Une jeune fille de quinze ans, de constitution faible et anémique, présentait à la face externe du bras et de l'avant-bras gauches un certain nombre de petites tumeurs nodulaires, intéressant uniquement la peau, indolores, d'aspect bleuâtre et de consistance très dure. A part un léger gonflement des ganglions occipitaux et inguinaux, ainsi qu'un bruit respiratoire accentué au niveau du sommet droit, on ne remarquait rien d'anormal dans les organes internes, ni sur le reste de la surface cutanée.

M. Kraus posa tout d'abord le diagnostic de sarcoïdes et institua un traitement arsenical, lequel du reste demeura sans résultat appréciable. Et lesdits nodules ayant été excisés,

l'examen histologique montra que l'affection était de nature tuberculeuse; en effet, les plus récentes de ces petites tumeurs présentaient la structure caractéristique des tubercules épithélioïdes, riches en cellules géantes et en substance caséeuse, tandis que les plus anciennes consistaient essentiellement en concrétions calcaires de dimensions variables.

D'ailleurs, une injection de 0 gr. 005 milligr. de tuberculine provoqua une réaction locale et générale très marquée : élévation de la température à 38°7, augmentation des symptômes pulmonaires du côté du sommet droit, rougeur intense de la peau sur le pourtour des petites cicatrices laissées par les excisions; en outre, il se produisit une vive rougeur en même temps qu'un gonflement douloureux de la peau au niveau de la face externe du bras et de l'avant-bras droits, lesquels persistèrent jusqu'au lendemain : cette dernière réaction révéla donc l'existence d'un processus pathologique de même nature en des points où celui-ci avait passé inaperçu au simple examen clinique.

Le fait qu'il fut impossible de constater la présence du bacille de Koch dans les foyers en question ne saurait être invoqué, à lui seul, pour nier leur nature réellement tuberculeuse; nous savons, en effet, que, dans d'autres affections cutanées chroniques manifestement tuberculeuses, ce microorganisme demeure souvent introuvable, soit qu'il n'existe qu'en très petit nombre, soit que, par suite de dégénérescence, il devienne réfractaire à nos procédés de coloration.

En somme, on avait affaire dans ce cas à une infiltration tuberculeuse disséminée de la peau, avec métamorphose régressive aboutissant à la calcification, évolution analogue à celle que l'on observe dans d'autres organes et en particulier dans les ganglions lymphatiques. L'auteur voit dans ce fait une preuve de l'existence d'un processus de calcification multiple de la peau, reposant sur une base de nature inflammatoire. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXIV, 1.) — S. K.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Importance du toucher rectal chez les enfants, par M. J. P. Parkinson.

L'auteur insiste sur l'utilité qu'il y a, dans nombre d'affections abdominales chez les enfants, à pratiquer le toucher rectal, cette manœuvre permettant, en raison de la laxité des attaches du rectum et de l'S iliaque dans le jeune âge, d'explorer la plus grande partie de la cavité abdominale et de palper facilement, par exemple, les reins ou la face inférieure du foie. Le toucher est, d'ailleurs, bien supporté par la plupart des enfants, pourvu que l'on ait soin de lubréfier convenablement le doigt et qu'on insinue assez lentement celui-ci dans le rectum. Ce n'est que dans les cas où il existe des affections inflammatoires du bassin que l'exploration dont il s'agit risque d'être assez douloureuse pour nécessiter la chloroformisation.

Il est des diarrhées chroniques, particulièrement rebelles au traitement, ou des hémorrhagies anales, où le toucher rectal est seul susceptible de mettre sur la voie du diagnostic causal, en décelant l'existence d'un polype ou d'un corps étranger, qui irritent la muqueuse et déterminent ainsi tous les troubles morbides.

Le même moyen peut encore rendre d'excellents services dans les cas d'intussusception intestinale. C'est ainsi que M. Parkinson a eu l'occasion d'observer, au London Temperance Hospital, une fillette de quatre mois, qui fut prise brusquement de vomissements, avec évacuation de sang et de mucus par le rectum, et chez laquelle l'examen de l'abdomen sous le chloroforme ne dénota rien d'anormal, tandis que le toucher rectal révéla la présence, du côté gauche de la cavité abdominale, d'un corps ayant la forme d'une saucisse : la laparotomie montra qu'il s'agissait d'une intussusception.

Si l'on songe, d'autre part, aux vulvites blennorrhagiques qui, comme l'ont prouvé les observations recueillies au cours de ces dernières années, sont loin d'être extrêmement rares chez les petites filles, on comprendra toute l'importance que peut présenter, en pareille occurrence, le toucher rectal pour dépister à temps l'extension du processus morbide aux organes génitaux internes (trompes, ovaires, etc.).

On aura également recours avec avantage à ce procédé d'exploration dans les cas d'appendicite, où un abcès, que rien ne permet de soupçonner à l'examen externe de l'abdomen, peut, au contraire, facilement être perçu par le doigt introduit dans le rectum. Il en sera de même dans la péritonite tuberculeuse, où le toucher rectal pourra fournir des renseignements importants sur l'état de l'intestin, sur la tuméfaction des ganglions mésentériques, sur l'existence d'une collection purulente, etc. Il sera particulièrement utile pour dépister les adénopathies des ganglions situés dans la concavité du sacrum.

L'auteur relate, entre autres faits, une observation qui prouve combien le toucher rectal peut, chez les enfants, faciliter le diagnostic même dans les affections intéressant la partie supérieure de l'abdomen. Une petite fille de trois semaines fut admise au North-Eastern Hospital for Children pour une tuméfaction abdominale existant depuis la naissance et qui augmentait rapidement de volume. A l'examen, on constata que l'abdomen était très tuméfié, surtout au niveau de l'hypocondre droit, où la palpation dénotait la présence d'une masse dure, arrondie et lisse, modérément mobile, qui s'étendait, en bas, jusqu'au niveau de l'ombilic et, dans le sens transversal, exactement jusqu'à la ligne médiane. A la percussion, la tumeur était mate, et cette matité se continuait avec celle du foie. S'agissait-il d'un néoplasme du foie ou du rein? C'est ce qu'il était impossible de trancher, en se basant seulement sur les renseignements fournis par l'examen clinique ordinaire. Or, en pratiquant le toucher rectal, on fut à même de se rendre compte que le rein était nettement délimité et que la tumeur, complètement indépendante de cet organe, se continuait, au contraire, avec le foie. La laparotomie confirma le diagnostic, en mettant en évidence un sarcome du foie.

Un autre fait, communiqué à M. Parkinson par M. Douglas Drew, montre que le toucher rectal est également susceptible de rendre d'excellents services dans les cas de lithiase rénale, où il permet de déceler la présence de calculs qui, par leurs dimensions réduites, échappent aux moyens d'investigation habituels. Ce fait a trait à un garçon de quatre ans, qui fut admis à l'hôpital pour vomissements et oligurie, avec pus et albumine dans les urines. Comme le petit malade se plaignait en même temps de douleurs au niveau du gland et dans la région inguinale gauche, on pensa avoir affaire à un calcul, ce qui fut confirmé par le cathétérisme. On pratiqua une taille sus-pubienne, après laquelle les symptômes morbides n'en persistèrent pas moins. En examinant alors l'enfant à l'aide des rayons de Röntgen, on constata l'existence d'une ombre immédiatement au-dessus du bord de l'os iliaque, du côté gauche. L'exploration de l'abdomen, effectuée sous le chloroforme, ne dénota rien d'anormal, sauf une augmentation du volume du rein gauche. Par contre, le doigt introduit dans le rectum révéla, du côté gauche de l'abdomen, au-dessus de la limite supérieure de la vessie, la présence d'un corps dur, triangulaire et dont les dimensions ne dépassaient pas celles d'une noisette. On songea aussitôt à un calcul enclavé dans l'uretère et, de fait, l'intervention opératoire ne fit que corroborer ce diagnostic. (*Practitioner*, juillet 1905.) — L. CH.

Un cas de rougeole avec suites insolites, par M. W. E. Darnall et Mme Mary Townsend.

L'observation publiée dans le présent mémoire a trait à une fillette de huit mois, allaitée au sein et habituellement bien portante, qui fut prise brusquement de fièvre avec coryza, rougeur des conjonctives et toux sèche. Puis on ne tarda pas à constater sur tout le corps la présence d'une éruption typique de rougeole, ainsi que l'existence de taches de Koplik sur la muqueuse buccale. L'exanthème disparut dans l'espace de quatre jours, en même temps que la température redevenait normale.

Au bout de quelques jours, la mère de l'enfant remarqua que celle-ci, tranquille tant qu'on ne la touchait pas, se mettait à crier aussitôt qu'on la prenait dans les bras. A l'examen, on constata alors que la petite malade tenait ses deux cuisses raides et que les articulations du coude et du genou étaient tuméfiées et douloureuses. Ces phénomènes morbides ne tardèrent pas à se dissiper du côté des coudes et du genou gauche, mais le genou droit resta gonflé. La fillette avait un peu de fièvre (37°7); il n'existait, cependant, au niveau du genou malade, ni rougeur, ni hyperthermie locale : les téguments recouvrant la jointure étaient blancs, lisses et luisants. Les mouvements occasionnaient à la petite patiente de vives douleurs. La palpation dénota, dans l'articulation, l'existence d'une fluctuation très nette; mais, comme il n'y avait eu ni frissons, ni sueurs, ni spasmes musculaires, ni ascensions et chutes thermiques caractéristiques d'une infection septique, on crut avoir affaire à un simple épanchement séreux, analogue à ceux que l'on voit parfois survenir au cours de la scarlatine, et l'on institua un traitement approprié (dérivatifs et immobilisation du membre). Toutefois, loin de s'améliorer, l'état de la fillette ne tarda pas à s'aggraver : le thermomètre monta à 38°8 et la petite malade devint très agitée; puis, au bout de cinq jours, la peau prit au niveau de la jointure une coloration rouge sombre, et bientôt il ne restait plus aucun doute sur la présence d'une suppuration articulaire. De fait, ce diagnostic une fois établi, on pratiqua une ponction qui donna issue à une trentaine de grammes de pus. On fit alors une incision de chaque côté de la rotule, avec drainage et lavage de l'articulation au moyen d'une solution physiologique de chlorure de sodium; mais, au bout d'une semaine, cette fillette succomba à l'épuisement progressif.

Il importe de faire remarquer que la petite malade n'avait jamais présenté de tuméfactions ganglionnaires et qu'il n'existait pas d'antécédents tuberculeux dans la famille. De plus, autant que l'on put en juger au cours de l'arthrotomie (l'autopsie ne fut pas pratiquée), il n'y avait pas de lésions osseuses.

De l'enquête que M. Darnall a entreprise auprès des pédiatres les plus autorisés des Etats-Unis, il semble résulter que le fait qui vient d'être relaté est unique en son genre. (*Arch. of Pediatrics*, mai 1905.) — L. CH.

Un procédé très simple pour déterminer la situation de l'estomac, par M. M. J. Knapp.

Il y a trois ans environ, l'auteur a signalé la possibilité de déterminer, avec une très grande précision, la limite inférieure de l'estomac par la simple inspection de la paroi abdominale (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 156). Sans donner des résultats aussi précis que cette méthode, le procédé que M. Knapp décrit dans le présent travail n'en paraît pas moins susceptible de rendre parfois de bons services. Il consiste tout simplement à faire absorber au patient un verre d'eau froide, à attendre une demi-minute environ et à appliquer ensuite la main sur l'abdomen mis à nu : on perçoit ainsi une région froide qui correspond à l'estomac.

Pour la bonne réussite de l'exploration, il est indispensable de prendre quelques précautions : le malade doit se tenir debout ou assis, débarrassé de ses vêtements, mais sans que le ventre soit mis à nu avant le moment où l'on procède à l'examen, faute de quoi toute la région abdominale risquerait de se refroidir et on n'obtiendrait alors aucun renseignement utile sur la situation de l'estomac. D'autre part, la main du médecin ne doit pas être froide. Enfin, s'il importe d'attendre une trentaine de secondes afin de permettre au froid de se propager de l'estomac aux téguments sus-jacents, il est non moins important — l'eau froide une fois ingurgitée — de ne pas trop retarder l'examen, car la région froide, qui d'abord ne correspond qu'à l'estomac, ne tarde pas à s'étendre de plus en

plus, le froid se communiquant aux tissus avoisinants, sans compter que, dans la cavité gastrique, l'eau s'échauffe assez rapidement.

Il va de soi que le procédé dont il s'agit ne saurait guère prétendre à permettre de *délimiter* exactement l'estomac : il est destiné plutôt à renseigner sur la situation du viscère pris, pour ainsi dire, en bloc. C'est ainsi que l'on pourra notamment y avoir recours pour se rendre rapidement compte s'il existe ou non un déplacement de l'organe en question. (*Med. News*, 10 juin 1905.) — L. CH.

Rapports du rhumatisme blennorrhagique avec l'inflammation des vésicules séminales, et son traitement par la vésiculectomie, par M. E. FULLER.

Commme on le sait, le rhumatisme blennorrhagique est extrêmement réfractaire à la thérapeutique, qu'il met souvent aux abois. C'est cette considération qui a encouragé M. Fuller à appliquer à cette affection un nouveau mode de traitement, basé sur l'extirpation des vésicules séminales : c'est qu'en effet l'auteur estime que le poison gonorrhéique s'élabore, au moins en grande partie, dans les vésicules séminales. Entre autres raisons l'ayant amené à cette conviction, M. Fuller cite la statistique suivante : sur 15 malades atteints de rhumatisme blennorrhagique, 12 n'offraient, comme lésion de l'appareil génito-urinaire, que de la vésiculite ; chez un, l'inflammation des vésicules était associée à une uréthrite en voie de guérison ; 2 seulement avaient une uréthrite aiguë avec vésiculite peu marquée.

Or, 4 de ces malades ayant accepté une intervention, l'auteur pratiqua l'extirpation des vésicules séminales. La guérison s'opéra sans complications et, au bout de quinze jours, quand la plaie fut cicatrisée, les patients se remirent à marcher : les premières raideurs articulaires vaincues — deux n'avaient pas quitté leur lit depuis trois et quatre mois —, la marche put s'exécuter sans douleurs et sans récidive.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Fuller conseille d'opérer sous le contrôle du toucher plutôt que sous celui de la vue ; c'est le meilleur moyen de ne pas blesser le rectum, aussi bien dans la prostatectomie que dans la vésiculectomie ; d'ailleurs, l'auteur a pratiqué déjà 46 fois, pour divers motifs, cette dernière intervention et il se porte garant de sa bénignité. (*Ann. of Surgery*, juin 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ESPAGNOLES

Infection mixte de l'œil (par les bacilles tuberculeux et pseudo-diphtériques associés), par M. E. B. DEMARÍA.

Les cas de tuberculose de l'œil avec infection associée sont assez rares, et il semble que l'association des bacilles tuberculeux et pseudo-diphtériques — telle que M. Demaría l'a observée — n'ait pas encore été signalée.

Une fillette de onze ans, tuberculeuse au premier degré, souffrait depuis quinze jours de l'œil droit. A l'examen de ce dernier, on constatait que la conjonctive était rouge et que sa portion bulbaire notamment était ecchymotique, mais sèche. La surface de la cornée était normale ; le parenchyme seul avait un peu perdu de sa transparence ; il existait en outre de l'injection périkératique, quoique, dans la cornée même, on ne vît pas de vaisseaux. La chambre antérieure était agrandie et l'humeur aqueuse trouble : l'iris ne s'apercevait donc que difficilement, sauf en bas où il paraissait décoloré. Quant à la pupille, elle était obstruée par des exsudats qui rendaient impossible l'examen du fond de l'œil et gênaient considérablement l'action de l'atropine. Au bout d'une quinzaine de jours, ces différents symptômes, loin de s'amender, s'étaient peu à peu aggravés et avaient amené une panophtalmie à marche subaiguë pour laquelle on dut recourir à l'énucléation.

L'examen de la pièce montra que l'iris contenait des nodules tuberculeux. Il fut cependant impossible de mettre en évidence des bacilles de Koch, mais les lésions histologiques étaient tellement typiques qu'on ne pouvait révoquer leur origine en doute. D'autre part, l'examen et les cultures du pus du corps vitré permirent de reconnaître l'existence d'un bacille que ses divers caractères rapprochaient du bacille pseudo-diphtérique. Des injections faites avec les cultures de ce microbe dans l'œil du lapin déterminèrent, même à très faibles doses, une inflammation grave aboutissant à une ophtalmie suppurée. C'est sans doute par suite de la présence de ce bacille que la tuberculose irienne, chez la petite malade de M. Demaría, avait évolué si rapidement et avec un caractère inflammatoire aussi marqué, deux particularités qui sont très rares dans la tuberculose oculaire.

Il est à noter, enfin, que les cultures filtrées du microbe isolé par l'auteur produisirent sur l'œil du lapin des lésions inflammatoires très accusées, aboutissant à une transsudation abondante de leucocytes dans l'humeur vitrée et à la nécrose du cristallin.

Cette action du bacille pseudo-diphtérique sur l'œil est d'autant plus digne d'être signalée que dans le reste de l'organisme ce microbe n'agit que peu ou pas. C'est donc là un nouvel exemple de ces microorganismes qui, sans action sur les tissus peu différenciés, déterminent dans l'œil des altérations graves. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril 1905.) — R. DE B.

Sur une cause d'accident dans les injections d'huile grise, par M. J. N. POSADAS.

L'emploi si fréquent des injections sous-cutanées de préparations mercurielles dans le traitement de la syphilis nous engage à signaler la cause d'accident — peu grave à la vérité — qu'il a été donné à M. Posadas d'observer.

Depuis quelque temps déjà l'auteur avait recours à des injections d'huile grise, quand ses malades se plaignirent que les injections, autrefois indolores, fussent devenues l'occasion de très vives douleurs. Pensant que la substance employée devait en être rendue responsable, il la remplaça par d'autres préparations mercurielles, mais sans succès. Or, un jour, en faisant une injection, il s'aperçut qu'une gouttelette de liquide ressortait par l'orifice de la piqûre. Cette constatation le conduisit à examiner de près l'aiguille dont il se servait et il remarqua qu'elle laissait fuir latéralement une certaine quantité de liquide. Voici ce qui s'était passé : il s'agissait d'une aiguille en platine iridié, et l'on sait que ces aiguilles sont formées d'une feuille métallique enroulée en tube et soudée à elle-même sur les bords ; et c'est la soudure qui s'était laissé peu à peu ronger par le mercure ; par suite, le liquide injecté fusait latéralement dans le derme au lieu de se répandre dans le tissu cellulaire sous-cutané, d'où les douleurs ressenties par les malades.

Avant de faire une injection d'une préparation mercurielle, il sera donc toujours prudent de s'assurer avec grand soin du bon état de l'aiguille. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janvier-février 1905.) — R. DE B.

Anévrysme artérioso-veineux des vaisseaux iliaques externes, compliqué de grossesse à terme ; opération césarienne, par M. L. DURAÑONA.

L'observation relatée dans le présent travail nous paraît intéressante autant par la rareté de la lésion elle-même que par l'indication opératoire qu'elle fournit.

Une multipare de vingt-sept ans était enceinte de trois mois quand elle fit une chute. Elle tenait à ce moment dans sa main un couteau de cuisine qui lui fit une plaie profonde dans la région de la fosse iliaque gauche. Il s'ensuivit une hémorrhagie considérable que la compression parvint cependant à arrêter. Lorsque, un mois plus tard, la blessée se leva pour la première fois, il se fit de nouveau par la plaie, presque cicatrisée, une hémorrhagie encore plus abondante que lors de l'accident ; on put derechef s'en rendre maître par la compression, et depuis lors la guérison parut assurée. Quant à la grossesse, elle suivit son cours.

La malade étant arrivée à terme, on s'aperçut qu'il existait dans l'abdomen, à gauche de la tumeur utérine et au-dessous de la cicatrice cutanée — laquelle mesurait 2 ou 3 centimètres de longueur —, une tuméfaction grosse comme un œuf d'oie, pulsatile et donnant un *thrill* tellement marqué qu'on ne pouvait entendre les battements du cœur fœtal. Le membre inférieur gauche était œdématié ; dans le triangle de Scarpa, les battements de la fémorale n'étaient plus perceptibles. Il s'agissait évidemment d'un anévrysme artérioso-veineux des vaisseaux iliaques externes.

Dans la crainte que les efforts du travail n'amenassent la rupture de l'anévrysme, on eût recours à l'opération césarienne, qui eut un plein succès. Depuis lors, l'œdème du membre inférieur gauche a diminué, mais il reste toujours à essayer d'obtenir la guérison de l'anévrysme. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janvier-février 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

De la douleur dans l'ulcère de l'estomac, par M. P. C. ROMKES.

La douleur accompagnant les maladies des organes abdominaux ne siège généralement pas dans ces organes, mais à la surface de l'abdomen, dans une zone cutanée plus ou moins étendue et qui correspond aux territoires de divers segments médullaires de l'innervation cutanée (zones de Head), de sorte que la localisation précise de la douleur apporte souvent un appoint important au diagnostic.

Quels sont, à ce point de vue, les caractères propres des phénomènes douloureux dans l'ulcère de l'estomac ? Telle est la question que l'auteur étudie dans le présent mémoire, et voici ce qui résulte à cet égard de ses recherches :

Lors des crises douloureuses de l'ulcère de l'estomac, on réveille d'ordinaire la douleur par des pressions exercées, en avant, à la partie antérieure de la zone des septième et neuvième segments dorsaux du côté gauche et, en arrière, au niveau des huitième et onzième vertèbres dorsales ; en avant il existe donc, vers le creux épigastrique, deux petites zones douloureuses séparées par une zone indolente. Dans un cas, cependant, M. Romkes a rencontré en avant un point douloureux correspondant à l'extrémité antérieure du territoire du huitième segment dorsal ; le patient accusait en même temps une très vive sensibilité dans la moitié supérieure des deux muscles grands droits antérieurs de l'abdomen.

A ces caractères de la douleur dans l'ulcère gastrique, il convient d'opposer ceux qu'elle revêt dans quelques autres affections de l'abdomen, susceptibles de simuler la maladie de Cruveilhier :

Dans la colique hépatique, la douleur se localise au territoire des neuvième et dixième segments médullaires dorsaux. De plus, à gauche de l'ombilic, il y a une toute petite zone sensible. En dehors, la douleur commence à disparaître ou s'arrête à peu près au niveau de la ligne mammaire.

Dans l'appendicite, la douleur occupe le voisinage de la partie antérieure du territoire des dixième et onzième segments dorsaux. Chez un malade atteint de tuberculose du cæcum, elle siégeait au niveau du dixième segment dorsal, mais, au-dessous d'elle, sur une largeur de 7 centimètres, courait une bande parallèle d'hyperalgésie musculaire et non cutanée.

Enfin, dans les gastrites aiguës ou chroniques, la douleur a un siège variable entre les septième et dixième segments dorsaux. Quand elle est localisée plus bas, c'est qu'elle est due à quelque complication intestinale. Il est à remarquer, toutefois, que, dans les troubles gastriques imputables simplement au nervosisme, la douleur offre un caractère plus diffus et moins systématisé. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 27 mai 1905.) — R. DE B.

Du diagnostic et du traitement opératoire de la hernie obturatrice, par M. MAX STRÄTER.

Les hernies obturatrices étant rares, les classiques ne consacrent que peu de détails à leur cure radicale, qu'ils se bornent généralement à conseiller, sans entrer dans aucun détail

sur le *modus faciendi*. Cependant, cette variété de hernie laisse généralement après réduction un orifice herniaire de vastes dimensions, à parois rigides et dont l'oblitération est difficile. Voici donc le procédé que conseille M. Sträter, procédé qui aurait entre autres l'avantage d'éviter l'emploi de la voie abdominale, laquelle n'est ni facile au point de vue technique, ni dépourvue de dangers :

Après avoir décollé et lié le sac le plus haut possible, on taille dans le muscle pectiné un lambeau long de 8 centimètres, large de 15 à 20 millimètres, dont le pédicule adhère à la surface pectinéale du pubis. A l'extrémité de ce lambeau on noue (car une simple suture ne tiendrait pas) un fil dont les deux chefs sont ensuite passés dans le chas d'une aiguille à anévrysme. L'aiguille est alors introduite dans le canal obturateur et de là on glisse sa pointe, après décollement du péritoine, derrière la membrane obturatrice. On la fait ressortir à travers celle-ci; on saisit, puis on tire les fils, et le lambeau du muscle pectiné est ainsi amené à se loger dans le canal obturateur qu'il ferme. Quant aux deux chefs du fil, on leur fait traverser, pour terminer, l'arcade de Fallope, afin de les lier au-dessus de ce ligament et assurer la fixité du lambeau musculaire.

Bien que l'auteur n'ait pu encore appliquer ce procédé sur le vivant, les résultats qu'il en a obtenus sur le cadavre lui permettent de croire à son efficacité. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 22 juillet 1905.) — R. DE B.

Ligature de l'artère splénique dans le cas de fixation de la rate ectopiée, par M. O. LANZ.

Le succès obtenu par M. Lanz au moyen de la ligature de l'artère splénique dans un cas de rate ectopiée nous engage à résumer ce fait.

Un homme de vingt-quatre ans souffrait depuis six mois de douleurs dans l'abdomen, d'épreintes vésicales lors des mictions, et parfois de diarrhée, quand, à la suite de phénomènes de rétention d'urine, il se vit dans l'obligation d'entrer à l'hôpital. On s'aperçut alors qu'il était porteur d'une tumeur siégeant dans la fosse iliaque gauche; par le palper abdominal seul on ne sentait qu'une vague rénitence qui disparaissait même quelquefois; on ne percevait la tumeur un peu nettement que par le palper bimanuel (recto-abdominal) ou après avoir injecté du liquide dans la vessie, ce qui amenait l'ascension de la tumeur dans le grand bassin. Comme durant le cathétérisme la compression de la grosseur augmentait la puissance du jet d'urine, on pensa qu'il s'agissait d'un diverticule vésical, mais l'examen cystoscopique ne confirma pas cette hypothèse.

A l'opération, on constata que la tumeur était, en réalité, constituée par la rate déplacée et fortement adhérente à la paroi postérieure de la vessie. La réduction paraissant impossible et l'extirpation dangereuse, en raison de ces adhérences et des aléas que comporte toute splénectomie, on se borna à isoler l'artère splénique du mieux qu'on put, au milieu des varicosités veineuses qui l'entouraient, et à la lier aussi près que possible du hile.

Les suites opératoires furent satisfaisantes et, six mois après, la tumeur n'était plus perceptible. Il est donc probable que la ligature artérielle avait suffi pour amener l'atrophie de l'organe. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 juillet 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Sur un nouveau procédé pour différencier le bacille d'Eberth d'avec les bacilles éberthiformes et le colibacille, par M. P. TRAPANI.

On ne connaît que trop les difficultés que présente encore à l'heure actuelle la recherche du bacille d'Eberth dans les fèces ou l'urine des typhoïdiques, dans les eaux polluées et, en général, dans tous les milieux où ce microorganisme se trouve associé au *Bacterium coli*. Il s'en faut, en effet, que les nombreux moyens proposés en vue de différencier ces deux microbes soient absolument sûrs, sans compter que, pour identifier le bacille de la fièvre typhoïde, il ne suffit point de pouvoir le distinguer d'avec le colibacille : il est encore d'autres microorganismes, qui, sans avoir rien de commun avec ce dernier, offrent cependant une parenté étroite avec le vrai bacille d'Eberth, et cela non seulement au point de vue des caractères morphologiques ou culturaux, mais encore en ce qui concerne l'action pathogène elle-même : ce sont les bacilles éberthiformes, très communs dans les matières fécales et les urines des sujets bien portants, ainsi que dans certaines eaux considérées à tort comme potables. Comment les différencier d'avec le véritable bacille d'Eberth, si l'on ne parvient à les caractériser suffisamment ni à l'aide du microscope, ni par les cultures, ni par la séro-réaction, ni même par l'épreuve du pouvoir pathogène sur les animaux ?

Afin de résoudre ce problème, M. Trapani a institué, depuis un an environ, une série de recherches qui l'ont amené à constater qu'il existe une substance à l'égard de laquelle le bacille de la fièvre typhoïde ne se comporte pas de la même façon que le *Bacterium coli* ou les bacilles éberthiformes. Cette substance est la glycérine *neutre*, au contact de laquelle le bacille d'Eberth perd le pouvoir de se développer sur plaques, tandis qu'il n'en est pas de même pour les autres microorganismes en question.

Voici quelle est la manière de procéder adoptée par l'auteur pour réaliser cette différenciation :

Dans trois éprouvettes stérilisées et contenant chacune 1 c.c. d'eau distillée stérile, on émulsionne respectivement une anse de culture de bacilles de la fièvre typhoïde, une anse de culture de colibacilles et une de bacilles éberthiformes. Les trois éprouvettes sont maintenues, pendant une heure, dans une étuve à 30°, afin d'obtenir la dissolution complète des grumeaux; puis on transporte, de chaque éprouvette, dix anses d'émulsion dans trois autres tubes à essai contenant chacun 2 c.c. 1/2 de glycérine neutre stérilisée. En effectuant ce transport, il faut avoir soin de flamber à chaque fois l'anse de platine, afin de ne pas amener de traces de glycérine au contact de l'eau contenue dans les éprouvettes, celles-ci devant rester intactes pour servir de témoins. On laisse, pendant quarante-huit heures, les trois tubes renfermant des bacilles suspendus dans la glycérine à la température ordinaire, mais à l'abri de la lumière. Si l'on ensemence alors six boîtes de Petri avec les émulsions bactériennes provenant des six éprouvettes susmentionnées (trois contenant des bacilles en suspension dans de l'eau, et les trois autres dans de la glycérine), on voit se développer de nombreuses colonies sur les plaques ensemencées avec les microbes suspendus dans l'eau, tandis que, pour les trois autres plaques (microbes ayant passé par les tubes à glycérine), on ne constate la présence d'innombrables colonies que sur celles qui ont été ensemencées avec le colibacille et le bacille éberthiforme, la plaque du bacille d'Eberth restant, par contre, tout à fait stérile.

Il est indispensable de s'assurer préalablement que la glycérine présente réellement une réaction neutre ou légèrement alcaline, l'acidité du milieu pouvant fausser complètement les résultats de l'expérience. Il importe également de n'employer qu'une petite quantité de bacilles (pas plus d'une anse bien pleine pour 1 c.c. d'eau) et d'attendre que l'émulsion soit aussi homogène que possible, afin d'être sûr qu'aucun des microbes n'échappera à l'action de la glycérine.

En procédant de la sorte avec des échantillons variés des microorganismes en question, M. Trapani a toujours obtenu les mêmes résultats; dans quelques cas exceptionnels, il a vu, il est vrai, se développer de rares colonies éberthiennes (2 à 8) sur la plaque ensemencée avec les bacilles soumis à l'action de la glycérine, mais il estime que ces faits tiennent à la formation de grumeaux bacillaires, qu'il est difficile d'éviter complètement. D'ailleurs, en pareille occurrence, la comparaison de la plaque douteuse avec la plaque ensemencée de bacilles tenus en suspension dans l'eau viendra lever tous les doutes, puisque sur cette dernière plaque on trouvera toujours des colonies innombrables.

En se basant sur ces constatations, l'auteur estime que l'emploi de la glycérine constitue un moyen sûr de différenciation du bacille de la fièvre typhoïde d'avec le *Bacterium coli* et les bacilles éberthiformes. Il en est ainsi, tout au moins, pour le bacille d'Eberth des laboratoires. Il appartient aux recherches ultérieures de montrer s'il en est de même à l'égard du bacille à l'état virulent, tel qu'on le trouve dans les fèces des sujets atteints de fièvre typhoïde. (*Gazz. degli Osped.*, 14 mai 1905.) — L. CH.

Recherches bactériologiques sur la rougeole, par M. A. BORINI.

Au cours d'une épidémie de rougeole, l'auteur a institué une série de recherches bactériologiques sur le sang, ainsi que sur les sécrétions bronchiques et conjonctivales des petits malades.

Ces recherches ont porté sur des enfants dont l'âge variait entre trois et dix ans et qui étaient atteints de rougeole grave (température moyenne de 40°5). Le sang était aspiré, à l'aide d'une seringue stérilisée, au niveau d'une veine du pli du coude, au moment où la fièvre était à son apogée et où l'exanthème était le plus marqué; dans 2 cas seulement, il fut recueilli avant l'éruption. Une partie de ce sang était aussitôt mise dans une étuve, et avec le reste on faisait des ensemencements dans du bouillon, sur de l'agar glycériné, additionné ou non de sang, et sur de l'agar additionné de jaune d'œuf. L'examen direct du sang resta toujours sans résultat, et c'est seulement sur les milieux de culture ayant séjourné trente-six heures environ au thermostat que M. Borini a pu constater la présence de bacilles petits et ténus, le plus souvent groupés deux par deux, mesurant 0 μ 7 environ de long, qui se laissent difficilement colorer par les couleurs d'aniline et se décolorent par la méthode de Gram.

Sur tous les milieux de culture, le développement de ce microorganisme est très restreint, sauf cependant sur le jaune d'œuf, où il pousse quelque peu plus abondamment. Il ne se développe point sur gélatine. Sur l'agar glycériné et le sang défibriné, on voit se former, au bout de trente-six heures, des colonies punctiformes, transparentes, d'un blanc grisâtre, qui peu à peu finissent par devenir confluentes. Sur l'agar additionné de jaune d'œuf, les colonies sont plus grosses et le développement plus rapide si la culture est faite dans le vide; dans le bouillon additionné de sang ou de jaune d'œuf, le microorganisme en question trouble uniformément le liquide et reste longtemps sans former de dépôts. Les cultures ne dégagent pas d'odeur, ne donnent pas lieu à la production d'acide carbonique ou d'indol et ne coagulent pas le lait.

Le bacille dont il s'agit se conserve mal : on observe très rapidement des formes d'involution (chaînettes) et, après quelques réensemencements, les milieux de culture restent stériles.

En dehors du sang, l'auteur a retrouvé le même microorganisme dans les sécrétions conjonctivales et le mucus bronchique (ensemencés sur les mêmes milieux), et cela d'une manière à peu près constante dans tous les cas de rougeole qu'il a eu l'occasion d'étudier à cet égard.

Afin de rechercher le pouvoir pathogène de ce microbe, M. Borini en injecta les cultures à des lapins, dans la trachée, la plèvre, le péritoine, le torrent circulatoire ou dans la muqueuse nasale. Les injections intra-trachéales de cultures jeunes et bien développées déterminèrent la mort des animaux dans l'espace de trois à six jours, avec congestion de la trachée et petits foyers de pneumonie lobulaire; les ensemencements de sang et de suc pulmonaire de ces animaux donnèrent des cultures pures du même microorganisme. Les inoculations endopleurales amenèrent la mort au bout d'environ cinq jours, sans lésions particulières, sauf un léger degré d'épanchement séro-fibrineux dans la plèvre; les bacilles étaient rares dans le sang.

On obtint à peu près les mêmes résultats avec les injections dans le péritoine. Inoculé dans la muqueuse nasale par scarifications, le microbe en question détermine la mort dans l'espace de dix à douze jours, et les ensemencements pratiqués avec le sang des animaux ainsi contaminés fournissent des résultats positifs.

D'autre part, l'auteur fit également des inoculations endopleurales et intra-trachéales à des chiens, qui succombèrent au bout de dix-sept ou dix-huit jours. Chez un de ces animaux, on observa, au bout de treize jours, un catarrhe conjonctival et nasal; à l'autopsie, on trouva une forte hyperémie du poumon, et les ensemencements tant du sang que du suc pulmonaire fournirent encore des résultats positifs.

Etant donnée la présence constante du microorganisme en question dans le sang, le mucus bronchique et les sécrétions conjonctivales des morbilleux, M. Borini, sans nullement prétendre avoir résolu le problème de l'étiologie de la rougeole, serait cependant enclin à croire que le bacille dont il s'agit peut jouer dans cette maladie un rôle pathogène. (*Riforma med.*, 24 juin 1905.) — L. CH.

Sur l'importance des ascarides dans la chirurgie abdominale, par M. N. Soma.

Parmi toutes les causes de complications postopératoires, à la suite des interventions sur l'intestin, la présence d'ascarides semble, jusqu'à présent, avoir fort peu préoccupé les chirurgiens. Et, pourtant, ces parasites peuvent, à la faveur des lésions traumatiques de l'intestin ou des viscères communiquant avec celui-ci, déterminer des désordres excessivement graves, voire même mortels. Il en fut, par exemple, ainsi dans un fait relaté récemment par M. Lucksch et où les ascarides avaient formé des embolies dans l'artère pulmonaire (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 280). D'autre part, il y a quelques mois, M. D'Alessandro a fait connaître 2 cas où les lombrics, en s'échappant à travers des plaies intestinales suturées, avaient soit occasionné un retard de la guérison, soit même amené l'issue fatale. A son tour, M. Soma publie une observation qui montre, une fois de plus, que l'helminthiase est susceptible de compromettre les résultats d'une intervention chirurgicale.

Il s'agit d'un homme de cinquante-trois ans, qui fut admis à l'hôpital pour une hernie crurale droite étranglée. On procéda à l'opération, au cours de laquelle on constata l'existence d'une petite perforation intestinale; celle-ci ayant été complètement oblitérée au moyen d'une suture de Lembert, on réséqua le sac, mais sans réintégrer l'anse herniée dans la cavité abdominale ni suturer la plaie extérieure. Pendant les premiers jours qui suivirent l'intervention, on ne remarqua rien d'irrégulier; mais, bientôt après, le patient déclara éprouver, au niveau de la plaie, des fourmillements, et, le pansement une fois enlevé, on trouva, au milieu de matières fécales semi-liquides, un lombric vivant, qui mesurait 12 centimètres de long. Après avoir nettoyé la plaie, l'auteur fut à même de se rendre compte que les points de suture non encore résorbés étaient écartés, laissant entre eux une petite fistule. Comme les adhérences qui s'étaient formées tout autour empêchaient de réaliser un nouvel essai de suture, on laissa cette fistule se fermer d'une manière spontanée, en avivant simplement ses bords et en assurant les évacuations alvines au moyen de lavements.

Dans le but d'éviter de pareilles complications post-opératoires, M. D'Alessandro a proposé de dérouler et de palper systématiquement l'intestin et — dans le cas où l'on découvre des parasites trop éloignés de la plaie intestinale pour que l'on puisse les extraire par cette voie — de pratiquer, pour les atteindre, une petite incision au point voulu dans la paroi de l'intestin. Jugeant cette pratique à la fois inefficace et dangereuse, parce qu'elle risquerait d'augmenter la gravité du traumatisme, sans prévenir d'une manière certaine la migration ultérieure des lombrics, qui pourraient échapper à l'exploration du chirurgien, M. Soma croit préférable de recourir à un moyen beaucoup plus simple et qui consisterait à introduire dans l'intestin, à travers la plaie déjà ouverte, une solution antihelminthique, laquelle aurait pour effet d'engourdir momentanément les ascarides les plus proches; le chirurgien aurait ensuite tout le loisir nécessaire pour administrer des remèdes énergiques destinés à assurer l'expulsion complète des parasites. L'auteur estime que cette façon de procéder doit être appliquée dans tous les cas d'intervention d'urgence, et surtout lorsqu'il s'agit de malades appartenant aux classes peu aisées, qui, en raison de leur nourriture plus ou moins grossière, sont particulièrement sujets à l'helminthiase. (*Gazz. degli Osped.*, 30 avril 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS POLONAISES

Un cas de corps étranger dans la cavité pleurale, par M. W. Biehler.

L'observation publiée par l'auteur a trait à un homme de quarante-deux ans, qui, occupé à un travail de menuiserie, se fit, avec une scie circulaire, une blessure au niveau du thorax. Admis, le jour même de l'accident, à l'hôpital, le patient se plaignit de douleurs intenses dans le côté droit et dans les régions avoisinant la plaie; celle-ci siégeait à 2 centimètres de la clavicule droite et mesurait 4 ou 5 centimètres de long.

Le malade avait, à plusieurs reprises, craché du sang à la suite de sa blessure, mais à la clinique on ne constata rien d'anormal dans l'expectoration, pas plus qu'à l'auscultation du poumon.

Les jours suivants, on vit se déclarer une élévation de la température qui oscillait entre 36°6 et 38° le matin, 37°4 et 39°8 le soir, en même temps que toute la surface du côté droit du thorax devenait le siège d'un emphysème sous-cutané. D'autre part, on ne tarda pas à constater l'existence d'une matité sous l'omoplate droite, avec bruit de frottements à l'auscultation; aussi pratiqua-t-on, au niveau de la ligne axillaire postérieure droite, entre la huitième et la neuvième côte, une ponction qui donna issue à un peu de liquide sanguinolent louche. La fièvre ayant persisté, on réséqua, quatre jours après, un fragment de la neuvième côte droite, opération au cours de laquelle il s'écoula 1 l. ½ de pus mêlé de sang. La plaie fut drainée.

Le lendemain, l'épaule, très douloureuse, subit une tuméfaction considérable. Malgré la diminution progressive de la suppuration et la cicatrisation régulière de la plaie, le patient ne cessait d'éprouver de vives douleurs au niveau de l'épaule droite et de présenter des poussées fébriles allant, le soir, jusqu'à 39°2. Les choses restèrent dans le même état pendant six semaines encore, jusqu'au jour où l'on enleva avec le drain un morceau de toile mesurant 8 centimètres de long sur 4 de large et correspondant exactement à un trou qui se voyait sur la chemise que le malade portait lors de l'accident.

La persistance de la fièvre et des phénomènes douloureux, ainsi que la longue durée de la suppuration, avaient évidemment tenu à la migration lente du corps étranger autour du lobe supérieur du poumon droit, dans la direction de la pesanteur, de haut en bas, et dans celle de l'écoulement du pus, d'avant en arrière, vers la plaie opératoire. (*Kronika lekarska*, 15 mai 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

Contribution à l'étude de la recherche des bacilles de Koch dans les exsudats pleurétiques, par M. E. Gebrovsky.

L'accord étant loin d'être fait sur les résultats de la méthode inoscopique, imaginée par M. Jousset pour faciliter l'isolement du bacille de Koch des humeurs de l'organisme (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 22-24, et 1904, p. 183), M. Gebrovsky a institué une série d'essais cliniques, en vue de se rendre compte de la valeur de ce procédé.

Au début de ces recherches, qui ont porté sur 34 exsudats pleurétiques et sur 2 épanchements péritonéaux, l'auteur se conforma strictement à la technique suivie par M. Jousset, sauf pour la coloration (il employa le procédé de Ziehl au lieu de celui de Gabbet).

Les premiers exsudats examinés par M. Gebrovsky se coagulaient lentement : ce n'est qu'au bout de vingt-quatre heures que l'on voyait se former un petit caillot, et, celui-ci une fois enlevé, il restait au fond du vase un dépôt assez abondant. Or, comme dans les préparations faites avec ce dépôt il existait des bacilles de Koch typiques, l'auteur pratiqua dès lors, dans chaque cas, à côté de l'inoscopie, l'examen du dépôt. La comparaison des frottis obtenus avec ce dépôt, d'une part, et avec le caillot soumis à la digestion artificielle, d'autre part, se montra loin d'être favorable au procédé de M. Jousset.

En effet, d'après l'expérience de M. Gebrovsky, les préparations effectuées suivant la méthode de M. Jousset ne sont pas exemptes d'inconvénients : le flocon ramené du fond du tube s'étale et se fixe mal sur la lame, d'où il est facilement détaché par l'eau. De plus, il est rare de trouver, dans ces préparations, des bacilles tuberculeux typiques, nettement délimités et colorés, tels qu'on les voit, par exemple, dans les crachats soumis à la coloration de Ziehl : au contraire, les bacilles, après l'emploi de l'inoscopie, ne sont pas suffisamment colorés et peuvent même laisser des doutes sur leur nature, car ils figurent, la plupart du temps, des chaînettes composées de grains séparés et inégaux comme forme et dimensions.

Quant aux préparations obtenues avec le dépôt qui se produit par le simple repos de l'exsudat, elles étaient de beaucoup supérieures aux premières : ce dépôt était aisément fixé sur le verre, et, à l'examen microscopique, les bacilles de Koch, bien colorés, étaient plus faciles à trouver.

Cela étant, l'auteur se demanda si le liquide employé par M. Jousset ne modifierait pas tant la forme des bacilles que leur manière de se comporter à l'égard des réactifs colorants. Afin d'élucider ce point, il entreprit une série d'expériences, sur la technique desquelles il serait trop long d'insister ici, et qui prouvèrent que, effectivement, le suc gastrique artificiel utilisé dans l'inoscopie modifie les caractères morphologiques des bacilles et leur réceptivité pour les couleurs, quand il s'agit de microorganismes provenant de vieilles cultures. Ce liquide peut, par conséquent, agir de la même façon sur les bacilles des exsudats, surtout dans les pleurésies anciennes. Aussi M. Gebrovsky a-t-il cherché à le remplacer par un autre milieu susceptible de digérer la fibrine, sans influencer les propriétés des bacilles; mais les essais institués dans ce but avec des solutions de papaïne, de pancréatine, etc., ne furent pas couronnés de succès.

L'auteur eut alors recours à un autre procédé. Comme, dans les préparations obtenues avec le dépôt formé par l'exsudat laissé simplement au repos, les bacilles de Koch étaient parfaitement typiques tant par leurs contours que par leur coloration, M. Gebrovsky crut devoir partir d'un principe exactement opposé à celui de M. Jousset : il chercha à entraver la coagulation et de la sorte à favoriser le plus possible la formation du dépôt. De tous les moyens anticoagulants, le plus efficace à cet égard lui parut être une solution de fluorure de sodium, qui présenterait, en outre, l'avantage d'agir comme antiseptique, et d'empêcher ainsi la pullulation d'autres microorganismes. L'auteur a pu se convaincre que cette solution ne modifie en rien les bacilles de Koch, alors même qu'on la laisse agir durant vingt-quatre heures à la température de 37°.

Voici quel est le procédé adopté par M. Gebrovsky : dans le récipient de l'appareil de Potain, on verse, avant la ponction, de 300 à 500 c.c. d'une solution de fluorure de sodium à 1 %. On laisse ensuite s'écouler dans le récipient une quantité égale de liquide pleurétique; on interrompt alors la thoracentèse et, après avoir agité le flacon de manière à obtenir un

mélange plus ou moins uniforme, on verse celui-ci dans un vase, que l'on laisse au repos et au frais jusqu'au lendemain matin. Il se forme, au fond du vase, un dépôt que l'on recueille après décantation et que l'on répartit dans les tubes d'un centrifugeur. Le dépôt fourni par la centrifugation sert pour effectuer les frottis, que l'on colore d'après la méthode de Ziehl, en ayant soin — contrairement à la technique de M. Jousset — de pousser très loin la décoloration (solution d'acide azotique à 15 ou 20 %).

La quantité d'exsudat nécessaire pour mettre en évidence les bacilles de Koch par ce procédé ne doit pas être inférieure à 100 c.c. Dans 10 c.c., c'est-à-dire dans la quantité que l'on obtient habituellement par la ponction exploratrice, l'auteur n'a pu déceler la présence du bacille en question que 1 fois sur 5 : il s'agissait d'un épanchement péritonéal, et l'on trouva, à l'autopsie, des lésions tuberculeuses considérables du péritoine et de l'intestin. Dans les 4 autres faits, on put au contraire constater des bacilles en faisant porter l'examen sur une quantité de liquide supérieure à 100 c.c.

D'après l'expérience de M. Gebrovsky, ce procédé, outre sa grande simplicité, présenterait, sur celui de M. Jousset, le double avantage de permettre de déceler plus facilement les bacilles et de donner des résultats plus exacts. C'est ainsi que, sur 29 cas dans lesquels on a essayé simultanément l'inoscopie et le procédé au fluorure de sodium, les bacilles ont été constatés 19 fois avec ce dernier et seulement 12 fois avec la première; en d'autres termes, dans 7 cas, l'inoscopie donna un résultat négatif, alors que l'application de la méthode de M. Gebrovsky fournit un résultat positif, tandis que dans les 12 faits où celle-là fut positive, celle-ci permit également de déceler la présence des bacilles.

Pour ce qui est de la valeur diagnostique des recherches en question, l'auteur donne la statistique que voici :

Sur les 34 exsudats pleurétiques soumis à l'examen, 22 étaient primitifs et 12 secondaires, avec lésions nettes des poumons (dans 4 cas, les crachats contenaient des bacilles de Koch). Pour les 22 exsudats de la première catégorie, le procédé de M. Gebrovsky donna 12 résultats positifs (55 %), tandis que, sur les 12 cas de la seconde catégorie, on obtint 10 fois (83 %) un résultat positif. Dans un fait de pleurésie primitive, on trouva le diplocoque lancéolé de Fränkel, mais pas de bacilles de la tuberculose.

D'après la nature de l'épanchement, ces exsudats se répartissaient ainsi qu'il suit : 26 exsudats séro-fibrineux, dont 17 — c'est-à-dire 65 % — avec bacilles de Koch (isolés par le procédé au fluorure de sodium); 2 épanchements séro-purulents, avec bacilles dans les deux; 3 sanguinolents, avec résultat positif dans les trois; 3 exsudats purulents primitifs, sans bacilles.

Si l'on compare ces chiffres avec les résultats obtenus par M. Jousset, on voit que, dans les pleurésies primitives, M. Gebrovsky trouva des bacilles de Koch beaucoup plus rarement (55 % des cas au lieu de 100 %). Le fait que l'examen inoscopique fut positif dans *toutes* les pleurésies étudiées par M. Jousset n'est, du reste, pas sans surprendre M. Gebrovsky, qui se demande si M. Jousset n'a pas été induit en erreur par la technique même qu'il suit dans ses recherches, et qui consiste à ne pas pousser trop la décoloration : il est en effet toute une série de bacilles résistants à l'action des acides et qui ne se distinguent précisément des bacilles de Koch que par leur résistance moindre à la décoloration par les acides. Cela étant, l'auteur serait porté à croire que, dans un certain nombre de cas, M. Jousset avait justement affaire à ces bacilles, et non pas à l'agent pathogène de la tuberculose. (*Roussk. Vratch*, 7 mai 1905.) — L. CH.

Contribution à l'étude de l'échinocoque des trompes de Fallope, par M. R. KLISITCH.

Les organes génitaux de la femme sont rarement le siège de kystes hydatiques : pareille localisation n'entre que pour 3.5 % des faits dans la statistique générale de l'échinococcose, alors que les kystes hydatiques du foie y figurent pour 47 %; et, dans la littérature médicale, l'auteur n'a trouvé que 13 cas d'échinocoque primitif des organes génitaux de la femme, dont 9 se rapportent à l'ovaire, 3 à l'utérus et 1 seulement à la trompe de Fallope.

Cela étant, il nous paraît intéressant de signaler l'observation relatée dans le présent travail, et qui a trait à une femme de trente-cinq ans, admise à l'hôpital pour une tumeur du bas-ventre, datant de quinze ans. Après examen, on porta le diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire gauche avec salpingo-ovarite droite. On pratiqua la laparotomie, au cours de laquelle on fut à même de se rendre compte que la tumeur, intimement liée à la matrice, avait contracté de nombreuses adhérences avec l'épiploon et l'intestin grêle, mais on ne fut fixé sur la nature du néoplasme qu'après l'intervention, lorsque — la tumeur ayant été incisée — on vit s'en écouler un liquide transparent, légèrement opalescent et qui contenait des vésicules filles. A l'intérieur du kyste, où il n'existait pas de cloisons, on trouva de nombreuses vésicules filles dont le volume variait entre celui d'une cerise et celui d'un œuf de pigeon; l'examen microscopique de leur contenu y décela des scolex et des crochets isolés.

Afin de déterminer si l'échinocoque avait réellement pris naissance dans la trompe, l'auteur examina au microscope des fragments de la paroi de la poche kystique. Il y reconnut des fibres musculaires longitudinales et circulaires, ce qui prouve que la paroi en question n'était autre chose que la trompe de Fallope, profondément modifiée, il est vrai, par le processus morbide, à tel point qu'il fut impossible d'y retrouver des éléments de la muqueuse.

L'exploration minutieuse de la cavité abdominale pendant l'opération ayant démontré l'absence de toute autre vésicule hydatique, il est évident qu'il s'agissait, dans ce fait, d'un échinocoque *primitif* de la trompe. Or, d'une façon générale, l'échinocoque solitaire de la cavité abdominale est excessivement rare; dans la très grande majorité des cas, on a affaire à des kystes hydatiques multiples. Et c'est précisément grâce à l'absence d'autres localisations que l'on a pu pratiquer, chez la malade de M. Klisitch, une opération radicale, laquelle a d'autant mieux réussi que pas une goutte du contenu du kyste, pas une seule vésicule fille n'ont pénétré dans la cavité abdominale. (*Roussk. Vratch*, 23 avril 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Des infiltrations douloureuses de la peau et des muscles et de leurs différents symptômes, par M. C. LORENTZEN.

Il s'agit ici de ces indurations plus ou moins étendues qui peuvent se former dans le tissu cellulaire sous-cutané, ainsi que dans les muscles où elles constituent la « myosite noueuse »; mais cette dernière affection est déjà assez bien connue, et nous nous bornerons à signaler les principaux caractères des infiltrations sous-cutanées.

Ces dernières — très communes, puisque en deux ans l'auteur en a rencontré plus de 100 cas — consistent en un épaississement de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent, sans adhérence aux parties profondes. La surface de la peau semble normale et il n'y a pas d'œdème à proprement parler, car le doigt ne laisse pas son empreinte : on dirait simplement que la peau a subi une sorte de « matelassure ». Dans la zone indurée, on rencontre quelquefois des parties plus résistantes qui donnent l'impression d'un semis de petits grains très nombreux. La palpation de ces plaques est fort douloureuse, surtout quand on veut faire un pli à la peau : celle-ci se laisse pourtant aisément soulever, mais le pli qu'elle forme est plus épais que dans les parties symétriques du corps. L'étendue affectée varie des dimensions d'une pièce d'un franc à celles de grandes surfaces de 1 ou 2 décimètres carrés, et il peut en exister plusieurs à la fois chez le même sujet. Les régions les plus atteintes sont le cou, le dos (notamment tout autour des omoplates), l'épigastre, la région sous-ombilicale de l'abdomen, les parties inférieures et externes de la cuisse ou supéro-externes de la jambe. Aux mains, aux pieds, M. Lorentzen n'en a jamais rencontré. On peut constater enfin quelque sensibilité dans le domaine de certains nerfs périphériques.

Les symptômes généraux présentés par ces malades rappellent beaucoup ceux de la neurasthénie : une des sensations dont ils se plaignent le plus souvent est celle d'une grande lassitude. Les femmes sont beaucoup plus fréquemment atteintes que les hommes; dans les deux sexes, l'affection peut se développer à tout âge. Les douleurs occasionnées par ces plaques cutanées sont naturellement susceptibles de simuler toutes sortes de maladies, et en particulier les gastropathies, d'autant que certains de ces patients offrent des troubles gastro-intestinaux, et surtout de la constipation. Enfin, l'affection en question est très souvent associée à de la myosite noueuse.

C'est le massage qui est le traitement de choix; mais il faut reconnaître qu'il est parfois impuissant à dissiper les infiltrations invétérées, qu'il parvient seulement à assouplir et à rendre moins douloureuses; les bains froids ont une action plutôt nuisible. (*Ugeskrift for Læger*, 18 et 25 mai 1905.) — R. DE B.

Immunité des nourrissons à l'égard de la rougeole, par M. G. E. BENTZEN.

On sait que les nourrissons sont beaucoup moins susceptibles de contracter la rougeole que les enfants plus âgés. Dans le but de rechercher les causes auxquelles on peut attribuer cette immunité relative, M. Bentzen a profité d'une épidémie de rougeole qui a sévi à Christiania pour adresser aux médecins et au public un questionnaire dans lequel il demandait notamment qu'on lui signalât les enfants atteints de rougeole et ceux qui, ayant été soumis à la contagion, l'avaient pourtant évitée.

Des réponses reçues par l'auteur, et des enquêtes dont elles furent le point de départ, il ressort que 43 enfants de moins d'un an contractèrent la rougeole, tandis que 34 y échappèrent. D'autre part, au point de vue de l'influence de l'alimentation (les données ne se réfèrent qu'à 72 de ces 77 cas), on put constater que, sur 31 enfants exclusivement nourris au sein, 41 % seulement furent atteints; sur 15 qui étaient soumis à l'alimentation artificielle, 73 % furent contagionnés; enfin, 26 enfants recevant une alimentation mixte donnèrent 69 % de rougeoleux.

Il semble donc évident que l'alimentation par le lait de femme confère une immunité relative; mais, évidemment, ce n'est pas là le seul facteur. Il faut, par exemple, tenir compte aussi de l'immunité que peuvent transmettre les parents : en effet, pour les 34 nourrissons ayant évité la rougeole, le père et la mère avaient été *l'un et l'autre* atteints de cette maladie éruptive dans 67 % des cas (pour les 33 % restant un seul des deux parents avait été infecté ou les renseignements étaient incomplets); au contraire, pour les 43 enfants contaminés, le père et la mère n'avaient eu tous deux la rougeole que dans 43 % des cas. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet 1905.) — R. DE B.

Etudes sur l'eczéma et l'impetigo contagiosa, par M. L. MOBERG.

Un fait à peu près constant dans les eczémas, ou tout au moins dans les formes les moins discutées de cette dermatose, est la présence de staphylocoques blancs ou dorés, sans parler des autres espèces microbiennes plus ou moins accidentelles.

On a prétendu, il est vrai, que ces staphylocoques n'avaient aucune signification, que leur virulence était nulle ou inconstante : bref, on s'est élevé contre la « légende » du staphylocoque créant à la fois l'eczéma, l'impétigo, le furoncle, etc. Pour se renseigner sur la légitimité de ces critiques, M. Moberg s'est attaché à étudier les rapports existant entre les staphylocoques de ces différentes affections.

Dans ce but, il a mis en cultures pures des staphylocoques provenant de 15 cas d'eczéma, de 15 cas d'impétigo et de 16 cas chirurgicaux (furoncles, phlegmons, abcès, panaris, etc.), et il a tout d'abord pu constater l'identité habituelle de ces divers staphylocoques, tant au point de vue morphologique que biologique : les différences qu'on a signalées ne sont donc pas constantes.

Mais, à l'heure actuelle, la comparaison entre microbes d'origine variable peut être poursuivie plus loin. Le staphylocoque produit, en effet, une substance toxique, la staphylolysine, capable de dissoudre les globules sanguins : or, tous les staphylocoques recueillis par l'auteur, chez des eczémateux et des impétigineux, possédaient, sauf dans 2 cas, des propriétés hémolytiques. D'autre part, le sérum des animaux infectés par le staphylocoque jouit du pouvoir d'agglutiner ce même microbe, et c'est là un précieux moyen de se renseigner sur l'identité des espèces microbiennes. Ce procédé a donc été appliqué par M. Moberg aux staphylocoques de l'eczéma et de l'impétigo, et il a pu constater qu'ils étaient tous agglutinés par les mêmes sérums que les staphylocoques vulgaires. La seule différence est que la dilution de sérum nécessaire à cette agglutination est fort différente d'un cas à un autre.

Se basant sur ces recherches, l'auteur estime qu'on ne saurait actuellement établir de distinction entre les staphylocoques de l'eczéma, de l'impétigo et des affections chirurgicales. Mais il croit cependant — ce que la clinique confirme, du reste — que, de l'identité de ces caractères, il serait illégitime de conclure à celle des réactions pathologiques engendrées par ces microbes. (*Hygiea*, mai et juin 1905.) — R. DE B.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE BORDEAUX

Bellot. Les neurofibrilles; morphologie normale; leurs altérations pathologiques dans l'anémie expérimentale et dans l'hémiplégie.

Bonnet. Des lésions du trijumeau consécutives aux fractures du crâne.

Brisson. Du larmoiement incoercible et de son traitement.

Bussière. L'opération inter-ilio-abdominale.

Candiotti. La notion des couleurs et la linguistique.

Cariès. De l'action thérapeutique du courant continu dans les arthrites bacillaires.

Castueil. Le traumatisme thoracique et la tuberculose pulmonaire devant l'étiologie, la prophylaxie et la loi.

Chaigneau. Exstrophie de la vessie et grossesse.

Collomb. Des troubles intellectuels dans la maladie de Parkinson.

Cristau. De la néphrotomie dans les néphrorrhagies.

Darmezin. Superstitions médicales et remèdes populaires en Touraine.

Destelle. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des paralysies faciales par l'anastomose du nerf facial avec le nerf spinal ou le nerf grand hypoglosse.

Dourthe. Contribution à l'étude du pied blennorrhagique, en particulier de la talalgie.

Dufranc (P.-J.-R.). Recherches expérimentales sur la toxicité de la digestion peptique.

Dupin. L'assistance médicale gratuite et le syndicat médical de Lot-et-Garonne.

Folliot. Contribution à l'étude des occlusions intestinales vraies de cause appendiculaire.

Fouladoux. La gangrène dans l'appendicite.

Fournier. Contribution à l'étude du traitement chirurgical dans le cancer de la prostate.

Gassin. Influence inverse de la fatigue et du repos sur la température des tuberculeux.

Giraudet. Complications méningitiques de la fièvre typhoïde chez l'enfant.

Gleizes. Traitement des kératites à hypopyon par le curettage et le sous-nitrate de bismuth.

Goude. De l'ictère grave chez l'enfant.

Guyot. Etude de la lipase gastrique.

Jauréguiber. Considérations sur la valeur hygiénique comparée des sports.

Jubin. Etude clinique des fibromyomes œdémateux et pseudo-kystiques.

Lafon. Le tuberculome de la conjonctive bulbaire.

Lavie. Contribution à l'étude de la cure radicale des dacryocystites par l'extirpation totale du sac lacrymal.

Le Roy. Diagnostic et traitement de la tuberculose primitive de la conjonctive.

Leuret. Etude sur quelques cas d'ictère des nouveau-nés.

Malouvier. Des pyélonéphrites apparaissant pendant les suites de couches.

Papon. De l'amputation interscapulo-thoracique dans les tumeurs malignes de l'épaule.

Pujo. Contribution à l'étude du traitement des tumeurs cutanées par la cautérisation.

Rabère. Des difformités consécutives à la paralysie infantile siégeant au niveau des membres; leur thérapeutique chirurgicale.

Reyneau. Démence précoce et hystérie.

Saligue. Des œdèmes aigus localisés, multiples et transitoires.

Savidan. Appendicite kystique.

Trividic. Contribution à l'étude des corps étrangers des voies digestives chez les enfants.

Vadon. De l'origine pleuro-pulmonaire des abcès froids thoraciques et de leur traitement.

PHYSIOLOGIE

Kurdinowski (E. M.). Einige neue Angaben über die experimentelle Methodik des Uterus im allgemeinen und die Registration der Kontraktionen seiner Hörner im besonderen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 juin.)

Lamy (H.). Rôle des muscles spinaux dans la marche normale chez l'homme. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Landois (L.) et **Rosemann** (R.). Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 11e éd. 2e partie. In-8°, p. 529 à 1107, avec fig. Vienne.

Lennhoff (R.) et **Levy-Dorn**. Untersuchungen an Ringkämpfern. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er juin.) — Recherches sur des lutteurs.

Ott (I.) et **Ulman** (J. F.). Intestinal peristalsis, action of different agents on it. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 juin.)

Parhon (C.) et **Goldstein** (M.). Untersuchungen über die motorische Localisation der unteren Extremität im Rückenmark des Menschen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juin.) — Les centres spinaux des mouvements du membre inférieur.

Schade (H.). Ueber die katalytische Beeinflussung der Zuckerverbrennung : Ueber die Veränderlichkeit des Oxydationskoeffizienten beim Zucker. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 juin.) — Sur la variabilité du coefficient d'oxydation du sucre.

Schultz (P.). Kompendium der Physiologie des Menschen. 3e éd. In-8°, 422 p. avec fig. Berlin.

Swan (J. M.). A study of the metabolism of a vegetarian. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Tigerstedt (R.). Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 3e éd. T. II. In-8°, 488 p. avec fig. Leipzig.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Colombo (C.). Sull'azione biologica dei campi magnetici variabili. (*Ann. di elettricità med. e terapia fisica*, mars.)

Parhon (C.) et **Goldstein** (M.). Recherches sur l'influence exercée par la section transversale de la moelle sur les lésions secondaires des cellules motrices sous-jacentes et sur leur réparation. (*Rev. neurol.*, 28 fév.)

Pfeiffer (H.). Experimentelle Beiträge zur Aetiologie des primären Verbrennungstodes. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 3.) — Sur les causes de la mort par brûlures.

Piorkowski. Weitere Mitteilung über Syphilisimpfung am Pferde. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 juin.) — Sur l'inoculation de la syphilis au cheval.

Plumier (L.). Action de la trinitrine et du nitrite d'amyle sur la circulation cardio-pulmonaire. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Rimann (H.). Experimenteller Beitrag zur Lehre von der Entstehung der echten, freien Gelenkkörper. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 3.) — Pathogénie des corps libres articulaires.

Saltykow (S.). Versuche über Gehirnreplantation, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis reactiver Vorgänge an den zelligen Gehirnelementen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 2.) — Essais de greffe encéphalique.

Semb (O.). Om eklampsiens pathogenese. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juin.)

Sticker (A.). Erfolgreiche Uebertragungen bösartiger Geschwülste bei Tieren. (*Med. Klinik*, 21 mai.) — Transmission du cancer aux animaux.

Tchitchkine (A.). Essai d'immunisation par la voie gastro-intestinale contre la toxine botulique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

Vyssotzky (A.). Influence de l'électrolyse sur le tissu cicatriciel (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 10.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Browicz. O czynnosci wydzielniczej jadra komorki watrobnej. (*Gaz. lekarska*, 15 avril.) — Sur l'activité sécrétoire du noyau de la cellule hépatique.

Chiene (J.). On the causation of disease, with special reference to tumour growth. (*Edinburgh Med. Journ.*, juin.)

De Grazia (F.). Ricerche di ricambio nella leucemia cronica. (*Riforma med.*, 25 mars et 1er avril.)

Galdi (F.). Ricerche sull'autolisi degli essudati e dei trasudati. (*Clinica medica italiana*, fév.)

Gennari (C.). Sulle variazioni della pressione sanguigna nella posizione coricata e seduta nelle diverse malattie. (*Riforma med.*, 15 avril.) — Variation de la pression sanguine chez les malades dans la position horizontale ou assise.

Hare (F.). The carbon factor in gout : hyperpyremia. (*Med. Record*, 17 juin.)

Jolles (A.) et **Oppenheim** (M.). Beiträge zur Kenntnis der Blutfermente. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 2.) — Sur les ferments du sang.

Kipiani (V.). De l'excitabilité des muscles à l'état normal et à l'état pathologique, d'après Mlle J. Ioteyko. (*Rev. de méd.*, juin.)

Klesk (A. E.). Studyum bolu fizycznego. (*Przeglad lekarski*, 18 et 25 fév., 4 et 11 mars.) — Sur la douleur physique.

Lamb (G.). The specificity of antivenomous sera, with special reference to a serum prepared with the venom of Daboia Russelli. In-4°, 18 p. Calcutta.

Lubarsch (O.). Die allgemeine Pathologie. T. Ier, 1re partie. In-8°, 317 p. avec fig. Wiesbaden. — Traité de pathologie générale.

Lüdke (H.). Die Antikörperproduktion als cellulärer Sekretionsprozess. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5, 12 et 19 juin.)

Maniscalco (G.). Sulla etiologia e patogenesi del cancro. (*Riforma med.*, 1er avril.)

Michaelis (L.). Weitere Untersuchungen über Eiweisspräcipitine. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 5-6.) — Nouvelles recherches sur les précipitines de l'albumine.

Oriou. Nouvelles recherches sur le calcul de la capacité pulmonaire chez les sujets sains et chez les sujets tuberculeux. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIV, 1.)

Pfeiffer (H.). Ueber die nekrotisierende Wirkung normaler Seren. 1. Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 mai.) — L'action nécrotisante des sérums normaux.

Quadrone (C.). Sui cambiamenti specifici che avvengono nel siero sanguigno in seguito ad iniezioni di sputi di varia natura. (*Riforma med.*, 25 mars.)

Reid (G. A.). The principles of heredity, with some applications. In-8°, 359 p. Londres.

Ribbert (H.). Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der allgemeinen pathologischen Anatomie. 2e éd. In-8°, 658 p. avec fig. Leipzig.

Rosenberg (E.). Ueber den Umfang der Eiweissverdauung im menschlichen Magen unter normalen und pathologischen Verhältnissen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVI, 5-6.) — La digestion gastrique de l'albumine chez l'homme.

Sacconaghi (G. L.). Leucocitosi, organi leucopoietici, immunità. (*Morgagni*, mars-avril et mai.)

Sachs (H.). Ueber das Zusammenwirken normaler und immunisatorisch erzeugter Ambozeptoren bei der Hämolyse. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 mai.)

Wassermann (A.) et **Bruck** (C.). Ueber den Einfluss der Bildung von Eiweisspräcipitinen auf die Dauer der passiven Immunität. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, L, 2.)

Weichardt (W.). Ueber das Ermüdungstoxin und dessen Antitoxin. 3. Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 juin.) — Toxine et antitoxine dans la fatigue.

Whitney (W. F.). A study of the birth-rates, general death-rates, and death-rates from cancer for the New-England states for the year 1900. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 16 fév.) — La natalité, la mortalité générale et la mortalité par cancer dans la Nouvelle-Angleterre en 1900.

Williams (E. T.). The alleged destruction of red blood corpuscles in the spleen. (*Amer. Medicine*, 13 mai.) — L'hémolyse splénique.

Wrzosek (A.). W sprawie wydzielania przez prawidlowa watrobe mikrobow, krazacych we krwi. (*Przeglad lekarski*, 28 janv.) — De l'élimination par le foie normal des microbes circulant dans le sang.

Zeri (A.). Gli enzimi del sangue attraversano il rene ammalato? (*Policlinico*, 11 juin.)

Zimnitzky (S.). Les alexines dans le sang de l'organisme animal (en russe). (*Roussk. Vratch*, 14 mai.)

MÉDECINE

Ion Nanu (Muscel). Ein Fall von primärer Krebsentwicklung in den Bronchien. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 15 juin.) — Cancer primitif des bronches.

Jobson (T. B.). A case of polyarticular « quiet effusion ». (*Lancet*, 24 juin.)

Kapsammer (G.). Ein weiterer Beitrag zur Nierendiagnostik. (*Wien. med. Wochensch.*, 17 juin.) — Sur le diagnostic fonctionnel du rein.

Kinnicutt (F. P.). A contribution to hemophilia, with special reference to the joint symptoms of the disease. (*Med. Record*, 10 juin.)

Klemperer (G.). Grundriss der klinischen Diagnostik. 12e éd. In-8°, 276 p. avec fig. Berlin.

Knapp (M. I.). A very simple method to locate the stomach. (*Med. News*, 10 juin.) — Procédé très simple pour délimiter l'estomac.

Leclerc (F.) et **Cade** (A.). Un cas de congestion pulmonaire primitive, prolongée, liée à une pneumococcie à localisations multiples. (*Lyon méd.*, 11 juin.)

Levaditi. Ueber Lymphocytengranula. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 3.)

Lorentzen (C.). Om smertende infiltrater i hud og muskler og deres symptomer. (*Ugeskrift for Læger*, 18 et 25 mai.) — Sur les infiltrations douloureuses de la peau et des muscles et sur leur symptomatologie.

Marchetti (G.). Emoglobina ed albumina totale dei globuli rossi umidi in condizioni normali e patologiche. (*Riv. critica di clinica medica*, 15 et 22 avril.)

Memmi (G.). Contributo alla diagnosi differenziale tra essudati e trasudati con particolare riguardo alla lipasi. (*Clinica medica italiana*, mars.)

Metzger (L.). Ueber menstruellen Icterus. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 juin.)

Micheli (F.). Sulle albuminurie alimentari. (*Riv. critica di clinica medica*, 25 mars, 1er et 8 avril.)

Mocquot (P.) et **Moutier** (F.). Déformations séniles du squelette simulant la maladie de Paget. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Moore (N.). On pleurisy : its pathology, diagnosis, and treatment. (*Lancet*, 10 juin.)

Moritz (E.). Ueber Lebensprognosen. 2e éd. In-8°, 57 p. avec tableaux. Saint-Pétersbourg. — La durée probable de la vie [notamment au point de vue de l'assurance sur la vie].

Muszkat (A.). Ein Fall von Bronchialkolik infolge Broncholithiasis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 juin.)

Nazarov (M.). Contribution à l'étiologie de l'appendicite (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 7 mai.)

MALADIES INFECTIEUSES

Adams (S. S.). A study of 400 cases of tuberculosis in children. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.) — 400 cas de tuberculose chez l'enfant.

Allaria (G. B.). Di un caso di ileotifo con scarlattina. (*Gazz. degli Osped.*, 18 juin.)

Andrade (E.). On Widal reaction. (*Med. News*, 27 mai.)

Arullani (F.). Sulla patogenesi degli edemi da diplococco. (*Clinica medica italiana*, fév.)

Ascoli (G.). Sugli anticorpi nel corso della polmonite. (*Clinica medica italiana*, mars.)

Berkeley (W. N.). The present clinical and bacteriological status of Vincent's angina. (*Med. News*, 27 mai.)

Berlatzky (G.). La grippe et les vers intestinaux (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 7 mai.)

Bernstein (E. P.). The value of lumbar puncture, with particular reference to the diagnosis of tuberculous meningitis. (*Med. News*, 17 juin.)

Bertazzoli (C.). L'orticaria nei prodromi della febbre tifoide. (*Gazz. degli Osped.*, 11 juin.)

Biland (J.). Ueber einen Fall von Staphylohæmie (mit Urethritis, Epididymitis und Exanthem). (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juin.)

Burckhardt (O.). Ueber Lungentuberculose und Schwangerschaft, nach Beobachtungen im Hochgebirge. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 juin.) — Tuberculose pulmonaire et grossesse, d'après des observations recueillies à de hautes altitudes.

Citelli (S.). Su una forma prolungata di angina difterica latente. (*Policlinico*, 11 juin.)

Curlo (G.) et **Goggia** (C. P.). Ricerche sperimentali e cliniche intorno all'azione dei sali di chinino sul bacillo di Eberth. (*Clinica medica italiana*, avril.)

Cybulski (T.). Przyczynek do etyologii czerwonki. (*Przeglad lekarski*, 6 mai.) — Etiologie de la dysenterie.

Drigalski (von). Beobachtungen bei Genickstarre. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 juin.) — Sur la méningite cérébro-spinale épidémique.

Elliot (A. M.). Some notes on plague. (*Lancet*, 10 juin.) — A propos de la peste.

Fedorov (V.). Quelques mots sur le choléra de 1904 (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 21 mai.)

Foster (N. B.). Cerebrospinal meningitis; a study of 30 cases in the New York epidemic. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Garcia (C. M.). Nota sobre una forma insólita de impaludismo pernicioso. In-4°, 8 p. Véracruz.

Gerrard (P. N.). 7 cases of beri-beri. (*Lancet*, 17 juin.)

Godinho (V.). Tetano de forma dysphagica consecutivo a ferimento da extremidade inferior; amputação do artelho; cura. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 mai.) — Tétanos céphalique consécutif à une plaie du membre inférieur; amputation d'un orteil; guérison.

Goggia (C. P.). Sopra due casi di tisi pneumonica diagnosticati colla puntura del polmone. (*Clinica medica italiana*, mars.)

Grawitz. Beobachtungen über die diesjährigen Fälle von Genickstarre. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 juin.) — Sur l'épidémie actuelle de méningite cérébro-spinale.

Grulee (C. G.) et **Welch** (J. S.). Dysentery in Cook County Hospital [Chicago]. (*Amer. Medicine*, 10 juin.)

Haller (P.). Observations sur le choléra à Saratov en automne 1904 (en russe). (*Roussk. Vratch*, 28 mai.)

Hastings (T. W.). The bacterial and cellular examination of the spinal fluid in 50 cases of cerebrospinal meningitis. (*Med. News*, 17 juin.)

Heine. Ueber Augenstörungen bei der Genickstarre. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 juin.) — Sur les complications oculaires de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Huber (F.). Clinical features and treatment of epidemic cerebrospinal meningitis. (*Med. News*, 27 mai.)

Johnston (R. H.). The laryngeal complications of typhoid fever. (*Med. News*, 3 juin.)

Kamen (L.). Die Infektionskrankheiten rücksichtlich ihrer Verbreitung, Verhütung und Bekämpfung. Fasc. 2 à 4. In-8°, p. 65 à 256, avec fig. Vienne. J. Safár.

Kheifetz (M.). Un cas de scarlatine avec de nombreuses complications (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 14 mai.)

Kirchner (M.). Ueber die gegenwärtige Epidemie der Genickstarre und ihre Bekämpfung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 et 12 juin.) — Sur l'épidémie actuelle de méningite cérébro-spinale et sa prophylaxie.

Köppen (A.). Heilung der tuberkulösen Peritonitis an einem spontan geheilten Falle. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 juin.)

Koulech (G.). Epidémiologie et prophylaxie de la méningite cérébro-spinale (en russe). (*Prakt. Vratch*, 28 mai et 4 juin.)

Le Ray (E.). Du rôle de la végétation dans l'évolution du paludisme. In-8°, 641 p.

Leuret et **Lafite-Dupont**. De la méningite cérébro-spinale d'origine otitique; un cas à forme foudroyante. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 11 juin.)

Vincent (H.). La symbiose fuso-spirillaire; ses diverses déterminations pathologiques. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, avril.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Engstler (G.). Ueber den Fusssohlenreflex und das Babinski-Phänomen bei 1000 Kindern der ersten Lebensjahre. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er juin.) — Du réflexe plantaire et du phénomène de Babinski chez 1,000 enfants en bas âge.

Etchepare (B.). Anomalias del sistema nervioso en un alienado : sífilis cerebral. (*Rev. méd. del Uruguay*, avril.)

Féré (Ch.). Note sur une anomalie de l'instinct sexuel : gérontophilie. (*Journ. de neurol.*, 20 mai.)

Ferrio (L.). Vitiligo et tumeur névroglique centrale de la moelle. (*Rev. neurol.*, 15 mars.)

Fischler (F.) et **Erb** (W.). Ueber die syphilogenen Erkrankungen des zentralen Nervensystems und über die Frage der « syphilis à virus nerveux ». (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXVIII, 5-6.)

Fjeldstad (A. H.). Et tilfælde af myxœdem. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juin.)

Frenkel (H. S.). Grundsätze der Uebungstherapie bei Tabes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 juin.) — Principes de la rééducation des tabétiques.

Freund (R.). Neurasthenie oder Organerkrankung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 17 juin.) — Neurasthénie ou affection organique.

Gardini (O.). Gastrotomia per ematemesi gravi riconosciute poi d'origine isterica. (*Clinica moderna*, 24 mai.)

Gauckler (E.) et **Roussy**. Un cas de paraplégie spasmodique avec lésions médullaires en foyer sans dégénérescences apparentes dans la moelle ni au-dessus ni au-dessous de la lésion. (*Rev. neurol.*, 30 avril.)

Giannelli (A.). Sulla tabe giovanile. (*Riforma med.*, 25 mars.)

Grasset (J.) et **Gaussel**. Paralysie des deux hémi-oculo-moteurs (abolition des mouvements de latéralité à droite et à gauche); tubercule de la protubérance. (*Rev. neurol.*, 30 janv.)

Henninger (C. H.). Absence of articulate speech; classification of 100 cases not due to mechanical faults or deafness. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 juin.) — Absence de la parole articulée.

Hirtz (E.) et **Lemaire** (H.). Etude critique sur le tabes infantile juvénile. (*Rev. neurol.*, 15 mars.)

Hnátek (J.). Tetanus und Neuritis. (*Wien. med. Wochensch.*, 13, 20 et 27 mai et 3 juin.)

Hunt (J. R.). Intermittent claudication and allied syndromes due to angiosclerosis of the extremities. (*Med. Record*, 27 mai.)

Ingelrans (L.). Les spasmes de la face. (*Echo méd. du Nord*, 11 juin.)

Italo Rossi (M.). Reprises chroniques de polyomyélite aiguë de l'enfance avec apparences de myopathie. (*Rev. neurol.*, 28 fév.)

Jones (A.). Epilepsie. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv.-fév.)

Klippel. Paralysie générale tuberculeuse (syndrome paralytique par encéphalite tuberculeuse). (*Rev. neurol.*, 15 avril.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Guizzetti (P.). Untersuchungen über die Veränderungen der Epithelien der Samenkanälchen und der Spermatozoen in 4 Fällen von Syphilis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXV, 2-3.) — Les altérations de l'épithélium des canalicules séminifères et des spermatozoïdes dans 4 cas de syphilis.

Gutmann (C.). Ueber Pseudoxanthoma elasticum (Darier). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXV, 2-3.)

Hirsch (F.). Ueber Erythema induratum (Bazin). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXV, 1 et 2-3.)

Hochsinger (K.). 20 jährige Dauerbeobachtung eines Falles von angeborener Syphilis; paroxysmale Hämoglobinurie, Aortitis, Infantilismus, Tabes. (*Wien. med. Presse*, 25 juin.) — Un cas d'hérédo-syphilis observé durant une période de vingt ans.

Hodara (M.). Ein Fall von Acanthosis nigricans im Gefolge eines Brustkrebses. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 juin.) — Acanthosis nigricans et cancer du sein.

Joannovich. Un cas de chancre de l'amygdale. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mars.)

Justus (J.). Die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe : Ueber Quecksilbervergiftung. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXV, 2-3.) — Les intoxications mercurielles d'origine thérapeutique.

Kren (O.). Ueber die Beziehung des Lupus erythematodes zur Tuberkulose. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXV, 2-3.)

Lambrior (A. A.). Un cas de syphilis cérébrospinale revêtant la forme Aran-Duchenne. (*Bull. de la Soc. des méd. et natural. de Jassy*, mai-juin.)

CHIRURGIE

Ekehorn (G.). Fall von enormer Dilatation des Magens und Duodenums von angeborenem, arterio-mesenterialem Ursprung. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 4.) — Dilatation considérable de l'estomac et du duodénum d'origine artério-mésentérique congénitale.

Gant (S. G.). Practical points concerning the technic of colostomy. (*Amer. Medicine*, 24 juin.)

Garrè (C.). Totaler Querriss des Pankreas durch Naht geheilt. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 1.) — Rupture transversale totale du pancréas; suture; guérison.

Gelpke (L.). Chirurgische und gynäkologische Kleinigkeiten. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er juin.)

Ghedini (G.). Tuberculoma ulcerato della lingua. (*Gazz. degli Osped.*, 4 juin.)

Gluck (Th.). Nervenplastik (greffe nerveuse), nebst Bemerkungen über Uebungstherapie bei Lähmungen. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, avril.)

Glückmann (T.). Un cas d'actinomycose primitive du thorax (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 30 avril et 14 mai.)

Hagen (W.). Erfahrungen in der Appendicitisfrage am städtischen Krankenhause zu Nürnberg. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 1.)

Hardoüin (P.). Un cas anormal de cancer du sein. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIV, 1.)

Haynes (I. S.). Tuberculosis of the testicle; epididymectomy; grafting of the vas deferens into the globus major. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Huntington (T. W.) et **Ebright** (G. B.). A case of typhoid perforation of the intestine with surgical treatment and recovery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 mai.)

Ingianni (G.). L'impianto di chiodi di avorio per riparare il difetto osseo nella lussazione congenita dell'anca. (*Policlinico*, 28 mai.) — L'enclouement à l'aide de tiges d'ivoire dans la luxation congénitale de la hanche.

Keen (W. W.). Rupture of the tendon of the biceps flexor cubiti; a case of rupture of the long tendon in its continuity, and one of rupture of the same tendon at the glenoid attachment; operation with successful result in each case. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Kehr (H.). Ueber zwei seltene Operationen an den Gallengängen : Hepatikusdrainage bei Situs transversus; Resektion des Ductus choledochus wegen Narbenstriktur. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 juin.) — 2 opérations rares sur les voies biliaires : drainage du canal hépatique dans un cas d'inversion viscérale; résection du canal cholédoque pour rétrécissement cicatriciel.

Kieseritzky (G.) et **Bornhaupt** (L.). Ueber einige unter dem Bilde der Aktinomykose verlaufende Affectionen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 4.) — Sur quelques affections simulant l'actinomycose.

Kohl (H.). Ueber eine besondere Form der Infraction : die Faltung der Knochencorticalis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 4-6.) — Sur une forme particulière d'inflexion : le plissement de la couche corticale des os.

Komorowski (C.). Przyczynek do ortopedycznego leczenia kolana koslawego (genu valgum). (*Przeglad lekarski*, 25 mars.) — Du traitement orthopédique du genu valgum.

König (F.). Das Carcinom; eine klinische Studie auf Grund eigener Beobachtung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 mai.)

Koulebiakine (N.). Contribution à l'étude des blessures par armes à feu de la cavité abdominale (en russe). (*Roussk. Vratch*, 28 mai.)

Kron (J.). Ein Fall von operierter Geschwulst des Rückenmarks. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 juin.) — Intervention pour tumeur de la moelle épinière.

Kroner (M.). Ein Fall von Flächenfraktur und Luxation der Patella. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 juin.) — Fracture vertico-transversale de la rotule avec luxation.

Kulenkamp (Th.). Ein Fall von traumatischer Lungengangrän. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er juin.) — Gangrène pulmonaire d'origine traumatique.

Lauenstein (C.). Zwei Dünndarmschlingen im eingeklemmten Bruch. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 4-6.) — Etranglement herniaire d'une double anse intestinale.

Laureati (F.). Frattura trasversale della rotula sinistra con vasto ematoma. (*Policlinico*, 4 juin.)

Le Moniet. Embolie pulmonaire et pleurésie purulente. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIV, 1.)

Lerda (G.). Sull' evoluzione della sensibilità nelle cicatrici. (*Rendiconto dell'Accad. dei lincei*, XIV, 9.)

Leuk. Eine neue Palliativoperation bei benignen Mastdarmstrikturen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 juin.) — Opération palliative contre le rétrécissement bénin du rectum.

Lönnqvist (B.). Kriegs-chirurgische Erfahrungen vom russisch-japanischen Kriege. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 17 et 24 juin.) — Notes de chirurgie militaire sur la guerre russo-japonaise.

Ludlow (A. I.). Suture of the spleen for traumatic hæmorrhage. (*Ann. of Surgery*, juin.) — Splénorrhaphie pour hémorrhagie traumatique.

Majewski (F.). Przyczynek do leczenia niektorych stanow septycznych. (*Przeglad lekarski*, 7, 14, 21 et 28 janv.) — Traitement de quelques états septiques.

Martin (F.). Report on gall-bladder surgery, with especial reference to early diagnosis and early operative interference in cholecystectomies, with brief summary of 28 cases, including six cholecystectomies. (*Med. News*, 17 et 24 juin.) — Chirurgie de la vésicule biliaire.

Matsuoka. Ein Beitrag zur Lehre von osteoplastischem Carcinom. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 4-6.)

Maury (J. W. D.). The twine triangular stitch for gastro- and entero-enterostomy. (*Ann. of Surgery*, juin.) — Point triangulaire géminé pour gastro-entérostomie et entéro-anastomose.

Mencière (L.). Résultats éloignés de la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche, deux, trois, six années après la réduction; guérison. (*Arch. provinc. de chir.*, fév.)

Stetten (De W.). The experiments of Sauerbruch in the field of œsophageal surgery. (*New York Med. Journ.*, 10 juin.)

UROLOGIE

Leven (L.). Zur Frage der Gonorrhoeheilung und des Ehekonsenses bei Gonorrhoe. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXV, 2-3.) — Sur la guérison de la blennorrhagie et l'autorisation au mariage des blennorrhagiques.

Lichtenstern (R.). Die Wandlungen in der funktionellen Nierendiagnostik. (*Wien. med. Wochensch.*, 10 juin.) — Sur le diagnostic fonctionnel du rein.

Luys (G.). Endoscopie de l'urèthre et de la vessie. In-8°, 175 p. avec fig.

McEwen (E. L.). On the detection of minute traces of sugar in the urine. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.) — Sur la recherche dans l'urine des quantités minimes de sucre.

Monié. Un cas de bactériurie. (*Limousin méd.*, avril.)

OPHTALMOLOGIE

Knapp (A.). Report of a case of flat sarcoma (endothelioma) of the choroid; death one and one-half years later from general metastasis. (*Arch. of Ophthalmol.*, janv.)

Lagrange (F.) et **Aubaret.** Du lavage intraoculaire dans l'opération de la cataracte. (*Arch. d'ophtalmol.*, fév.)

Lange (O.). Zur Frage nach dem Wesen der progressiven Myopie. (*Graefes Arch. f. Ophthalmol.*, LX, 1.)

Leber (Th.). Sur la filtration de l'œil et sur son rôle dans la pathogénie du glaucome. (*Ann. d'oculist.*, juin.)

Lezenius (A.). Zur Aetiologie der Cataracta zonularis. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 3 et 10 juin.)

Moretti (E.). Blefaroplastica a lembo frontale mediano. (*Riforma med.*, 15 avril.)

Peters (A.). Zur Trachomfrage. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 juin.)

Picquenard. Traitement des cataractes séniles par l'iodure de sodium. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIV, 1.)

Pronger (C. E.). Slight errors of refraction and their influence on the nervous system. (*Lancet*, 10 juin.) — Les anomalies légères de la réfraction et leur influence sur le système nerveux.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Hicks (H. T.) et **French** (H.). Typhoid fever and pregnancy, with special reference to fœtal infection. (*Lancet*, 3 juin.)

Hirst (B. C.). The methods of inducing labor. (*Amer. Medicine*, 6 mai.) — Les procédés pour provoquer le travail.

Holmes (R. W.). Cesarean section for placenta prævia an improper procedure; the statistical study of 25 reported cases with the comparative mortalities of 1257 cases of cesarean section and 4731 cases of placenta prævia treated obstetrically. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 mai.)

Hösslin (R. von). Die Schwangerschaftslähmungen der Mütter. 2. Teil. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 2.) — Les paralysies gravidiques.

Kerr (J. M. Munro). Certain details regarding the operation of cesarean section in cases of contracted pelvis, based upon a series of 30 cases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Lequeux. Sur quelques cas de grossesses gémellaires avec fœtus antéposés. (*Obstétrique*, mars.)

Liell (E. N.). Repeated tubal pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.) — Grossesse tubaire répétée.

Magniaux. La délivrance naturelle. (*Normandie méd.*, 1er juin.)

Martin (F. H.). Fibroid tumors of the uterus; their surgical treatment. (*New York Med. Journ.*, 17 juin.)

Marx (I.). Is craniotomy on the living child ever justifiable? (*Med. Record*, 10 juin.) — De la légitimité de l'embryotomie sur l'enfant vivant.

McReynolds (R. P.). The use and abuse of the uterine curette. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Michels (E.). Die Kastration beim Mammakarzinom. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 juin.)

Mikhine (P.). Contribution à l'étude des ruptures du vagin pendant le coït (en russe). (*Roussk. Vratch*, 14 mai.)

Moulonguet (A.). Hystérectomie abdominale dans les pelvipéritonites suppurées. (*Arch. provinc. de chir.*, mars.)

Orbante (M.). Embryotomie partielle; claviculo-costotomie (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 28 mai.)

Orlov (V.). Contribution à l'étude des fibromes du ligament rond (en russe). (*Roussk. Vratch*, 14 mai.)

Orlovsky (V.). La pyélite en tant que complication de la grossesse (en russe). (*Roussk. Vratch*, 7 mai.)

PÉDIATRIE

Goldberg (B.). Zur Symptomatologie und Therapie der Enuresis nocturna. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 19 juin.)

Goodhart (J. F.) et **Still** (G. F.). Diseases of children. 8e éd. In-8°, 846 p. Londres. — Les maladies des enfants.

Groddeck. Bemerkungen über die Mechanik des Wachstums. (*Wien. med. Presse*, 11 juin.) — Sur le mécanisme de la croissance.

Hamburger (F.). Wie können wir das Stillen der Mütter fördern? (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er juin.) — Comment favoriser l'allaitement maternel?

Ibrahim (J.). Ein Beitrag zur Pathogenese der Hirschsprung'schen Krankheit. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 juin.)

Imerwol (V.). Hypotrophie infantile d'origine hydrocéphalique. (*Bull. de la Soc. des méd. et natural. de Jassy*, mai-juin.)

Kephallinós (N. A.). Ueber das Vorkommen der Ehrlich'schen Diazoreaktion bei Kinderkrankheiten. (*Wien. med. Wochensch.*, 3 juin.) — La diazo-réaction dans les maladies des enfants.

Levy (E.). Su di un caso di emottisi in seguito a broncopolmonite morbillosa in un bambino. (*Gazz. degli Osped.*, 11 juin.)

Mankowski (L.). Przyczynek do kwestyi luszczycy u dzieci. (*Przeglad lekarski*, 1er et 8 avril.) — Contribution à l'étude du psoriasis chez les enfants.

Stirnimann (F.). Tuberkulose im ersten Lebensjahre. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXI, 5.) — La tuberculose pendant la première année de la vie.

HYGIÈNE

Baumann (E.). Ueber die Konservierung der Milch durch Wasserstoffsuperoxyd. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 juin.) — Sur la conservation du lait par l'eau oxygénée.

Bettmann (S.). Die ärztliche Ueberwachung der Prostituierten. In-8°, 280 p. Iéna. — La surveillance médicale des prostituées.

Bruns (H.). Ist es praktisch ausführbar, Kohlengruben, die mit Ankylostomiasis infiziert sind, mit Erfolg zu desinfizieren? (*Wien. med. Wochensch.*, 10 juin.) — La désinfection est-elle réalisable dans les mines de charbon infestées d'ankylostomes?

Fuster (E.). Les étapes de la lutte contre l'ankylostomiase en Allemagne. In-8°, 32 p.

Gosio (B.). Zur Methodik der Pestvaccin-Bereitung. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, L, 3.) — Mode de préparation du vaccin antipesteux.

Guérin (C.). Contrôle de la valeur des vaccins jennériens par la numération des éléments virulents. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

Ker (C. B.). A note on the aërial convection of smallpox. (*Edinburgh Med. Journ.*, juin.) — Sur la transmission de la variole par l'air.

Lewin (L.). Die Hilfe für Giftarbeiter. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 juin.) — La prophylaxie des intoxications professionnelles.

Lücke. Die Verhütung der Verbreitung des Typhus durch Wasserleitungsanlagen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 29 mai et 1er juin.) — La prophylaxie des épidémies de fièvre typhoïde d'origine hydrique.

Pressat (A.). Le paludisme et les moustiques (prophylaxie). In-8°, 180 p. avec fig.

Rosenau (M. J.) et **Allan** (F. J.). Guide pratique pour la désinfection. (Trad. de l'anglais et annoté par J. Vidal.) In-18, 395 p. avec fig.

Senft (E.). Mikroskopische Untersuchung des Wassers, mit Bezug auf die in Abwässern und Schmutzwässern vorkommenden Mikroorganismen und Verunreinigungen. In-8°, 196 p. avec fig. Vienne. J. Safár. — L'analyse microscopique de l'eau, notamment au point de vue des microorganismes et des impuretés des eaux résiduaires.

Stoner (G. W.). Immigration; the medical examination and what the nation is doing to debar aliens afflicted with trachoma. (*Med. News*, 10 juin.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Alcock (S. K.). On the uncertainty of post-mortem evidence in suspected lead poisoning. (*Brit. Med. Journ.*, 24 juin.) — Sur l'insuffisance de l'autopsie pour le diagnostic de l'empoisonnement par le plomb.

Brouardel (G.). Les intoxications. In-8°, 520 p.

Federschmidt. Ein gerichtlich-medizinischer Fall von Sturzgeburt. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 juin.) — Accouchement subit; expertise médico-légale.

Filippi (E.). Osservazioni e ricerche sopra due casi di avvelenamento acuto per acido ossalico. (*Sperimentale*, LIX, 1.)

Gréhant (N.). Empoisonnement par l'alcool ou par l'oxyde de carbone; affaire Schmit; critique expérimentale. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.)

Jeanne. La consolidation de la blessure dans les accidents du travail; comment la définir, l'interpréter et la déterminer. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.)

Lop. Le secret professionnel et l'avortement criminel. (*Loire méd.*, juin.)

Pelz. Ein Beitrag zum Codeïnismus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er juin.)

Pfeiffer (H.). Beiträge zur Lösung des biologisch-forensischen Problems der Unterscheidung von Spermaeiweiss gegenüber den anderen Eiweissarten derselben Spezies durch die Präzipitinmethode. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 juin.) — Le sérodiagnostic du sperme au point de vue médico-légal.

Uhlenhuth. Das biologische Verfahren zur Erkennung und Unterscheidung von Menschen- und Tierblut sowie anderer Eiweisssubstanzen, und seine Anwendung in der forensischen Praxis. In-8°, 152 p. Iéna. — Le diagnostic différentiel du sang humain d'avec celui des animaux et d'avec différents albuminoïdes par la méthode biologique; applications médico-légales.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Friedenwald (J.). The medical treatment of gastric ulcer. (*New York Med. Journ.*, 3 juin.)

Gordon (A. K.). A note on the treatment of the toxæmic symptoms in scarlet fever. (*Lancet*, 3 juin.) — Sur la sérothérapie des accidents toxi-infectieux de la scarlatine.

Grandy (C. R.). Medicinal treatment of affections of the thyroid gland. (*Med. News*, 10 juin.)

Gugnoni (E.). Il vescicante nella moderna terapia. (*Gazz. degli Osped.*, 18 juin.)

Hubert (I.). Contribution à l'étude du traitement du choléra (en russe). (*Roussk. Vratch*, 28 mai.)

Huggard (W. R.) et **Morland** (E. C.). The action of yeast in tuberculosis, and its influence on the opsonic index. (*Lancet*, 3 juin.) — L'action de la levure sur la tuberculose et son influence sur l'index opsonique.

Ivanov (E.). La cure de raisin (en russe). (*Sovrémen. klin. i térap.*, fév., mars et mai.)

Kochmann (M.). Die Wirkung des Alkohols auf den Blutkreislauf des Menschen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 juin.) — L'action de l'alcool sur la circulation du sang chez l'homme.

Laqueur (A.). Zur physikalischen Behandlung der gonorrhoischen Gelenkerkrankungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 juin.) — Physiothérapie du rhumatisme blennorrhagique.

Maciel (M.). Valeur des différentes méthodes de traitement dans la tuberculose. In-8°, 138 p. Rio-de-Janeiro.

McIntosh (W. P.). Hypodermatoclysis. (*New York Med. Journ.*, 10 juin.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Acuña et **Costa.** Modifications hématologiques observées dans les leucémies spléno-médullaires sous l'influence de la radiothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 juin.)

Adamson (H. G.). On the treatment of ringworm of the scalp by means of the X rays. (*Lancet*, 24 juin.) — La radiothérapie de la teigne du cuir chevelu.

Allaire (G.). Le traitement des hémorrhoïdes et de la fissure à l'anus par les courants de haute fréquence. (*Gaz. méd. de Nantes*, 24 juin.)

Audhuy (G.). Sur un cas d'épithélioma de la face guéri par les rayons X. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 juin.)

Bie (V.). Die Anwendung des Lichtes in der Medizin, mit besonderer Berücksichtigung von Prof. Finsens Lebenswerk. (Trad. du danois par H. Schramm.) In-8°, 70 p. avec fig. et portrait. Wiesbaden. — Les applications thérapeutiques de la lumière.

Bodin (E.) et **Castex** (E.). Deux cas d'épithéliomas cutanés guéris par les rayons X. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIV, 1.)

Boggs (R. H.). Treatment of non-malignant diseases by the Röntgen ray. (*Med. News*, 6 mai.)

Bull (C. S.). The treatment of inoperable cases of malignant disease of the orbit by the X-ray. (*Med. Record*, 24 juin.)

BACTÉRIOLOGIE

Berestnev (N.). Sur la recherche des vibrions dans les matières fécales (en russe). (*Roussk. Vratch*, 21 mai.)

Bogolioubov (V.). Contribution à la bactériologie de l'appendicite (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 juin.)

De Waele (H.) et **Sugg** (E.). Der Streptokokkenbefund bei Variola und Varizellen in Bezug auf ein differentialdiagnostisches Verfahren. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 juin.)

Ford (W. W.). The carbohydrate reactions of the paratyphoid or paracolon group. (*Med. News*, 17 juin.)

Forster (W. H. C.). A simple technique for the enumeration of organisms in any fluid. (*Lancet*, 17 juin.)

Fox (H.). A comparison of the agglutinating properties of the serum of typhoid fever patients on the B. typhosus, B. enteritidis (Gärtner), and B. paratyphosus (A.), and the relation of their individual antisera. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juin.)

Goggia (C. P.). Sulla pretesa esaltazione di virulenza del bacillo di Eberth. (*Riforma med.*, 18 mars.)

Kharazov (T.). De l'influence de la formaline sur la gélatine liquéfiée par des vibrions (en russe). (*Roussk. Vratch*, 14 mai.)

Lingelsheim (von). Berichte über die in der hygienischen Station zu Beuthen O.-S. vorgenommenen bakteriologischen Untersuchungen bei epidemischer Genickstarre. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 juin et 3 août.) — Recherches bactériologiques sur la méningite cérébro-spinale épidémique.

Morgan (H. de R.). Some observations upon the microorganisms of meat poisoning and their allies. (*Brit. Med. Journ.*, 10 juin.) — Sur les microbes du botulisme.

Wheeler (Sybil M.). The extraction of the intra-cellular toxin of the colon bacillus, with a preliminary statement concerning its physical and chemical properties. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 avril.)

REVUE GÉNÉRALE

La théorie des ions et ses applications en biologie.

Depuis quinze ans, un lent travail s'accomplit, qui renouvelle en partie la chimie. Sous l'impulsion de Gibbs, de Van t'Hoff, d'Arrhenius, d'Ostwald, de Nernst, une science nouvelle s'est constituée, la chimie physique, qui permet de prévoir toute une série de phénomènes par la mesure de certaines propriétés très générales communes à tous les corps

L'intérêt de la chimie physique ne se borne pas pour le médecin dans les méthodes nouvelles, comme la cryoscopie, la mesure des conductibilités électriques et des forces électromotrices, que cette science a créées. La chimie physique a, pour son compte, édifié des lois importantes, telles que la loi de l'action des masses, déjà appliquée à l'étude des vitesses de réactions et que l'on s'efforce aujourd'hui d'étendre encore à l'étude des réactions qui se passent dans l'organisme. Il s'est trouvé enfin que par surcroît l'étude de la chimie des colloïdes a bénéficié d'une manière tout inattendue des données nouvelles de la chimie physique. La chimie des colloïdes est encore très mal connue, car ces substances semblent échapper dans une large mesure aux lois des « proportions définies ». Or, par la chimie physique, on a pu aborder l'étude de certaines propriétés très importantes des colloïdes, comme leur viscosité, leur opalescence, leur flocculation, leur précipitabilité; et les colloïdes étant la trame même des organismes vivants, ces notions nouvelles apparaissent comme devant être l'introduction à l'étude des faits biologiques en général.

Les méthodes, les lois, les hypothèses de la chimie physique reposent toutes sur une théorie générale très importante : la théorie des ions. C'est cette théorie que nous exposons ici.

I

Théorie générale des ions. — Le mot d'*ion* a été introduit dans la science par Faraday.

En étudiant la conductibilité de certaines substances en solution dans l'eau, ce physicien constata que ces corps ne conduisent l'électricité qu'en se scindant en deux portions, dont l'une se transporte vers une électrode et l'autre vers l'électrode opposée. S'il s'agit par exemple du sel marin (NaCl), Na se porte vers l'électrode négative ou *cathode*, Cl vers l'électrode positive ou *anode;* ces éléments Na et Cl, Faraday les appela des ions.

Ultérieurement, Clausius introduisit cette notion nouvelle que le passage d'un courant électrique n'est pas nécessaire pour amener cette dissociation de ces molécules en leurs ions, et que le simple fait de la dissolution d'une substance dans l'eau a pour effet constant de déterminer l'ionisation.

Arrhénius enfin eut le mérite de montrer qu'un certain nombre seulement de ces molécules dissoutes dans l'eau sont ionisées, les autres restant à l'état de molécules. D'après les travaux de cet auteur, confirmés aujourd'hui par l'unanimité des physiciens, il est donc acquis que dans les solutions conduisant l'électricité il y a toujours à la fois des molécules et des ions en présence : dans une solution de NaCl, nous avons des molécules NaCl, des ions Na et des ions Cl.

La théorie des ions explique avec une précision parfaite beaucoup de phénomènes chimico-physiques restés mystérieux jusqu'à ces dernières années.

On savait depuis longtemps que la plupart des corps en solution dans l'eau possèdent, en dehors des propriétés chimiques spéciales à chacun d'eux, de nombreuses propriétés chimico-physiques qui leur sont communes : dissous dans l'eau, le sucre, l'urée, le sel marin, etc., élèvent le point d'ébullition du solvant, abaissent son point de congélation, augmentent son indice de réfraction et enfin créent une pression osmotique.

Pour beaucoup de ces corps, l'intensité des phénomènes est proportionnelle à la concentration de la solution. C'est ainsi que pour l'urée et le sucre, par exemple, l'intensité des phénomènes est identique si, dans le même volume d'eau, se trouvent en solution un même nombre de molécules de sucre ou de molécules d'urée.

Mais on constata bientôt que le sel marin fait exception à cette règle; et lorsqu'on en vint à étudier l'ensemble de tous les corps connus en chimie, on vit que tous les sels, tous les acides et toutes les bases se joignent à cette exception : en ce sens que pour toutes ces substances l'abaissement du point de congélation et l'augmentation de la pression osmotique qui résultent de leur mise en solution dépassent de beaucoup les résultats calculés d'avance d'après le nombre des molécules dissoutes.

La question fit un grand pas quand Arrhenius eut démontré que, si le sucre et l'urée se comportent dans les solutions différemment des acides, des sels et des bases, c'est que les premières de ces substances restent dans la solution entièrement sous forme de molécules, tandis que les secondes se dissocient partiellement sous forme d'ions; Faraday avait d'ailleurs déjà noté cette différence essentielle de ces deux séries de corps, qu'il avait distingués depuis longtemps en *électrolytes*, c'est-à-dire corps ionisables, corps conduisant l'électricité, et *non électrolytes*, corps non ionisables, ne conduisant pas l'électricité.

Donc, tout corps qui conduit l'électricité, tout électrolyte, se dissocie, s'ionise partiellement; tous les sels, toutes les bases, tous les acides sont des électrolytes, tous s'ionisent. Les substances, telles que le sucre, l'urée, qui ne conduisent pas l'électricité, tous les non-électrolytes, ne se dissocient pas, ne s'ionisent pas.

Or, si l'on attribue aux ions les mêmes propriétés qu'aux molécules, si on leur confère même capacité d'abaisser le point de congélation, etc., l'exception que semblaient faire les électrolytes aux lois qui régissent la cryoscopie, la tension osmotique, n'existe plus. Tous les corps dissous, quels qu'ils soient, donnent à leurs solvants des propriétés d'une intensité très exactement calculable. Le degré cryoscopique, ou tension osmotique, est simplement fonction du total des molécules dissoutes lorsque le corps est un non-électrolyte, fonction à la fois du total des molécules persistantes et de celui des ions néoformés lorsque le corps est un électrolyte.

La théorie des ions est aujourd'hui universellement admise. Elle a été établie et vérifiée grâce à l'emploi de méthodes nouvelles, au moyen desquelles on peut déceler, reconnaître et dénombrer les ions contenus dans une solution. Nous allons les examiner rapidement. Les unes (cryoscopie, hématolyse) permettent de déterminer le nombre total des molécules et des ions dissous; d'autres (mesure de la conductivité) renseignent sur le nombre des seuls ions; d'autres encore (mesure de la force électromotrice des piles de concentration) nous donnent le moyen de numérer exclusivement les ions d'une nature déterminée.

II

Méthodes permettant de mesurer le nombre total des molécules et des ions. — Ces méthodes comme nous venons de le voir, sont au nombre de deux : la cryoscopie et l'hématolyse.

La *cryoscopie* est basée sur ce fait que le point de congélation d'une solution est toujours plus bas que celui du solvant pur, et qu'il est d'autant plus bas qu'il y a plus de substance en solution, que la solution est, comme on dit, plus concentrée. Dès lors, la mesure de l'abaissement du point de congélation d'une liqueur est en même temps une mesure de sa concentration.

Cette loi très précise et absolument générale ne s'applique qu'aux solutions *vraies*. Pour qu'un corps influe sur le point de congélation d'une liqueur, il faudra qu'il soit réellement en solution. Or, il importe de bien préciser la notion de solution « vraie ». Le sucre, l'urée, les sels, les acides et les bases dissous dans l'eau constituent de véritables solutions; au contraire, l'albumine, l'amidon, le glycogène, l'argent ou l'hydrate de fer colloïdaux, placés dans l'eau, ne forment que des pseudo-solutions. Ce sont en réalité des suspensions de fines particules dans l'eau. Ces corps ont reçu le nom de *colloïdes*, et on a donné à leurs pseudo-solutions dans l'eau le nom de *solutions colloïdales*.

Fait remarquable, les colloïdes en solution n'influent aucunement sur le point de congélation du solvant. Par exemple, Mme Gatin a démontré que, si l'on dissout du glycogène très pur dans de l'eau, le point de congélation de cette solution colloïdale est le même que celui de l'eau pure, 0°; tandis que le glucose, qui dérive du glycogène dans l'organisme, donne des solutions vraies dont le point cryoscopique est inférieur à celui de l'eau.

On ne devra donc point compter sur la cryoscopie pour mesurer la concentration des colloïdes « dissous » ou plutôt en suspension dans l'eau. Mais on pourra, au contraire, tirer parti de la propriété que nous venons de reconnaître à ces substances, pour l'étude de certains phénomènes chimiques. C'est qu'en effet les colloïdes, comme l'albumine, s'ils sont incapables d'influencer directement le point de congélation d'une solution, peuvent le faire indirectement en tant qu'ils sont susceptibles de se combiner aux substances en solution. — Par exemple, MM. Bugarsky et Liebermann (1) ont démontré que si l'on vient à ajouter du chlorure de sodium à des solutions colloïdales d'albumine, le point cryoscopique est le même que celui d'une solution chlorurée de même teneur, parce que le chlorure de sodium ne se combine pas avec les albumines. Mais au contraire si l'on ajoute à la solution d'albumine de l'acide chlorhydrique ou de la soude, le point cryoscopique du mélange sera beaucoup plus élevé que celui d'une solution d'acide chlorhydrique ou de soude de même concentration, parce qu'il se sera formé une combinaison de l'albumine avec l'acide ou la base, combinaison chloro ou natro-organique, et qu'on aura diminué d'autant le nombre des molécules et des ions libres dans la solution.

Une seconde observation générale dérivant du principe même de la cryoscopie a trait aux solutions ionisées. Nous avons dit que le point de congélation d'une solution vraie dépend de la concentration de la substance dissoute; ce qui revient à dire qu'elle dépend du nombre des molécules en solution pour les solutions de non-électrolytes, et du nombre total des molécules et des ions pour les solutions d'électrolytes. C'est un fait qu'il faut avoir présent à l'esprit quand on fait, par exemple, la cryoscopie des humeurs. On l'oublie en général dans la pratique; et, pourtant, l'erreur qu'implique cette négligence n'est pas insignifiante. Nous verrons plus loin, en effet, que l'ionisation d'un électrolyte dans l'eau n'est point fixe, mais varie avec la concentration de la solution : plus la solution est concentrée, moins elle est ionisée, et inversement. Si donc on veut, connaissant, par exemple, le point cryoscopique d'une solution de sel marin, en trouver le titre; ou inversement, connaissant le taux du sel dans une liqueur, en calculer le point cryoscopique, il faut tenir le plus grand compte des variations d'ionisation de la liqueur.

(1) BUGARSKY et LIEBERMANN. Ueber das Bindungsvermögen eiweissartiger Körper für Salzsäure. (*Arch. f. die gesamte Physiol.*, 1898, LXXII, 1-2.)

Dans le but de calculer le coefficient d'ionisation, MM. Claude et Balthazard (1) ont proposé un terme de correction empirique : pour trouver le point cryoscopique d'une solution de sel dont on connaît le taux, il suffirait de multiplier le pourcentage du sel par le chiffre fixe de 0.61. Ce procédé comporte encore une erreur : une solution contenant 18 ‰ de sel (telle l'urine d'un individu soumis à un régime très salé) présente 73 % de ses molécules dissociées; une solution renfermant 3.7 ‰ de chlorure (urine d'individu soumis à un régime lacté ou hypochloruré) en présente 84 %; le point cryoscopique de ces deux urines ne saurait donc être calculé au moyen d'un coefficient fixe, puisqu'il n'est pas proportionnel à la quantité de sel dissous, le nombre des ions étant relativement plus grand dans un cas que dans l'autre. Et l'erreur que comporte la correction proposée par MM. Claude et Balthazard n'est pas négligeable, puiqu'elle peut aller à un maximum de 7 %. Pour calculer le point cryoscopique exact d'une solution de sel marin, il est donc indispensable de se reporter aux tableaux de dissociations électrolytiques qu'on trouve dans les traités de physico-chimie.

Ces observations faites sur l'emploi de la méthode, nous dirons quelques mots de ses applications à la biologie. On a mesuré, dans ces dernières années, le point cryoscopique des diverses humeurs et de certains tissus. Mais l'utilisation de la cryoscopie est, suivant les cas, plus ou moins avantageuse, comme nous allons rapidement l'indiquer.

Dans la *cryoscopie urinaire*, on compare le point d'abaissement de congélation total, donné par toutes les molécules et tous les ions contenus dans l'urine et qu'on appelle delta total, au point d'abaissement de congélation que fournirait à lui seul le sel marin renfermé dans cette même urine (delta de NaCl). Nous n'insisterons pas sur ce fait que, dans ce genre de détermination, où il semble qu'on procède avec une extrême précision — on calcule des centièmes de degré! —, on opère en réalité presque toujours avec peu d'exactitude, car, pour calculer rigoureusement le delta de NaCl d'après le dosage des chlorures fait par les méthodes chimiques, il faut absolument recourir aux tables de dissociation du sel marin, et c'est ce qu'on ne fait pas.

Mais en supposant qu'on calculât exactement le delta du chlorure de sodium, on voit que la cryoscopie urinaire nous enseigne simplement quel est le point de congélation du sel marin (delta de NaCl), et quel est le point de congélation de l'ensemble des autres substances urinaires, ce dernier delta étant représenté par la différence entre le delta total et le delta de NaCl. On admet d'une façon assez peu légitime que la différence : (delta total) — (delta de NaCl), nous donne le delta de l'urée, alors qu'en réalité elle nous indique simplement l'ensemble des delta de l'urée, des urates, des phosphates, des sulfates, etc.

Au point de vue de la précision de l'analyse, la cryoscopie urinaire ne semble donc pas être un progrès dans la science, car elle fournit des renseignements assez vagues là où la chimie ordinaire apporte des résultats précis. Donne-t-elle des indications nouvelles? Il serait bien difficile de l'admettre, puisqu'elle revient à comparer l'excrétion de l'urée à celle du sel marin.

Par contre, certains auteurs qui s'en sont servis ont édifié avec son concours une hypothèse plutôt fâcheuse, à savoir que le rapport du delta total au delta de NaCl était un rapport fixe chez l'homme sain. Certainement, ce rapport est fixe chez l'individu qui reçoit chaque jour une alimentation constante; mais il est éminemment variable pour chacun de ses termes, selon que le sujet absorbe plus ou moins de sel, plus ou moins d'albuminoïdes. Ce rapport n'a donc de sens que si l'on sait exactement ce qu'ingère le malade.

Pour toutes ces raisons, à la cryoscopie urinaire on préfère de beaucoup les dosages chimiques de l'urée et du sel marin de l'urine, qui, comparés aux dosages de l'azote et du sel ingéré, ont l'avantage de renseigner d'une façon bien plus simple et plus précise sur les trois faits essentiels qui intéressent le médecin: y a-t-il rétention ou décharge de sel marin, y a-t-il rétention ou décharge d'azote, y a-t-il perméabilité égale ou inégale du rein à l'azote et aux chlorures?

Si chez l'homme sain le delta total de l'urine et celui du chlorure de sodium sont très variables selon l'alimentation, l'observation a montré, au contraire, que le delta total du *sang*, du *liquide céphalo-rachidien* était chez lui d'une fixité remarquable. La cryoscopie de ces derniers liquides apparaît donc immédiatement comme bien plus intéressante que celle de l'urine, puisque chaque fois que le point de congélation du sang ou du liquide céphalo-rachidien s'écartera de la normale, nous pourrons d'emblée, et sans nous préoccuper de l'alimentation du sujet, déclarer que nous sommes en présence d'un fait pathologique.

D'autre part, la cryoscopie offre ici des avantages tout particuliers.

On sait, en effet, que chez l'homme sain le delta du sérum présente une valeur constante, quel que soit le genre d'alimentation. Or, ce delta est presque entièrement déterminé par les sels contenus dans le sang. D'autre part, on a constaté que même à l'état pathologique la teneur du sang en sels varie peu (1). Si donc la cryoscopie du sang donne chez le brightique des chiffres très bas, ce sont des substances autres que les sels qui sont la cause de ce phénomène. Précisant le fait entrevu par MM. Richter et Roth et surtout par M. Strauss (2), MM. Widal et Javal (3) ont démontré que les abaissements notables du point cryoscopique du sérum correspondaient toujours à une rétention d'urée dans le sang et qu'il y avait un certain parallélisme entre le point cryoscopique et la rétention de l'urée. La cryoscopie du sérum a donc un grand intérêt pratique, puisque d'emblée elle indique presque à coup sûr une rétention uréique.

D'autre part, en ce qui concerne le *lait*, les études de M. Winter (4) et de M. Parmentier (5), confirmées par celles de M. Schnorf (6), ont montré que le point de congélation de ce liquide varie très peu autour de — 0°55. Cette fixité remarquable permet de se rendre compte de la pureté du lait. Le dosage des matières grasses et des albuminoïdes constitue en effet un moyen insuffisant de déceler les fraudes : la loi même est large sur ce chapitre, car les faits montrent que la richesse du lait en beurre et en albuminoïdes varie beaucoup d'une vache à l'autre. La cryoscopie, au contraire, dépiste rapidement toute adultération du lait, s'il est vrai, comme l'admettent MM. Winter, Parmentier, et avec eux beaucoup d'autres auteurs, qu'un lait peut être considéré comme mouillé dès que le point de congélation est inférieur à — 0°54. Par contre, l'adjonction de sels, et en particulier de bicarbonate de soude, qui est une falsification fréquente, amène toujours un fort abaissement du degré cryoscopique. Si donc le lait a un point de congélation inférieur à — 0°55, on devra soupçonner le mouillage; supérieur à — 0°56, l'addition de sel. Il n'y a qu'une seule cause importante d'erreur, facile, du reste, à éviter : quand le lait a subi un fort degré de fermentation, son point de congélation s'abaisse (il peut descendre en un jour à — 0°66, en deux jours à — 0°75); mais il suffit dans ce cas de faire bouillir un échantillon de ce lait pour le voir se coaguler immédiatement.

Enfin, dernier fait du plus haut intérêt, au point de vue de l'hygiène alimentaire : si le lait d'une vache saine présente un point de congélation constant, le lait de vaches malades est, au contraire, très variable; celui de vaches atteintes de mammite tuberculeuse se congèle souvent à — 0°75.

Pour ce qui est des *tissus*, M. Sabbatani (1) a montré qu'on peut prendre le point de congélation de fragments des divers organes (foie, cerveau, rein, etc.) aussi aisément que celui du sang. Certains organes, comme le cerveau, présentent un point de congélation constant. Pour d'autres (foie), ce point varie dans d'assez larges proportions. Les mesures ont montré que la concentration moléculaire des divers tissus était toujours beaucoup plus considérable que celle du sang. Le foie en particulier peut congeler à — 1°05.

Les recherches de M. Fredericq (2) ont confirmé ces résultats.

La seconde méthode permettant de mesurer le nombre total des molécules et des ions est l'*hématolyse*, application particulière de la plasmolyse. Nous n'en dirons qu'un mot.

C'est De Vries qui le premier a constaté que, selon que l'on plonge certaines cellules végétales dans une solution hypertonique ou hypotonique, on obtient un ratatinement ou une turgescence des cellules. Si, au lieu de cellules végétales, on prend des globules rouges, on voit qu'à partir d'une certaine tonicité de la solution d'électrolytes, l'hématolyse se produit : la turgescence des hématies par un liquide hypotonique aboutit à la destruction de ces éléments. La méthode de la « résistance globulaire » consiste donc à situer, entre deux solutions de concentration peu différentes, le début de l'hématolyse, ce titre intermédiaire étant considéré *hypothétiquement* comme isotonique aux globules rouges. On peut ainsi rechercher la tonicité de diverses solutions d'électrolytes ou de non-électrolytes par rapport aux érythrocytes.

M. Hamburger (3), l'auteur de cette méthode, a montré l'extraordinaire complexité de ses résultats. Nous résumerons, d'après lui, les causes d'erreur dont est entachée l'hématolyse, en en ajoutant quelques autres, découvertes récemment :

1° Les globules rouges ont une fragilité très variable selon l'animal auquel ils sont empruntés, fragilité absolument indépendante de la tonicité du liquide où on les plonge (les globules

(1) Claude et Balthazard. La cryoscopie urinaire. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept. 1900, p. 771.)

(1) Achard et Lœper. Variations comparatives de la composition du sang et des sérosités. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 15 juin 1901, p. 645, et *Semaine Médicale*, 1901, p. 204.)

(2) Strauss. Die chronischen Nierenentzündungen in ihrer Einwirkung auf die Blutflüssigkeit und deren Behandlung nach eigenen Untersuchungen am Blutserum und an Transsudaten. Berlin, 1902.

(3) F. Widal et A. Javal. La rétention de l'urée dans le mal de Bright comparée à la rétention des chlorures. (*Semaine Médicale*, 1905, p. 313-318.)

(4) Winter. Constance du point de congélation de quelques liquides de l'organisme; application à l'analyse du lait. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 11 nov. 1895, et *Semaine Médicale*, 1895, p. 498.)

(5) Parmentier. La cryoscopie du lait comme moyen de reconnaître les adultérations de ce liquide. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 20 fév. 1903, p. 213, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 65.)

(6) C. Schnorf. Neue physikalisch-chemische Untersuchungen der Milch; Unterscheidung physiologischer und pathologischer Kuhmilch. Zurich, 1905.

(1) Sabbatani. Détermination du point de congélation des organes animaux. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1901, III, p. 939.)

(2) L. Fredericq. Cryoscopie des solides de l'organisme. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, séance d'octobre 1902, p. 699, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 403.)

(3) H. J. Hamburger. Osmotischer Druck und Ionen-Lehre in den medicinischen Wissenschaften. I. Band : Physikalisch-chemische Grundlagen und Methoden; die Beziehungen zur Physiologie und Pathologie des Blutes. Wiesbaden, 1902. — Toute la question de l'hématolyse est traitée complètement dans cet ouvrage.

du chien sont très fragiles, ceux du cheval très résistants);

2° Chez un même animal, les hématies ont une résistance variable, suivant le régime alimentaire et les boissons ingérés, fait qui s'explique par la facilité avec laquelle les globules rouges se chargent ou se déchargent en électrolytes;

3° Les érythrocytes ont une résistance variable selon les vaisseaux où ils sont puisés : dans les territoires veineux, ils sont saturés d'acide carbonique et équivalent par là même à des solutions plus hypertoniques que lorsqu'ils proviennent des territoires artériels;

4° La nature même de la substance en solution dans la liqueur a une grande importance; c'est ainsi que le chlorhydrate d'ammoniaque est en toute proportion un vrai poison hémolysant pour le globule;

5° Les sensibilisatrices et les alexines ont, sur les hématies, des actions qui peuvent annuler toutes les considérations de tonicité.

Ces quelques faits suffisent à montrer avec quelle prudence doivent être conduites les expériences d'hématolyse.

III

Méthode permettant de mesurer uniquement le nombre des ions, c'est-à-dire ne s'adressant qu'aux électrolytes. — C'est la méthode de la *mesure de la conductivité électrique*.

Nous avons vu que seules conduisent l'électricité les solutions contenant des ions; par la mesure de la conductivité électrique, on néglige donc, dans la liqueur à étudier, et les colloïdes (suspensions d'albumines) et les non-électrolytes, incapables de s'ioniser, tels que l'urée; cette méthode ne fournit de renseignements que sur les acides, les bases et les sels.

La facilité avec laquelle une solution d'électrolytes conduit l'électricité dépend de la température de la solution, de la nature de l'électrolyte et de sa concentration en ions.

Le rôle de la température est simple : celle-ci augmente la conductivité d'environ 2 % par degré centigrade.

Celui de la nature des électrolytes est fonction de la constitution chimique de ces corps, c'est-à-dire de la nature et de la quantité des ions auxquels ils donnent naissance par le fait de leur dissolution. Tout électrolyte se décompose dans l'eau en deux catégories d'ions, qui, selon qu'ils sont transportés par le courant électrique vers l'anode ou la cathode, sont appelés ion positif ou ion négatif, ion + ou ion — : l'ion métal est toujours positif, l'ion acide toujours négatif.

C'est ainsi que le chlorure de sodium (NaCl) donne naissance à deux ions, l'un Na +, l'autre Cl —. Le chlorure de calcium ($CaCl^2$) donne naissance à trois ions : un ion Ca +, et deux ions Cl —; le sulfate de soude (SO^4Na^2) donne naissance à trois ions, un ion SO^4 —, et deux ions Na +; la potasse (KOH) donne naissance à deux ions, un ion K + et un ion OH —, etc., etc.

Remarquons d'une façon générale qu'un acide est toujours caractérisé par un ou plusieurs ions H, qu'une base est toujours caractérisée par un ou plusieurs ions OH. D'autre part, il faut se rappeler que l'ion ne correspond nullement à l'atome, mais bien à l'ensemble de la partie constituante d'un corps qui se transporte en bloc à une électrode : ce peut être un atome, comme Na dans le chlorure de sodium; ce peut être aussi un groupe d'atomes, comme SO^4 dans le sulfate de soude.

Le rôle de la nature même des ions, ainsi définie, dans la conductivité électrique, est un facteur connu empiriquement pour chaque ion.

Celui de la concentration des ions est au contraire calculable théoriquement. Il dépend de la dissociation électrique : plus la dissociation du corps en solution est grande, en d'autres termes plus la solution contient d'ions, plus elle sera conductive. Or, la dissociation n'est qu'une conséquence de la dilution. C'est ainsi qu'une solution de sel marin concentrée est peu dissociée, qu'une solution diluée est très dissociée; toute proportion gardée, le sel dilué conduit mieux l'électricité que ne fait le sel concentré. Mais le rôle de la concentration est très variable avec la substance considérée : les substances étudiées en chimie inorganique se dissocient toujours beaucoup, les substances organiques toujours très peu. Ce fait explique, pour le dire en passant, que les acides minéraux fortement dissociés soient des *acides forts* — car la « force » d'un acide dépend du nombre d'ions H libres —, tandis que les acides organiques, tels que l'acide acétique, sont tous des *acides faibles*, puisqu'ils présentent peu d'ions H libres.

Pour la pratique même de la mesure de la conductivité électrique, nous renverrons le lecteur aux ouvrages spéciaux (1). Nous dirons seulement qu'elle est très simple et qu'elle donne des résultats très rapides : une mesure demande deux minutes. Cette méthode a le grand avantage de pouvoir être pratiquée sur une petite quantité de liquide et de ne nécessiter aucune manipulation capable d'altérer la constitution chimique du liquide examiné, et elle est surtout fort propre à étudier la marche d'une réaction biologique, en permettant des séries d'examens très nombreux.

Les applications de la mesure de la conductivité électrique sont innombrables.

Ce moyen d'investigation renseigne immédiatement sur la présence des ions dans un liquide. C'est ainsi qu'il est très précieux pour rechercher si une eau réputée pure est ou non chargée d'électrolytes, et là où l'analyse chimique et la cryoscopie ne donneraient aucun renseignement, la conductivité fournit, au contraire, des résultats très précis (2). De même, lorsqu'une eau est fortement chargée de substances étrangères, elle indique immédiatement si ces substances étrangères sont des substances organiques (faible conductivité) ou des substances minérales (grande conductivité); or, à ce point de vue particulier, nous avons vu que la cryoscopie n'indiquait que l'ensemble des deux catégories de substances, sans permettre de juger de leur rapport.

Dans le même ordre d'idées, voici une application clinique possible et intéressante : on se trouve parfois en présence d'un sérum ayant un point de congélation très bas; ce sérum est-il surchargé de sels divers ou d'urée? La mesure de la conductivité (avec quelques corrections délicates, il est vrai, nécessaires en raison de la présence d'albumine qui modifie les résultats) devra montrer si l'on a affaire à une surcharge de sels ou d'urée : elle restera, en effet, normale si l'urée seule est en excès; elle augmentera au contraire s'il y a excès de sels.

L'étude de la conductivité électrique renseigne encore sur la disparition ou l'apparition d'un ion dans un liquide au sein duquel se passe une fermentation ou une digestion, ou une combinaison chimique. C'est ainsi que M. Sjöqvist (3) a vu, par cette méthode, que l'albumine forme de vraies combinaisons avec les acides et les bases, mais ne se combine pas avec les sels neutres. On constate également, par ce moyen, que la coagulation du sang, du lait, de l'albumine ne s'accompagne d'aucune combinaison des sels avec les albuminoïdes, bien que la présence de ces sels soit nécessaire à la coagulation.

Grâce à la mesure de la conductivité électrique, la digestion des albuminoïdes a été suivie pas à pas par MM. V. Henri et Larguier des Bancels (1), d'une façon incomparablement plus précise que par la méthode des tubes d'albumine préconisée par Mette.

Le début d'une hématolyse (2) peut également être dépisté avec une extrême précision par l'apparition subite d'une augmentation de la conductivité électrique; l'hématolyse, en effet, détruit les globules rouges dont la masse gêne plutôt la conductivité et met en liberté les sels contenus dans ces globules, sels qui conduisent l'électricité.

Enfin M. Galeotti (3) a étudié, d'une façon très élégante, la mort de certains tissus par la méthode de la conductivité électrique. C'est ainsi que la vessie de la tortue marine est imperméable aux sels sur l'animal vivant; si on vient à chloroformiser l'organe, celui-ci laisse immédiatement filtrer les électrolytes et l'eau injectée dans la cavité vésicale devient alors conductrice.

IV

Méthode permettant de mesurer électivement, dans un milieu complexe, le nombre des ions de telle ou telle nature. — C'est la méthode de la *mesure des forces électromotrices* : doser électivement une substance déterminée, comme le chlore, les ions H (qui font toute l'acidité d'une liqueur), les ions OH (qui en font toute l'alcalinité), tel est son objet.

Cette méthode, qui promet les résultats les plus précieux, n'est malheureusement pas encore mûre pour un emploi courant, du moins en biologie. Nous décrirons en quelques mots son principe et nous montrerons l'importance considérable qu'elle acquerra sans doute, quand elle sera devenue réellement pratique.

Son principe est celui-ci : lorsque deux solutions d'une même substance, mais d'un titre différent, sont placées dans deux vases communiquant entre eux par un étroit tube capillaire, il se forme entre les solutions une différence de potentiel proportionnelle au logarithme de leur concentration. Soit, par exemple, deux solutions d'acide chlorhydrique de concentration inégale placées ainsi qu'il vient d'être dit. Dans chaque solution plongeons, comme électrode, une lame de platine saturée d'hydrogène : entre ces deux électrodes naît une différence de potentiel qui traduit la différence de l'acidité de ces deux liqueurs.

La méthode, nous l'avons dit, n'est pas encore parfaite. De nombreux expérimentateurs, surtout en Allemagne, s'en sont cependant emparés prématurément. La faveur avec laquelle elle a été accueillie vient de ce que seule elle est appelée à résoudre des problèmes de premier ordre, jusqu'ici insolubles, et particulièrement celui de la détermination de l'acidité ou de l'alcalinité des humeurs.

Il est notoire, en effet, que sur l'acidité ou l'alcalinité du lait, du sang, de l'urine, du suc gastrique, etc., nous ne savons rien d'absolument certain; cette ignorance s'explique par les raisons suivantes :

1° Dans la liqueur à considérer, il y a presque toujours des albumines; or, nous avons vu que les albumines entrent en combinaison avec les acides et les bases. Si nous dosons par la soude l'acidité du suc gastrique, comment calculerons-

(1) W. Ostwald et R. Luther. Hand- und Hülfsbuch zur Ausführung physiko-chemischer Messungen. Leipzig, 1902.

(2) M. Chanoz. Résultats d'une année d'étude du point cryoscopique et de la conductibilité électrique de l'eau potable de Lyon. (*Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, séance du 14 mars 1905, *in Lyon méd.*, 26 mars 1905, p. 687.)

(3) Sjöqvist. Physiologisch-chemische Beobachtungen über Salzsäure. (*Skandinav. Arch. f. Physiol.*, 1895, V, p. 334.)

(1) V. Henri et Larguier des Bancels. Etude de la digestion de la caséine par la méthode de conductibilité électrique. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 20 juin 1903, p. 789.)

(2) M. Oker Blom. Die elektrische Leitfähigkeit des Blutes. (*Arch. f. die gesamte Physiol.*, 1900, LXXIX, p. 111.) — Die Abhängigkeit der elektrischen Leitfähigkeit des Blutes von den Blutkörperchen. (*Arch. f. die gesamte Physiol.*, 1900, LXXIX, p. 510.)
Calugaréanu et Henri. La résistance des globules rouges du sang déterminée par la conductivité électrique. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 24 fév. 1902, et *Semaine Médicale*, 1902, p. 74.)

(3) Galeotti. Untersuchungen über die Permeabilität der tierischen Membranen. (*Zeitsch. f. physikal. Chemie*, 1902, XL, p. 481.)

nous la quantité de soude qui va se fixer sur l'albumine, en même temps qu'une autre quantité de soude se fixera sur le chlore de l'acide chlorhydrique ?

2° Les liquides en question contiennent souvent des bases combinées à des acides faibles : phosphates, carbonates, lactates, etc. ; or, on dose généralement l'alcalinité de ces liqueurs avec des acides forts, comme l'acide sulfurique, qui déplacent les acides plus faibles qu'eux ; ce n'est donc pas les bases libres que nous dosons par ce moyen, mais toutes les bases faiblement combinées : nouvelle cause d'erreur capitale ;

3° Supposons que les causes d'erreurs susdites puissent être éliminées, chose d'ailleurs impossible ; il n'en reste pas moins que l'acidité ou l'alcalinité dosée ne sera jamais l'acidité ou l'alcalinité *vraie*. Il suffit de se rappeler, en effet, que l'acidité et l'alcalinité vraies sont proportionnelles au nombre d'ions H ou d'ions OH contenus dans une liqueur. Or, chaque fois que par un acide ou une base nous saturons un ion OH ou un ion H, l'alcali ou l'acide contenu dans la liqueur sous forme de molécules — qui n'a point de capacité alcaline ou acide puisqu'un acide ou une base n'ont de propriétés acides ou basiques qu'en tant qu'ils ont des ions H ou OH libres — va se dissocier au fur et à mesure. Notre titrimétrie ne dosera donc pas l'acidité ou l'alcalinité *actuelle* (Ostwald) de la liqueur, mais l'acidité ou l'alcalinité *potentielle*, c'est-à-dire tous les ions H ou OH saturables par l'acide ou la base. La titrimétrie a donc complètement modifié la constitution chimique de la liqueur ;

4° Enfin la quatrième difficulté, et non moins insoluble que chacune des trois précédentes, réside dans le choix de l'indicateur colorant qui annoncera la saturation de l'acide ou de la base. Il y a des indicateurs qui ne virent que pour des acides forts, d'autres virent encore pour des acides faibles. Or, un même acide, comme l'acide phosphorique, présente trois ions H ayant chacun une valeur acide très différente : le premier fait virer les colorants pour acides forts, le second ne fait virer que les colorants pour acides faibles, le troisième est si peu acide qu'il ne fait plus rien virer du tout ; on voit donc dans quel vague nous laissent les réactions colorés.

Tels sont les difficiles problèmes que soulève la mesure de l'acidité et de l'alcalinité, problèmes dont la méthode de la mesure des forces électromotrices a déjà donné des solutions approchées et très intéressantes.

C'est ainsi, par exemple, que cette méthode a permis de constater d'une façon absolument irrécusable que, dans le suc gastrique pur, l'acide chlorhydrique est en majeure partie sous forme libre, mais que, au cours de la digestion, il se combine de plus en plus avec les produits de la digestion.

M. Rohrer (1) a également appliqué la mesure des forces électromotrices à l'examen de l'acidité urinaire, et établi que l'urine moyenne de l'homme était très faiblement acide, presque neutre, alors que la titrimétrie l'aurait fait croire nettement acide : la titrimétrie donne ici *des résultats 10,000 fois trop élevés !*

V

Equilibre des molécules et des ions dans une solution. — La cryoscopie, la mesure de la conductivité électrique ou de la force électromotrice permettent de mesurer le nombre des ions contenus dans une liqueur. Ces méthodes montrent que la proportion des ions et des molécules, dans une solution donnée, obéit à des lois très précises qui ont été peu à peu dégagées par les physico-chimistes.

(1) Rohrer. Die Bestimmung der Harnacidität auf elektrometrischem Wege. (*Arch. f. die gesamte Physiol.*, 1901, LXXXVI, p. 586.) — MM. Höber et Jankowski (*Beiträge z. chem. Physiol. u. Pathol.*, 1903, III, p. 525) ont confirmé ces résultats.

L'ionisation, avons-nous dit, consiste dans ce fait qu'un certain nombre de molécules se scindent en ions. Dans une solution de sel marin, nous avons 3 sortes de corps en présence : des molécules NaCl, des ions Na et des ions Cl. Diluons la solution ; le nombre des ions Cl et Na augmente par rapport à celui des molécules. Concentrons-la, le nombre des molécules augmente par rapport à celui des ions. La solution peut donc être le siège de deux processus inverses, qui trahissent soit la tendance des molécules NaCl à se dissocier, soit celle des ions Na et Cl à se recombiner. Si la solution est laissée dans des conditions physiques invariables, la proportion des molécules et des ions demeure constante : c'est donc que les processus antagonistes se balancent exactement, ou, comme on dit, qu'il y a équilibre entre les ions et les molécules.

Quels sont les facteurs qui déterminent la position de cet équilibre ? Nous venons de voir que la concentration de la solution joue un rôle primordial dans cet équilibre ; à côté de ce facteur nous avons encore eu l'occasion d'en citer deux autres très importants : d'une part, la nature de la substance dissoute (il y a des substances qui ont peu de tendance à la dissociation, pour d'autres cette tendance est plus accentuée : nous avons vu que c'est sur ce fait qu'est basée la distinction des acides faibles et des acides forts) ; d'autre part, la température : celle-ci, avons-nous dit, dissocie d'autant plus de molécules qu'elle est plus élevé.

Si maintenant pour une solution d'une substance donnée, on rend la température fixe, il est possible de calculer le nombre relatif des molécules et des ions, quand on connaît la dilution de la liqueur et la nature de la substance dissoute. C'est que, comme nous l'avons dit, on a affaire ici à un équilibre. Or, une loi d'une extrême importance par sa généralité, la loi de Guldberg et Waage, dite encore loi de l'action des masses, régit tous les processus d'équilibre physico-chimique. Cette loi est la suivante :

L'intensité de tout processus physique ou chimique dont une solution est le siège est proportionnelle à la masse active des substances réagissantes, c'est-à-dire à leur concentration.

Cette loi, qui s'applique aux réactions chimiques intermoléculaires, et permet de calculer la vitesse de ces réactions, de dire à chaque moment quelle est la concentration des corps réagissants et celle du corps nouvellement formé, est encore exacte pour les réactions ioni-moléculaires, pour le calcul de la dissociation électrolytique. Elle se résume en une formule très simple (1), établie par Ostwald, grâce à laquelle il est facile de déterminer la proportion des ions et des molécules dans une solution.

On en peut déduire théoriquement une foule d'applications qui se trouvent vérifiées dans la pratique. Par exemple, voulons-nous diminuer l'acidité d'un acide, sans pour cela le faire entrer dans une combinaison chimique ? Il nous faut diminuer le nombre des ions H qu'il renferme, et, pour cela, il suffit d'ajouter à l'acide une solution d'un de ses sels neutres. Ainsi, à de l'acide acétique, ajoutons de l'acétate de soude ; nous multiplions ainsi le nombre, c'est-à-dire la concentration, des ions acétiques ; un certain nombre d'ions H sont forcés de se recombiner avec le radical acide pour que le quotient des ions par les molécules reste constant et l'acidité du milieu diminue. Ceci montre qu'on peut difficilement doser les acides en présence de leurs sels, et c'est une cinquième cause d'erreurs à ajouter à celles dont nous avons tantôt chargé l'acidimétrie des humeurs de l'organisme.

(1) Si nous représentons par C la concentration des molécules d'une solution, par C_2 et C_3 la concentration en ions, par V la dilution, et si nous faisons intervenir la nature chimique du corps donné en introduisant une constante K qui en dépende, nous aurons :

$$\frac{C_2 \times C_3}{C} = KV.$$

L'application de cette loi a permis de constater le rôle dévolu aux ions qui composent les substances antiseptiques. On sait, par exemple, que les sels de mercure sont, en général, antiseptiques ; mais est-ce l'ion mercure ou l'ion acide qui joue à cet égard le rôle essentiel ? Or, en comparant un à un, au point de vue de l'action antiseptique, divers sels de mercure, MM. Paul et Krönig (1) ont pu s'assurer que l'action de ces sels est uniquement en rapport avec leur degré de dissociation. C'est ce que prouve l'expérience de la numération des colonies : la solution de bichlorure de mercure à $^1/_{64}$ normale, après vingt minutes d'action, laisse développer 7 colonies ; celle de bromure, 34 ; celle de cyanure, un nombre infini. Ce sont tous là des sels de mercure, cependant ; mais le bichlorure est plus dissocié que le bromure, le bromure plus que le cyanure. L'antisepsie est donc fonction de la dissociation du sel considéré, et, comme il s'agit dans les trois cas de sels de mercure, il faut nécessairement admettre que le pouvoir antiseptique est fonction du nombre des ions Hg.

D'ailleurs, la preuve de ce fait est directement donnée par l'expérience suivante : une solution de bichlorure à $^1/_{16}$ normale, après six minutes d'action, laisse développer 8 colonies ; la même solution, additionnée d'une solution de chlorure de sodium à $^1/_{16}$ normale, en laisse développer 32 ; d'une solution de chlorure de sodium à $^4/_{16}$, 382 ; d'une solution de chlorure de sodium à $^{10}/_{16}$, 1,087. D'où proviennent de si colossales différences ? Tout simplement de ce que, en ajoutant du chlorure de sodium au bichlorure de mercure, on augmente le nombre des ions Cl dans la liqueur ; on force donc les ions Hg à se recombiner avec les ions Cl, et on diminue ainsi dans la liqueur le nombre des ions Hg, les seuls antiseptiques, comme il apparaissait déjà dans l'expérience précédente.

Il semble aujourd'hui que la loi de l'action des masses ne soit pas seulement exacte au point de vue des faits de chimie inorganique, mais encore — et ceci offre un intérêt particulier pour le biologiste — en ce qui concerne les phénomènes qu'étudie la chimie organique. C'est ainsi que des auteurs modernes estiment qu'elle est applicable aux rapports qui règlent l'équilibre entre l'oxygène hémoglobine et l'oxygène sérum dans le sang ; de même, aux rapports existant entre l'acide chlorhydrique libre et l'acide chlorhydrique combiné aux peptones dans la digestion gastrique, à ceux qui régissent l'action des toxines sur les antitoxines, etc.

VI

Application de la théorie des ions à l'étude des colloïdes. — La théorie des ions a été l'instigatrice d'études tout à fait nouvelles sur la chimie des albuminoïdes et des colloïdes en général.

On sait que les solutions colloïdales ne sont pas autre chose que des « suspensions » très fines de toutes petites particules qui jusqu'ici avaient échappé à notre observation, parce que le microscope était un instrument insuffisant pour les déceler. L'ultra-microscope a permis de voir les particules dont sont formées les solutions colloïdales, par exemple les solutions d'albumine ; elles sont extrêmement petites, voisines de 1 μ. Ces particules possèdent des propriétés électriques très particulières : dans un champ électrique elles se transportent vers un pôle ou vers l'autre, suivant le colloïde considéré ; il existe donc des colloïdes positifs et des colloïdes négatifs. D'autre part, tous les colloïdes connus peuvent précipiter ou être

(1) Paul et Krönig. Ueber das Verhalten der Bacterien zu chemischen Reagentien. (*Zeitsch. f. physikal. Chemie*, 1896, XXI, p. 414.)

profondément modifiés par l'action des acides, des bases et des sels. Or, les recherches récentes ont montré que la précipitation ou la modification dépend du nombre des ions présents dans la liqueur, ainsi que du signe électrique de ces ions — les ions précipitent les colloïdes de signe opposé au leur —, et enfin de leur valence : les ions sont d'autant plus actifs qu'ils sont plus polyvalents; par exemple, dans la série des ions positifs, Ca, bivalent, est plus actif que Na, monovalent, moins actif que Al, trivalent.

Nous ne pouvons insister sur ces faits, qui sont à la frontière de la physico-chimie et de la biologie (1). Mentionnons, toutefois, que la plupart des colorants sont à l'état colloïdal, et que les données précédentes permettent d'ébaucher une théorie de la teinture et des colorations histologiques.

C'est encore en s'appuyant sur elles que M. Larguier des Bancels (2) est arrivé tout dernièrement à rendre actif *sans kinase* le suc pancréatique pur. On sait que les ferments sont des colloïdes; le suc pancréatique n'agira donc sur l'albumine cuite que s'il est absorbé par celle-ci. Or, l'expérience montre que le suc pancréatique pur ne digère pas l'albumine. M. Larguier des Bancels eut l'idée de précipiter légèrement le suc pancréatique sur l'albumine et, conformément aux principes sur la précipitation des colloïdes, il fit choix de sels à base bivalente, plus actifs que ceux à base monovalente; dans ces conditions, il ne se produisit cependant encore aucune digestion. C'est alors que, pensant qu'il fallait changer l'état physique de l'albumine cuite, incapable d'une combinaison immédiate avec le suc pancréatique, il attaqua préalablement l'albumine par un autre colloïde, le bleu de toluidine. Ce dernier se combine avec l'albumine qu'il colore en bleu; quel est son genre d'attaque sur l'albumine, nous l'ignorons; mais, en tout cas, ce que prouve l'expérience, c'est qu'à lui seul le bleu de toluidine est inapte à digérer l'albumine. Et, d'autre part, ce qui est non moins certain, c'est que cette même substance, en modifiant la constitution de l'albumine, la « sensibilise » à l'action du suc pancréatique instabilisé par un sel à base bivalente.

Il est évident qu'un phénomène de ce genre est de nature à provoquer des recherches intéressantes sur l'action des sensibilisatrices, des précipitines, etc., en montrant le rôle des colloïdes les uns sur les autres et leurs actions de sensibilisation.

Enfin, nous ne saurions terminer sans citer les belles expériences de M. Lœb, montrant que certains animaux marins meurent dans de l'eau ne contenant que des ions monovalents, tels que le chlorure de sodium ou tout autre sel à base monovalente, tandis qu'ils se développent si le milieu renferme *de petites quantités* de sels à base bivalente ou encore de *simples traces* de sels à base trivalente (3).

La théorie des ions n'est donc pas seulement intéressante pour la biologie en ce qu'elle explique toute une série de phénomènes purement physiques qui se passent dans l'organisme (dialyse et osmose); elle est encore importante par les méthodes d'études qu'elle a fait naître, et les nouvelles hypothèses biologiques qu'elle propose.

Par ses moyens d'analyse, elle permet de doser, soit l'ensemble des molécules et des ions (cryoscopie), soit l'ensemble des ions seuls (résistance électrique), soit électivement un ion dans un milieu complexe (forces électromotrices).

Par la loi des masses qu'elle a contribué à fortifier, elle montre la raison d'être de ces excès de réactifs nécessaires pour amener une réaction où cependant n'entre en jeu que très peu du réactif employé.

Enfin, par ses applications aux phénomènes qui se passent entre électrolytes et colloïdes, elle semble en mesure de tracer un plan d'étude particulièrement fécond pour analyser des faits très importants, tels que l'agglutination, l'hématolyse et la digestion, qui semblaient jusqu'ici, en tant que phénomènes biologiques, avoir une essence particulière et qu'on s'efforce de ramener aujourd'hui à des lois purement physico-chimiques.

Dr L. AMBARD, Ancien interne des hôpitaux de Paris. Dr A. MAYER, Licencié ès sciences.

(1) V. HENRI et A. MAYER. L'état actuel de nos connaissances sur les colloïdes. (*Rev. gén. des sciences*, 30 nov. et 15 et 30 déc. 1904.)
STODEL. Les colloïdes en biologie. (*Rev. gén. des sciences*, 7 et 14 janv. 1905.)

(2) LARGUIER DES BANCELS. Activation du suc pancréatique pur sous l'influence combinée des électrolytes et des colloïdes. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, séance du 8 juillet 1905, p. 130.)

(3) Les travaux de M. Lœb ont été publiés dans l'*American Journal of Physiology* des années 1902, 1903 et 1904.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Les parésies primitives de l'intestin des nourrissons et les cérébropathies congénitales, par M. A. MORI.

Si, dans la plupart des cas, la constipation habituelle des enfants en bas âge relève du surmenage gastro-intestinal, du sevrage précoce ou irrégulier ou de quelque altération de la composition du lait maternel, il est des faits de constipation *nerveuse*, où la véritable origine de la paresse intestinale doit être cherchée ailleurs. D'après les observations que M. Mori a recueillies à cet égard à l'hôpital des Enfants-Malades de Florence, il existerait, en effet, une forme particulière de constipation infantile, caractérisée par la *persistance à l'état fœtal de l'activité motrice de l'intestin*.

Encore que le tableau clinique de cette parésie intestinale primitive du nourrisson ne diffère pas beaucoup de celui de toute autre constipation fonctionnelle des enfants, il présente, cependant, quelques caractères symptomatologiques qui lui sont propres. C'est ainsi que la coprostase en question n'alterne jamais avec des périodes de diarrhée par irritation de la muqueuse intestinale : celle-ci semble aussi peu sensible aux excitations physiologiques qu'aux irritations pathologiques. Il est également intéressant de noter que la paresse de l'intestin s'associe fréquemment à des phénomènes de méningisme temporaire (hypertonie de la musculature des extrémités, raideur de la nuque, spasmes cloniques diffus, etc.), qui ne semblent pas dus uniquement à l'intoxication d'origine intestinale.

Comme les nourrissons atteints de cette parésie spasmodique de l'intestin, et que l'auteur a eu l'occasion d'observer, présentaient en même temps une microcéphalie assez accentuée et que, d'autre part, on note souvent une constipation passagère chez des enfants cérébroplégiques et méningitiques, M. Mori serait porté à croire que la parésie intestinale qui se manifeste ainsi indépendamment de toute autre cause morbide est due à une dystrophie primitive du système nerveux central. C'est cette *cérébropathie congénitale* (hypoplasie encéphalique associée probablement à un développement imparfait de la moelle épinière) qui déterminerait une asthénie dans l'innervation gastro-intestinale.

Il convient, bien entendu, de ne s'arrêter au diagnostic de constipation d'origine nerveuse congénitale qu'après avoir exclu toute autre cause possible de paresse intestinale dans le premier âge. Si, toutefois, chez un enfant atteint d'une constipation opiniâtre dès sa naissance, on constate l'existence d'une microcéphalie — laquelle est presque toujours secondaire à une malformation congénitale du système nerveux —, c'est que le syndrome morbide doit être interprété dans le sens d'une parésie intestinale primitive par cérébropathie congénitale.

Au point de vue pratique, la connaissance de cette forme de constipation infantile paraît d'autant plus importante que, contrairement aux autres variétés de constipation fonctionnelle des enfants en bas âge, elle comporte un pronostic très réservé. Le traitement diététique, si efficace contre la constipation due à l'allaitement défectueux, reste ici sans effet, et c'est tout au plus si l'on peut compter, dans une certaine mesure, sur l'hydrothérapie, l'électricité et le massage pour combattre l'asthénie des couches musculaires de l'intestin et relever l'état général de ces petits cérébropathes. (*Arch. de méd. des enfants*, juillet 1905.) — L. CH.

Les rémissions prolongées de la méningite tuberculeuse chez l'enfant, par MM. G. CARRIÈRE et LHOTE.

Il n'est pas très rare que la méningite tuberculeuse, au cours de son évolution, présente à un moment donné une phase d'amélioration apparente : il s'agit en réalité d'un état de dépression succédant à l'agitation et donnant aux profanes l'illusion d'une prochaine entrée en convalescence; mais ces rémissions trompeuses ne sont jamais de bien longue durée et, après quelques jours, quelques semaines au plus, l'affection reprend sa marche fatale. Aussi bien n'est-ce pas des faits de ce genre, que s'occupent les auteurs du présent mémoire, mais exclusivement de ces rémissions bien plus prolongées, qui persistent plusieurs mois et se caractérisent par un retour à peu près complet à l'état antérieur. Ils en ont recueilli 4 observations, et, à ces faits personnels, joignent 7 autres cas consignés dans la littérature médicale — notamment ceux de M. Barth et de M. Thomalla (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 285 et 411) —, cas dont la valeur démonstrative est d'ailleurs assez inégale; peut-être pourrait-on avec plus de raison faire état de certains au moins des faits récemment relatés à la Société médicale des hôpitaux de Paris (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 235 et 247).

Schématiquement, voici comment peuvent être résumées les observations dont il est ici question : après une atteinte classique de méningite tuberculeuse — et il va sans dire que l'on ne doit retenir que les cas de diagnostic certain, établi par les méthodes actuelles (examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, inoculation au cobaye, etc.) ou confirmées ultérieurement par l'autopsie — survient une amélioration progressive, caractérisée par la diminution, puis la disparition de tous les symptômes, tant physiques que fonctionnels; cette période de « convalescence » est toujours longue : elle a duré de un mois à sept semaines, chez les petits malades de MM. Carrière et Lhote. C'est ensuite la phase de rémission; l'enfant a repris son train de vie ordinaire, il est « guéri ». Puis, brusquement, au bout d'un délai plus ou moins long — de trois mois et demi à dix mois, dans les observations des auteurs —, sans cause appréciable ou à l'occasion d'une chute, d'un traumatisme crânien, etc., les troubles reparaissent, et, de même que leur disparition, leur retour se fait lentement et progressivement; enfin, le tableau de la méningite tuberculeuse se trouve reproduit au complet; dès lors, les accidents se précipitent, et la mort survient en quelques jours, à compter du début de cette rechute.

Comment expliquer ces pseudo-guérisons? L'autopsie, dans un des cas de MM. Carrière et Lhote, et aussi dans un fait ancien de Rilliet, en donna la clef, en montrant côte à côte, sur les méninges, des lésions récentes, en pleine évolution, telles qu'on en trouve régulièrement dans les autopsies de méningite tuberculeuse, et des lésions éteintes, étouffées par sclérose : ici comme ailleurs, le tubercule peut être envahi par le tissu conjonctif et le processus morbide s'arrête ainsi, pour un temps du moins; et, en somme, à pousser les choses à l'extrême, pourquoi cette guérison ne serait-elle pas définitive, dans certains cas? Mais, en général, l'épine irritative subsiste, prête à déterminer de nouveaux accidents; et, à dire vrai, sa présence peut être constatée, si on la recherche avec soin : elle se manifestera par quelques troubles du caractère (irritabilité, apa-

thie), un peu d'inégalité ou de rapidité du pouls, une légère lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, etc., etc.

De là, la nécessité d'une thérapeutique active, durant ces périodes de rémission; l'hygiène générale, et surtout la vie au grand air, en formera la base, associée à la médication reconstituante : arsenic, glycérophosphates, lécithine, etc.; l'iodure de potassium à faible dose facilitera la résoption des produits tuberculeux et l'élimination des toxines; la créosote pourra également rendre des services; enfin, de temps à autre, un peu de calomel sera utile, à la fois pour lutter contre la constipation, souvent marquée, et pour exercer une dérivation salutaire du côté de l'intestin. (*Rev. de méd.*, juillet 1905.) — F. F.

Un troisième exemple d'encoche de Sibson sans péricardite, avec autopsie, par M. E. Cassaët.

Contrairement à l'opinion acceptée par la plupart des cliniciens, M. Cassaët n'admet pas que l'incurvation que l'on observe parfois au tiers supérieur du bord gauche de la matité cardiaque, et qui est habituellement désignée sous le nom d'encoche de Sibson, soit un signe pathognomonique d'épanchement péricardique. Dès 1899, en effet, l'auteur a publié un cas de « matité en brioche » au cours d'une pleurésie avec congestion pulmonaire du côté gauche (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 268). Plus récemment, il a relaté un second fait du même genre. Enfin, il a eu dernièrement l'occasion de constater qu'une simple dilatation cardiaque pouvait également donner lieu à une encoche de Sibson, et l'intérêt de cette observation est augmenté du fait que l'autopsie, qui a pu être pratiquée dans de bonnes conditions, a prouvé l'absence de tout épanchement péricardique.

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, atteint d'une dyspnée très violente sans épanchement pleurétique concomitant, et chez lequel la percussion de la région précordiale révéla l'existence d'une encoche de Sibson tout à fait typique; celle-ci, toutefois, disparaissait complètement aussitôt qu'on faisait asseoir le malade, et la matité cardiaque présentait alors la forme habituelle, simplement agrandie. Le lendemain, on constata simultanément et la diminution de l'aire de la matité cardiaque et la disparition de l'encoche.

Cet homme étant mort peu après, presque subitement, on reconnut, à l'autopsie, l'existence d'un rétrécissement mitral avec hypertrophie et dilatation du cœur, qui pesait 750 grammes. Dans le péricarde, on ne trouva qu'une centaine de grammes de liquide, quantité insuffisante pour donner lieu à une matité en brioche, puisque, d'après Sibson lui-même, celle-ci ne se produit que si la quantité de liquide péricardique atteint 450 grammes au moins. L'autopsie montra, en outre, l'existence d'une languette pulmonaire en forme de croissant qui recouvrait le cœur à l'endroit correspondant précisément au point de la paroi où l'on avait constaté, pendant la vie, la présence de l'encoche de Sibson.

Il est donc établi d'une façon certaine que le signe en question n'est pas pathognomonique d'un épanchement du péricarde, mais ressortit à une pathogénie essentiellement variable suivant les cas. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 23 juillet 1905.) — F. M.

Empoisonnement par l'absorption de feuilles de laurier-rose, par M. Huot.

C'est un fait intéressant à la fois au point de vue toxicologique — et cela d'autant plus que le laurier-rose ou ses alcaloïdes ont donné lieu à quelques applications thérapeutiques — et au point de vue de l'histoire des maladies simulées, que relate l'auteur.

Un soldat d'infanterie coloniale, ancien paludéen, et depuis plusieurs jours exempté de service pour des varices profondes, avait été renvoyé le matin même dans le rang, et s'en était montré fort dépité. A trois heures de l'après-midi, il se plaint d'un accès de fièvre, et, de fait, on constate chez lui une température de 39°9; le lendemain, il est exempté de service pour accès palustre, et dans l'après-midi il a derechef de la fièvre à la même heure que la veille (41°1). Vers huit heures du soir — ce détail ne fut connu qu'après coup —, il sort un instant de l'infirmerie et y rentre avec ses poches bourrées de feuilles de laurier-rose; il avoue même à un de ses camarades que c'est en mâchant ces feuilles qu'il trompe le médecin. Au milieu de la nuit, à une heure du matin, il se sent souffrant et fait appeler l'infirmier, qui prend sa température : le thermomètre marque 40°2; en même temps, le malade se plaint de violentes douleurs lombaires et abdominales, avec dysurie; une miction très pénible amène le rejet d'une grande quantité d'urines mêlées d'un peu de sang; les coliques persistent, accompagnées de diarrhée. Le jour suivant, on le transporte à l'infirmerie de garnison; il y arrive en état d'algidité marquée, avec céphalalgie, oppression, douleurs vives dans les deux aines; puis survient de la cyanose; les vomissements sont incessants; les évacuations alvines, liquides, peu abondantes, sont couleur café au lait; les mictions, fréquentes, douloureuses, très foncées, ont l'aspect du vin de Malaga. Malgré une médication stimulante énergique, cet homme succombait à dix heures du soir.

Après avoir pu éliminer en toute certitude les diagnostics d'intoxication alimentaire et de choléra asiatique (ceci se passait au Tonkin), on avait dû s'arrêter à celui d'accès pernicieux à forme algide, rendu plus vraisemblable encore par les antécédents paludéens du sujet. Et seuls les renseignements recueillis après la mort de celui-ci permirent d'établir qu'il s'agissait simplement d'une intoxication par les feuilles de laurier-rose, absorbées sans doute en trop grande quantité. Mâchées à faible dose (de 5 à 8 feuilles), ces feuilles ont en effet la propriété — bien connue, paraît-il, des soldats coloniaux — de provoquer au bout de deux heures des frissons d'abord, puis un accès de fièvre de six à sept heures de durée, dont il est dès lors facile d'assurer le retour périodique. Mais si le poison est absorbé en plus grande quantité, il se produit, après cette phase d'excitation cérébro-spinale thermogénique, une période de ralentissement cardiaque et d'intoxication hématique (hémoglobinurie), durant de treize à quatorze heures, et finalement — comme dans le présent cas — la mort survient par asphyxie progressive et arrêt du cœur environ vingt ou vingt-deux heures après l'ingestion de la substance toxique. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-septembre 1905.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Gefässkrisen. In-8°, 275 p. avec fig. Leipzig, 1905. — **Crises vasculaires,** par M. J. Pal.

Dans nombre de maladies, les vaisseaux participent *par paroxysmes* à l'évolution du processus morbide, donnant ainsi lieu à des phénomènes caractéristiques, qui ne vont pas sans exercer une certaine influence sur la marche de l'affection. C'est l'ensemble de ces manifestations que M. Pal désigne sous le nom de *crises vasculaires*.

D'une manière générale, on peut diviser les crises vasculaires en crises par vasoconstriction et crises par vasodilatation. Il convient, toutefois, de ne pas attacher à cette distinction une valeur absolue, la vasoconstriction dans une partie de l'organisme entraînant souvent une vasodilatation dans une autre région.

Les crises de nature vasoconstrictive peuvent se manifester dans les domaines vasculaires les plus divers. D'après leur localisation, M. Pal distingue les formes suivantes : crises à type abdominal ou à type pectoral, formes cérébrales, crises des extrémités et crises vasculaires généralisées. Ces diverses variétés peuvent, d'ailleurs, s'associer entre elles ou être sous la dépendance d'une seule et même cause. Il en est ainsi notamment pour les crises qui s'accompagnent d'une augmentation considérable de la tension artérielle (*Hochspannungskrisen*). On ne doit pas, d'autre part, confondre ces crises d'angiospasme avec l'*hypertension* telle que la comprend, par exemple, M. Huchard, vu qu'il s'agit ici d'une exagération purement transitoire de la tension artérielle, d'une hypertension paroxystique. L'auteur insiste particulièrement sur ce fait que nombre de troubles du système nerveux, tels que l'amaurose et l'aphasie transitoires d'origine saturnine, les crises convulsives de l'urémie et de l'éclampsie, etc., relèvent exclusivement de l'élévation excessive de la pression sanguine, tous ces phénomènes morbides coïncidant avec l'hypertension et disparaissant avec cette dernière. C'est dire combien M. Pal est loin de souscrire à l'opinion assez généralement admise, d'après laquelle les symptômes cérébraux en question seraient dus à l'action directe de la cause toxique sur les vaisseaux de l'encéphale. A l'appui de sa manière de voir, l'auteur invoque surtout ce fait qu'il suffit habituellement d'amener un abaissement de la pression artérielle pour voir les troubles qui constituent la crise se dissiper. C'est suivant ce mécanisme qu'agirait notamment la saignée. On a, il est vrai, prétendu — et cette opinion, soutenue par M. Forlanini, a récemment encore été développée par MM. Bosc et Vedel (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 337) — que la saignée ne modifie pas la tension artérielle et n'agit qu'en éliminant avec le sang une quantité plus ou moins considérable de toxines. Or, comme l'ont démontré les recherches de M. Buttermann et de quelques autres auteurs, la saignée abaisse généralement la pression artérielle chez l'homme bien portant; pour ce qui est des états pathologiques, il est juste de reconnaître qu'elle ne produit *pas toujours* cet abaissement de la tension, mais aussi — et c'est là, en l'espèce, le point important — ne se montre-t-elle efficace que précisément dans les cas où elle amène une détente réelle dans le système vasculaire.

Tout comme celles d'angiospasme, les crises par vasodilatation ou *crises dépressives* peuvent être locales ou généralisées, leur signification clinique étant plus ou moins considérable suivant l'importance du département vasculaire intéressé. Elles se traduisent habituellement par une diminution de l'activité cardiaque, un affaiblissement du choc de la pointe et du second bruit aortique, ainsi que par des symptômes cérébraux, tels que somnolence, signes d'anémie cérébrale ou d'œdème cérébral, phénomènes en foyer (amaurose, paralysies, etc., etc.). Ces manifestations surviennent-elles d'une manière suraiguë, on est alors en présence du tableau clinique de la *syncope*, et ici il est bon de se rappeler que, si le danger lié à l'abaissement considérable de la pression sanguine est en raison directe des progrès de cet abaissement, il dépend aussi, pour beaucoup, de la rapidité avec laquelle celui-ci se produit et des conditions dans lesquelles il s'établit.

Au point de vue de la thérapeutique générale des crises vasculaires, il importerait évidemment de viser surtout la cause primordiale de la maladie, mais, comme à cet égard le traitement se heurte souvent à des difficultés insurmontables, soit que cette cause reste mal connue, soit qu'elle ne se laisse pas influencer par les agents thérapeutiques, force sera au praticien de se borner à combattre les phénomènes vasculaires eux-mêmes, en cherchant à obtenir des effets hypotenseurs dans les crises d'angiospasme, et des effets vasoconstrictifs dans les crises par vasodilatation. A titre de médication antispasmodique, on pourra employer les nitrites — et, en particulier, le nitrite d'amyle — qui présentent l'avantage de compléter en quelque sorte le diagnotic en renseignant sur le degré de gravité des troubles morbides : dans les cas légers, ces médicaments se montrent, en effet, efficaces, et cela même d'une manière durable, tandis que, dans les crises graves et persistantes, leur action est insuffisante. Il en est à peu près de même pour la saignée, les bains, etc. Dans certaines formes de crises vasculaires, comme dans l'angine de poitrine, par exemple, on peut utiliser, à titre de moyens préventifs, la théobromine, les préparations iodées, etc. Lorsque ces remèdes, employés isolément ou associés les uns aux autres, ne donnent pas de résultats satisfai-

sants, on peut encore avoir recours aux narcotiques et, de préférence, à l'hydrate de chloral, à la fois pour abaisser la pression artérielle et pour obtenir un effet calmant. Sans doute, dans les crises douloureuses, la morphine reste le médicament par excellence, mais M. Pal estime qu'il convient autant que possible d'en éviter l'usage, car, si cet alcaloïde calme la douleur, son action sur la tension vasculaire est, au contraire, souvent insuffisante et incertaine. On pourra, néanmoins, se servir, avec avantage, de la morphine associée à l'atropine.

Pour ce qui est du traitement des crises dépressives, on se heurte également à la même insuffisance des moyens thérapeutiques. Théoriquement, le remède le plus efficace pour relever le tonus du système vasculaire consisterait dans l'emploi intraveineux de l'extrait surrénal, mais l'expérience a démontré que l'action des préparations surrénales est, en pareille occurrence, essentiellement fugace, qu'elle ne tarde pas à être suivie d'une nouvelle phase d'hypotension plus accentuée encore, et que, de plus, l'extrait surrénal détermine des lésions graves de la paroi des vaisseaux. Un autre médicament qui semble, d'après l'expérience de l'auteur, appelé à réussir dans ces cas, c'est l'ésérine. On se rappelle que cette substance a naguère été proposée par M. von Noorden pour combattre l'atonie intestinale post-opératoire (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 352). Il y a lieu de se demander si, à côté de l'excitation que l'ésérine détermine du côté de la musculature de l'intestin, son action sur le centre vasomoteur et sur le cœur — se traduisant par une amélioration de la circulation — n'est pas pour quelque chose dans les bons effets que ce médicament produit dans les accidents post-opératoires en question.

Ces notions générales sur les crises vasculaires une fois établies, M. Pal passe en revue, dans la seconde partie de son ouvrage, les manifestations de ce genre dans les diverses affections, en donnant à l'appui de ses descriptions de nombreuses observations personnelles. Il envisage ainsi successivement le saturnisme, l'artériosclérose, le tabes (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 347), la lithiase rénale et biliaire, la néphrite et l'éclampsie; enfin, les deux derniers chapitres du livre sont consacrés respectivement à l'étude des crises vasculaires dans leurs rapports avec les affections cérébrales et à celle des crises vasculaires des extrémités. — L. CH.

Sur l'éléphantiasis lymphorrhagique du pénis et du scrotum consécutif à l'interruption cicatricielle des voies lymphatiques inguino-crurales, par MM. G. Negroni et A. Zoppi.

Il s'agit des divers accidents — dilatation du réseau lymphatique, infiltration séreuse, lymphangiectasie, lymphorrhagie, éléphantiasis — qui succèdent, dans une région, à la suppression du groupe ganglionnaire chargé de recueillir les lymphatiques de cette région. Des exemples assez nombreux en ont été déjà produits : celui que relatent MM. Negroni et Zoppi est des plus caractérisés.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans, d'aspect sain, régulièrement bâti, n'ayant plus aucune trace d'adénopathie, et qui vient réclamer les secours chirurgicaux pour ses organes génitaux externes : la verge est deux fois plus grosse que normalement, la peau qui la recouvre et le prépuce sont très épaissis, tapissés de saillies verruqueuses que séparent des plis profonds, et qui figurent une sorte de mosaïque; le prépuce, épais de 1 centimètre, engaine le gland même dans l'érection, et son entrée n'est perméable qu'à une fine sonde. La région ainsi tuméfiée est beaucoup plus froide que les parties ambiantes. Le scrotum est plus mince que la peau de la verge, et n'est parsemé que par places de petites tumeurs du volume d'une tête d'épingle, portant presque toutes à leur sommet un petit kyste transparent. Dans les deux aines siègent des cicatrices profondes et larges, à peu près symétriques; il n'y a pas de trace d'hypertrophie ni d'œdème sur la peau des membres inférieurs.

C'est, en effet, à ces cicatrices inguinales que remonte tout le processus. A l'âge de six ans, le malade avait eu, aux deux aines, une adénopathie caséeuse, qui s'était spontanément ouverte; en même temps étaient apparues, aux deux jambes, des ulcérations cutanées tuberculeuses, dont on voit aujourd'hui les cicatrices. Quant aux abcès inguino-cruraux, ils restèrent durs, non fistuleux, et furent soumis à des traitements divers, mais sans intervention chirurgicale. Ils se fermèrent spontanément; peu après, survint un gonflement inflammatoire du pénis et de la portion antérieure du scrotum, si considérable que les parties génitales externes acquirent un volume quatre fois supérieur à la normale. La tuméfaction se réduisit, mais les organes ne reprirent jamais leur aspect normal; la peau devint de plus en plus épaisse, dure, mamelonnée, semée de vésicules transparentes, qui se rompaient et donnaient issue à du liquide séreux. L'aggravation progressive de ces lésions avait finalement décidé le jeune homme, d'ailleurs de santé excellente, à consulter.

On pratiqua des excisions du prépuce et des zones « à tumeurs » du scrotum; et ces segments cutanés furent soumis à l'examen histologique. A la pression, ils laissaient exsuder en grande quantité un liquide clair, analogue à du jus de citron, et, sur les coupes, on distinguait à l'œil nu des orifices béants par où la sérosité suintait goutte à goutte; cette sérosité était riche en albumine et ne contenait que très peu de globules blancs. L'épaississement de la peau était dû à une sclérose du tissu cellulaire, mais, entre les fascicules conjonctifs, on constatait les coupes de nombreux lymphatiques dilatés. Au niveau d'une petite tumeur du scrotum, existait une cavité kystique, en continuité avec un lymphatique vertical, ayant son origine dans les couches profondes de la peau.

Voilà donc un cas très complet. Ces résultats et ces complications de la stase lymphatique ont été déjà décrits à la suite d'extirpations ganglionnaires, de l'évidement des deux aines, du développement de filaires, de la compression des troncs lymphatiques, etc., mais ils n'avaient pas été signalés encore comme conséquence d'une destruction caséeuse spontanée des deux groupes ganglionnaires inguinaux. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 1.) — L.

Recherches d'histologie comparée sur la présence de formations glandulaires dans le tissu interstitiel de l'ovaire (glande interstitielle de l'ovaire), par M. L. Fränkel.

Un certain nombre d'auteurs, surtout français, ont constaté dans l'ovaire de diverses espèces animales des cellules plus ou moins ordonnées sur le type des glandes closes et ont émis l'opinion qu'il s'agissait là, sans doute, d'un organe destiné à quelque sécrétion interne. Dans le présent travail, M. Fränkel, en se basant sur l'examen des ovaires de 45 animaux appartenant à des espèces différentes, examine le bien fondé de cette hypothèse.

L'ovaire d'un très grand nombre d'animaux présente effectivement dans sa substance médullaire des amas de grosses cellules polyédriques à protoplasma fortement granuleux, pourvues de volumineux noyaux riches en chromatine. Suivant leur nombre, ces cellules forment de petits nodules, des cordons, voire de véritables lobules; leur abondance est quelquefois si considérable qu'elles remplissent presque tout l'ovaire, depuis le hile jusqu'à l'albuginée, et que les ovisacs plongent alors au milieu d'elles. Au premier abord, on pourrait croire qu'il s'agit de cellules lutéiniques, mais, quand on étudie côte à côte ces deux espèces de cellules, la confusion n'est pas possible : les cellules du corps jaune, d'ailleurs beaucoup plus grosses, sont en outre d'un jaune franc, alors que celles de la glande interstitielle ont des reflets verdâtres; de plus, les premières sont presque individuellement entourées de capillaires, tandis que les secondes forment entre les mailles du réseau vasculaire des îlots de 6 à 20 cellules; il s'ensuit que la coupe histologique du corps jaune est beaucoup plus claire que celle de la glande interstitielle.

La présence de cette dernière n'est pas constante : sur les 45 animaux examinés, elle n'existait que chez 22 seulement, de préférence chez les petits mammifères (surtout les rongeurs) et les carnassiers. Chez les singes, M. Fränkel ne l'a rencontrée que 2 fois sur 6. Chez la femme, enfin, on ne constate que de simples ébauches de l'organe en question.

L'inconstance de cette glande interstitielle permet de penser qu'elle n'est pas liée de façon formelle à la physiologie des organes génitaux : le rôle qu'on lui attribue doit donc être reporté sur les éléments constants de l'ovaire, ovules ou corps jaunes. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 3.) — R. DE B.

Traitement de la pleurésie avec épanchement au cours de la tuberculose pulmonaire, par M. H. Dörfler.

Depuis de longues années, l'auteur a remarqué que les cas de tuberculose pulmonaire à pronostic défavorable changent brusquement d'évolution et tendent à la guérison, aussitôt que les lésions pulmonaires se compliquent de pleurésie avec épanchement et que l'on donne issue à l'exsudat au moyen de la thoracentèse. A quelques exceptions près, sur lesquelles nous aurons à revenir plus loin, l'opération dont il s'agit produirait toujours, sur la tuberculose pulmonaire, un effet curatif, tantôt définitif, tantôt seulement temporaire. Cet effet serait naturellement d'autant plus durable que les lésions sont plus limitées, mais même dans les cas graves, avec infiltration s'étendant à la totalité du lobe supérieur et début de formation de cavernes, la thoracentèse serait encore susceptible d'exercer une action curative temporaire.

Sur 45 sujets atteints de pleurésie exsudative au cours de la tuberculose pulmonaire, que M. Dörfler a eu l'occasion de traiter, depuis 1890, par la ponction de la plèvre, 5 seulement n'ont pas présenté l'amélioration sur laquelle on comptait. D'une façon générale, la thoracentèse reste inefficace contre la tuberculose miliaire, ainsi que dans les cas de cavernes bilatérales (la ponction étant pratiquée d'un seul côté) et lorsqu'il s'agit d'exsudats pleurétiques enkystés et assez éloignés du foyer pulmonaire. Par contre, les effets exercés sur les lésions du poumon par l'évacuation d'un épanchement hémorrhagique ne diffèrent guère de ceux que l'on observe en cas d'exsudat séreux.

Pour ce qui est du mécanisme de cette action de la thoracentèse, l'auteur serait porté à faire jouer le principal rôle à l'hyperémie intense et plus ou moins durable qui s'établit aussitôt après la ponction dans les tissus auparavant comprimés par l'épanchement. Cette explication cadre bien avec ce que l'on sait sur les effets de l'hyperémie artificielle dans les processus tuberculeux (Bier); elle paraît, d'ailleurs, d'autant plus plausible que l'action exercée par la thoracentèse n'est pas sans analogie avec l'effet curatif de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.

Quoi qu'il en soit, M. Dörfler estime que tout exsudat pleurétique doit être évacué au bout d'une huitaine de jours, pour peu qu'il y ait lieu de soupçonner une tuberculose pulmonaire, et cela sans que l'hyperthermie soit considérée comme une contre-indication à l'intervention. De plus, l'auteur se demande — mais ce point ne pourra être élucidé que par l'expérimentation sur les animaux — s'il ne serait pas possible d'amener la guérison de certains cas de tuberculose pulmonaire par la création d'un hydrothorax artificiel avec évacuation consécutive de celui-ci au bout d'un laps de temps déterminé. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.) — L. CH.

Contribution au traitement des hernies étranglées, par M. Brix.

Appelé d'urgence à donner ses soins à un homme atteint d'une hernie étranglée, M. Brix, après avoir vainement essayé nombre de moyens pour faciliter le taxis — et avoir notamment pulvérisé sans succès le peu d'éther dont il disposait —, eut l'idée de remplacer ce dernier médicament par le chlorure d'éthyle qu'il avait dans sa trousse. Après en avoir pulvérisé une trentaine de grammes à peine, l'au-

teur ne tarda pas à voir se former, sur toute la région, la couche de « givre » caractéristique, et un nouvel essai de réduction, pratiqué aussitôt, fut rapidement couronné de succès.

Depuis lors, M. Brix a eu l'occasion d'utiliser le même procédé dans un grand nombre de cas de hernie étranglée, et toujours il en a obtenu d'excellents résultats.

Le chlorure d'éthyle, s'évaporant beaucoup plus rapidement et d'une manière plus intense que l'éther, produit aussi une réfrigération plus considérable. Celle-ci est rapidement suivie d'une forte ischémie locale, laquelle a pour effet d'élargir l'étranglement, en même temps qu'elle diminue le volume de la hernie, de sorte que les difficultés de la réduction se trouvent réduites au minimum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 juillet 1905.) — L. CH.

De la formation de granulations psammomateuses dans le cancer utérin, par M. Schütze.

Il n'est pas rare de rencontrer des granulations de psammome dans les kystes et le cancer de l'ovaire; mais jusqu'ici, on ne connaissait que 2 cas où pareilles granulations eussent été constatées dans le cancer de l'utérus; il nous paraît donc intéressant de résumer le nouveau fait de ce genre, relaté dans le présent travail.

Une femme de quarante-neuf ans, présentant depuis cinq ou six mois les signes habituels de tout cancer utérin, subit une hystérectomie selon la méthode de Schuchhardt; au bout de quelques jours, elle succomba aux suites d'une embolie pulmonaire double et l'autopsie permit de reconnaître l'existence de métastases dans les ganglions lombo-sacrés.

Sur la pièce recueillie à l'opération, voici ce que l'on observait :

Dans le col existait une tumeur ovoïde, siégeant sur la paroi postérieure et assez bien circonscrite; au point de vue microscopique, c'était un adénocarcinome typique. Par contre, la musculature du reste de l'organe — la muqueuse n'était qu'exceptionnellement atteinte — était dissociée par la présence de nombreux foyers de cellules lymphoïdes, au milieu desquelles on apercevait de petits corps sombres, arrondis, ovalaires ou fusiformes, isolés ou associés en petits amas, et de dimensions assez variables : par leurs caractères ils rappelaient absolument les grains de sable des plexus choroïdes. A l'aide des réactifs microchimiques, on put s'assurer qu'ils étaient formés de phosphate acide de chaux et de fer. Autour de ces concrétions existaient quelques cellules géantes.

Quant à leur origine, il semblait que ces grains provinssent de la calcification des blocs hyalins résultant de la dégénérescence soit des cellules lymphoïdes, soit de l'endothélium des petits capillaires traversant ces foyers. Nulle part il ne paraissait y avoir de relations entre les grains de psammome et le cancer; les métastases étaient également exemptes de ces formations calcaires. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 3.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

La valeur pratique du triangle paravertébral de Grocco pour le diagnostic des épanchements pleurétiques et l'appréciation de leur abondance, par M. W. Ewart.

Si la pleurésie avec épanchement se caractérise par des signes physiques très nets toutes les fois que le volume de l'exsudat égale, au moins, un cinquième de la cavité pleurale, il s'en faut que le diagnostic soit aussi facile dans les cas où, la quantité de liquide étant plus ou moins restreinte, les procédés habituels d'exploration ne dénotent rien de suffisamment caractéristique. Or, d'après l'expérience de M. Ewart, la recherche du « triangle paravertébral » serait susceptible de rendre, en pareille occurrence, d'excellents services. On se rappelle que, sous cette dénomination, M. Grocco a décrit un symptôme particulier de la pleurésie, qui consiste dans l'existence, *du côté opposé à l'épanchement*, d'une surface triangulaire de matité relative, dont le côté interne est représenté par la ligne des apophyses épineuses, le côté inférieur par le bord inférieur de la sonorité thoracique, et le côté externe par une ligne qui monte obliquement jusqu'au niveau supérieur de l'exsudat (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 376). M. Ewart a maintes fois eu l'occasion de s'assurer que cette matité triangulaire disparaît aussitôt que le patient se couche sur le côté malade, pour réapparaître dès qu'il s'asseoit ou se tourne sur le côté sain, ce qui prouve que le phénomène en question est dû à la présence d'une collection liquide mobile. Il importe, toutefois, de faire remarquer que, dans les cas où la plèvre est très distendue, la mobilité de l'exsudat devient assez réduite, de sorte que le triangle paravertébral pourrait alors ne pas disparaître complètement sous l'influence du décubitus sur le côté malade, sa hauteur subissant seulement une diminution considérable.

Quoi qu'il en soit, l'auteur attribue au signe dont il s'agit une valeur diagnostique tellement importante qu'il procède à sa recherche d'une manière systématique toutes les fois que la percussion rapide dénote l'existence, à la base du thorax, d'une matité rappelant celle d'un épanchement pleural. En pareille occurrence, M. Ewart commence par rechercher le triangle paravertébral opposé : celui-ci fait-il défaut, c'est que l'on ne se trouve pas en présence d'un exsudat pleurétique libre; par contre, si l'on a constaté l'existence du triangle de Grocco, il suffit de procéder à l'épreuve susmentionnée (décubitus latéral) pour pouvoir affirmer que la matité en question est réellement due à une collection liquide.

Pour ce qui est de l'abondance de l'épanchement, le triangle paravertébral peut aussi fournir des renseignements précieux. En effet, si la base du triangle, qui correspond à la douzième côte et au sinus pleural, varie fort peu avec le volume de l'exsudat (la longueur de cette base oscille habituellement entre 3 et 6 centimètres), la longueur des deux autres côtés du triangle est, par contre, exactement subordonnée au niveau supérieur de l'épanchement, de sorte que la présence du signe de Grocco permet non seulement de porter le diagnostic de pleurésie, mais encore d'apprécier très rapidement la quantité du liquide pleural.

Au point de vue de la pathogénie du phénomène en question, l'auteur est loin de partager l'opinion, soutenue par M. Ferrannini, que la matité triangulaire est due à une condensation du tissu pulmonaire ou à des viscères déplacés. M. Ewart estime que, *paravertébral* quant à sa situation, le triangle de Grocco est *vertébral* dans son mode de production, les vertèbres faisant, en quelque sorte, fonction de plessimètre pour la transmission des vibrations : l'exsudat pleural forme comme une sourdine appliquée sur une portion de la circonférence des vertèbres, et les vibrations ainsi affaiblies sont transmises à la surface par ce plessimètre composé que constituent les apophyses épineuses, les apophyses transverses et les têtes de côtes.

Cette manière de voir se trouva confirmée dans un cas que l'auteur a eu tout récemment l'occasion d'observer et qui avait trait à une pyurie avec abcès lombaire du côté droit. La présence d'un triangle paravertébral — peu élevé mais plutôt large — fit croire à un empyème, survenu comme complication. Or, en réalité, il n'existait pas de pus dans la cavité thoracique, et la matité triangulaire disparut aussitôt qu'une incision eut vidé la poche lombaire. Ce fait prouve donc qu'un triangle paravertébral de matité peut aussi être constaté à la base du thorax en cas de collection liquide siégeant au-dessous du diaphragme. (*Lancet*, 22 juillet 1905.) — L. CH.

Remarques sur un nouveau procédé pour obtenir le réflexe plantaire extenseur et sur la localisation médullaire de celui-ci, par M. W. Ch. White.

A côté du phénomène des orteils, décrit par M. Babinski (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 286), il est un certain nombre d'autres réflexes qui se substituent assez souvent à ce signe et doivent également être considérés comme des manifestations cliniques d'une irritation ou d'une lésion des voies motrices de l'axe cérébro-spinal. C'est ainsi que M. H. Oppenheim a attiré l'attention sur ce fait que le pincement ou le frottement de la face interne de la jambe, pratiqué de haut en bas soit avec le pouce, soit avec le manche du marteau à percussion — manœuvre qui, à l'état normal, tantôt ne donne lieu à aucun réflexe, tantôt provoque la flexion des orteils —, détermine, en cas de perturbation dans le système pyramidal, l'extension des orteils et du pied. D'autre part, M. Gordon a récemment signalé le *réflexe paradoxal des fléchisseurs*, qui consiste dans l'extension du gros orteil ou de tous les orteils sous l'influence d'une pression exercée sur la portion moyenne ou inférieure du mollet (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 77). De son côté, M. White a été à même de constater, dans nombre de cas où le système pyramidal participait au processus morbide, que l'on peut obtenir le même réflexe en frottant avec le manche du marteau à percussion la région antéro-interne de la cuisse. Normalement, cette manœuvre ne se traduit par aucun mouvement réflexe ou bien amène une flexion des orteils, tandis que dans les états morbides en question elle provoque soit l'extension du gros orteil, soit celle de tous les orteils.

La connaissance de ce réflexe peut être particulièrement utile, lorsque, pour une raison ou pour une autre, on ne parvient pas à obtenir l'extension des orteils par les procédés usuels. L'auteur relate, par exemple, l'observation d'une femme atteinte, depuis son enfance, d'une hémiplégie et chez laquelle il était devenu, à la fin d'une grossesse, tout à fait impossible de constater les réflexes de Gordon et d'Oppenheim (par suite de l'œdème considérable des jambes), alors que l'excitation de la plante du pied et de la face antérieure de la cuisse provoquait une extension très nette du gros orteil.

Ce phénomène — commun aux quatre réflexes en question — d'extension du gros orteil est gouverné par la contraction du muscle extenseur du gros orteil, dont les mouvements paraissent commandés par la corne antérieure du cinquième segment lombaire; mais, comme on vient de le voir, l'excitation périphérique qui met en jeu le réflexe peut partir des divers points dont la localisation spinale est échelonnée entre le second segment lombaire (cuisse) et le premier segment sacré (plante du pied). (*Med. Record*, 8 juillet 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

Sur la valeur diagnostique du sillon unguéal transversal, par M. N. Sokalsky.

Sous le nom de « ligne scarlatineuse », M. Feer a décrit l'année dernière une altération unguéale particulière, se présentant sous la forme d'un sillon linéaire à direction transversale ou d'un léger bourrelet, et qui, d'après cet auteur, constituerait une manifestation typique de la scarlatine, à tel point que sa présence permettrait même de porter le diagnostic rétrospectif de l'exanthème en question (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 334). Or, d'après M. Sokalsky, la lésion unguéale dont il s'agit serait loin d'être propre à la scarlatine et aurait une signification beaucoup moins précise : elle indiquerait simplement que le sujet a récemment subi une maladie générale quelconque, ayant influencé plus ou moins les processus de nutrition de l'organisme. C'est le professeur Tchoudnovsky qui paraît avoir signalé le premier, dès 1887, la valeur clinique de ces altérations unguéales, en faisant remarquer que la présence de sillons parallèles au bord libre de l'ongle; apparus tout d'abord près de la racine de celui-ci, permet de supposer que l'individu porteur de ces lésions a, quelque temps auparavant (parfois deux ou trois mois, voire même davantage), subi une maladie grave, laquelle a déterminé une perturbation de la nutrition générale, telle que typhus exanthématique, pneumonie lobaire, etc. D'après le même auteur,

ces lignes unguéales — particulièrement marquées au niveau du pouce et du gros orteil (sur l'ongle du gros orteil elles peuvent, toutefois, être sous la dépendance de causes locales, notamment de chaussures plus ou moins gênantes) — s'observeraient également à la suite d'une grossesse pénible, d'une dépression morale prolongée ou de toute autre circonstance susceptible de déterminer des désordres nutritifs.

Pour sa part, M. Sokalsky utilise, depuis de longues années, la connaissance de ce signe dans sa pratique psychiatrique, où les indications fournies par l'examen des ongles sont souvent d'autant plus précieuses que les commémoratifs font fréquemment défaut; or, il n'est pas rare que la psychose remonte précisément à une affection générale aiguë antérieure, ayant laissé sa signature dans la lésion unguéale en question. D'autre part, chez des aliénés longtemps internés, l'auteur a eu maintes fois l'occasion de voir survenir des sillons unguéaux à la suite de la fièvre typhoïde, du rhumatisme articulaire, etc.; et si le phénomène en question paraît avoir jusqu'à présent échappé à l'attention de la plupart des praticiens, c'est que — à l'encontre de ce qui se passait pour les malades observés par M. Sokalsky — les patients, une fois guéris, sont généralement perdus de vue.

L'apparition de la ligne unguéale indiquerait que l'organisme vient de sortir victorieux de la lutte contre l'infection; aussi, suivant que l'évolution de la maladie a été plus ou moins longue, la largeur du sillon ou du bourrelet serait plus ou moins considérable. Dans les cas où la guérison a été lente à s'établir, le sillon unguéal serait plus diffus. Parfois, surtout à la suite d'exacerbations consécutives du rhumatisme articulaire aigu, on voit se former, non pas un seul, mais deux ou trois sillons, le développement normal de l'ongle ayant été interrompu à plusieurs reprises. C'est assez dire que — loin d'être liée à l'éruption scarlatineuse, comme le suppose M. Feer — la lésion dont il s'agit est, en réalité, sous la dépendance de troubles profonds de la nutrition générale. (*Vratcheb. Gaz.*, 16 juillet 1905.) — L. CH.

Sur le rôle des microorganismes pyogènes dans la variole, par M. P. Néviadomsky.

On sait qu'un des symptômes caractéristiques de la variole consiste dans une élévation thermique secondaire coïncidant avec la période de transformation des vésicules en pustules : c'est la fièvre dite *de suppuration*, que l'on attribue généralement à l'action des microbes pyogènes dont la présence a été maintes fois signalée tant dans le contenu des pustules varioliques que dans celui de la pustule vaccinale. Toutefois, comme les auteurs sont loin d'être d'accord sur la signification de ces microbes dans l'évolution générale du processus morbide, M. Néviadomsky a jugé utile d'instituer une série de recherches en vue d'étudier la flore microbienne de la vaccine et de la variole dans ses rapports avec les phénomènes cliniques.

Pour ce qui est de la vaccine, l'auteur a pratiqué, pendant deux mois, des examens répétés de plusieurs échantillons (dont la préparation remontait à des dates différentes) de lymphe vaccinale glycérinée servant à des inoculations préventives. Il a ainsi pu constater que cette lymphe contenait des microorganismes pyogènes et saprophytes (staphylocoques blanc et doré, *Bacillus subtilis*, *Penicillium glaucum*, etc.), mais que ces microbes diminuaient progressivement de nombre au fur et à mesure que le vaccin était conservé plus longtemps; or, les vaccinations pratiquées avec ce vaccin sur l'homme donnaient parfaitement des résultats positifs. Ainsi donc, par une sorte d'auto-désinfection de la lymphe vaccinale, les microbes pyogènes qui y sont contenus perdent peu à peu leur vitalité, et la transformation de la vésicule en pustule se fait sans leur secours.

D'autre part, M. Néviadomsky a étudié bactériologiquement le contenu des pustules varioliques — en tenant chaque fois compte des particularités cliniques de la maladie — dans 6 cas de varioloïde, 20 cas de variole à évolution normale, 5 de variole confluente, 4 de variole hémorrhagique et 2 de variole avec éruption discrète, mais avec développement rapide des pustules et issue fatale au sixième et huitième jour après l'apparition de l'exanthème. Voici quels ont été les résultats obtenus : dans la varioloïde, ainsi que dans la variole à évolution normale, l'auteur n'a pas trouvé de microbes pyogènes; la variole confluente a fourni, dans 1 cas, le staphylocoque doré, les ensemencements pratiqués dans les 4 autres faits étant, par contre, restés stériles; dans la variole hémorrhagique, on a noté, chez tous les malades, la présence du streptocoque; les 2 derniers cas, enfin, ont donné le *Staphylococcus aureus*.

Ces constatations permettent de conclure que, dans la variole qui évolue régulièrement, les microorganismes pyogènes font défaut et n'interviennent, par conséquent, nullement dans le processus de transformation des vésicules en pustules, pas plus que dans la fièvre dite de suppuration. Cela étant, l'apparition de ces microbes doit être considérée comme une infection secondaire surajoutée, qui modifie la marche normale de l'affection et en aggrave considérablement le pronostic.

Les agents de la suppuration faisant habituellement défaut dans le contenu des pustules, il est évident que la métamorphose subie par la sérosité de la vésicule doit tenir à une autre cause. Pour M. Néviadomsky, cette cause résiderait dans l'augmentation, au sein de la vésicule, des éléments figurés et de leurs résidus, et la fièvre qui coïncide avec ce processus ne serait point due à une suppuration, mais à la pénétration dans l'organisme des toxines que renferme le contenu des pustules. (*Roussk. Vratch*, 9 juillet 1905.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Danger de la radiothérapie des lésions ganglionnaires d'origine tuberculeuse.

Nous avons récemment signalé les bons effets que la radiothérapie a donnés à M. Bergonié d'abord, puis à M. Hendrix, dans quelques cas d'adénopathies tuberculeuses non suppurées (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 161 et 318). De son côté, M. le docteur I. Valobra, médecin de l'hôpital Umberto I, de Turin, a eu l'occasion de traiter par le même procédé — et avec des résultats également satisfaisants au point de vue esthétique — deux jeunes filles et un garçon atteints de volumineux paquets ganglionnaires du cou. Mais chez 2 de ces malades, notre confrère a eu à enregistrer, parallèlement à la diminution de volume des adénopathies, des phénomènes généraux consistant surtout en un mouvement fébrile plus ou moins accentué qui débutait trois ou quatre heures après la séance radiothérapique pour disparaître quelques heures plus tard.

Se basant sur ces faits, M. Valobra se demande si, dans les adénopathies tuberculeuses non suppurées, qui sont des lésions essentiellement torpides avec bien minime tendance à la généralisation, la réaction que provoque la radiothérapie n'est pas susceptible d'avoir de fâcheuses conséquences, en donnant un coup de fouet à l'affection. Et notre confrère serait disposé à faire les mêmes réserves en ce qui concerne la pseudo-leucémie, qui bien souvent est liée à une tuberculose plus ou moins latente : M. Steinwand et M. Gennari auraient en effet observé, chacun dans un cas de pseudo-leucémie traitée par les rayons de Röntgen, des phénomènes réactionnels du même genre que ceux dont il vient d'être question, et à cette liste on pourrait joindre sans doute les faits de pleurésie séro-fibrineuse apparue au cours de la cure röntgénienne, chez 2 pseudo-leucémiques traités par M. Quadrone (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 375).

La conclusion pratique à tirer de ce faisceau d'observations, c'est donc qu'il convient de se montrer très prudent en matière de radiothérapie, toutes les fois qu'on a affaire à des tumeurs ganglionnaires dont l'origine tuberculeuse est avérée ou seulement probable.

Les applications locales d'eau de mer contre les verrues.

Ayant eu l'occasion de constater sur lui-même que les cors aux pieds disparaissaient entièrement quand, pendant trois semaines, il plongeait ses pieds deux fois par jour pendant dix à quinze minutes dans de l'eau de mer, M. le docteur A. Evershed (de Chichester) a eu l'idée de traiter les verrues par des bains locaux biquotidiens d'eau de mer, que l'on doit avoir soin de faire tiédir si elle est préparée artificiellement; et, dans tous les cas où notre confrère a eu recours à ce mode de traitement, la guérison complète a été obtenue en une quinzaine de jours. Lorsque les verrues siègent sur le cuir chevelu, le mieux est de se servir de compresses imbibées d'eau de mer, que l'on maintient en place pendant la nuit à l'aide d'un bandage.

Chez un enfant qui présentait une verrue en chou-fleur du dos de la main, et que M. Evershed a récemment eu l'occasion d'observer, quinze jours suffirent pour faire tomber la verrue, et, quelques semaines plus tard, il ne subsistait plus aucune trace de la lésion.

Un adulte fut débarrassé, dans le même laps de temps, d'une verrue du cuir chevelu qui avait 2 centimètres de diamètre et faisait une saillie de plus de 1 centimètre au-dessus du niveau de la peau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE BORDEAUX

Alquier. Etiologie des déchirures périnéales d'origine obstétricale.

Barbancey. Contribution à l'étude des gommes syphilitiques de la paupière.

Bernex. Contribution à l'étude de l'appendicite causée par les annexites.

Bignon. Contribution à l'étude de l'hyperchlorurie dans la tuberculose des voies urinaires.

Blanc. Des interventions chirurgicales dans la lithiase rénale inflammatoire et suppurée.

Bonduel (M.-H.). Fractures du radius chez les automobilistes.

Bongrand. De l'expérimentation sur l'homme; sa valeur scientifique et sa légitimité.

Carretier. Contribution à l'étude des méfaits du régime lacté exclusif chez l'enfant atteint de troubles gastro-intestinaux.

Clologe. Essai sur l'histoire de la gynécologie dans l'antiquité grecque jusqu'à la collection hippocratique.

Cocaign. Recherches de topographie craniocérébrale.

Colat. Contribution à l'hématologie de la maladie bronzée d'Addison.

Corolleur. Contribution à l'étude de l'habitation humide.

Ducrot. Etude sur le rôle sécrétoire du liquide céphalo-rachidien par les plexus choroïdes.

Feyfant. Le chlorure de sodium et la cure de déchloruration.

Fleury. Du traitement des abcès appendiculaires pelviens, en particulier par la voie rectale.

Gay. Le prolapsus de la muqueuse de la vessie à travers l'urèthre chez la femme.

Giraud. La femme enceinte et la fille-mère; étude de sociologie biologique.

Gouriou. Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde au Mans.

Gramond. Santé et mariage.

Jacques. Des accidents psychiques liés aux maladies de l'oreille et de ses annexes.

Kagi. La démence précoce dans l'armée (étude clinique et médico-légale).

Lebard (M.-J.-G.). Sur un type d'érythème fessier évoluant chez les nourrissons atteints d'eczéma séborrhéique.

Lossouarn. Les animaux en justice au temps jadis.

Mabire. Etat mental et physique des individus poursuivis pour attentats aux mœurs.

Maupetit. La sclérose de l'oreille.

Michel. Contribution à l'étude de l'opothérapie rénale.

Millet. La tétanie (interprétation pathogénique).

Pierre-Nadal. Autour de la dépopulation.

Pottier. Contribution à l'étude des kystes salivaires de la parotide.

Rachou. Le foot-ball rugby et ses accidents.

Raffin de la Raffinie (de). Purpura et tuberculose.

Ricau. De la supériorité des petits ballons de Champetier de Ribes sur les autres appareils pour la provocation de l'accouchement.

Robin. Contribution à l'étude de la géographie médicale de Madagascar.

Sacaze-Badie. De la psychologie dans les maladies mentales.

Subra de Salafa (G.-E.). Auto-intoxications et psychoses menstruelles.

Touchard. Sur les fistules congénitales de la lèvre inférieure.

Turon. Des anomalies dentaires de siège et de direction et de leur traitement, en particulier par le redressement chirurgical.

Villeroux. Du rôle, dans les mouvements des doigts, des expansions fibreuses qui unissent les tendons extenseurs; résection de ces expansions fibreuses chez les pianistes.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Lewis (D. D.). Hyperplasia of the chromophile cells of the hypophysis as the cause of acromegaly. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, mai.)

Pollosson (A.) et **Violet** (H.). Sur l'anatomie pathologique des kystes dermoïdes de l'ovaire. (*Lyon méd.*, 18 juin.)

Reuter (F.). Ueber die anatomischen Kennzeichen der vitalen und post-mortalen Verbrennung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 juin.) — Diagnostic anatomo-pathologique des brûlures survenues pendant la vie d'avec celles qui ont été produites après la mort.

Schlesinger (E.). Blutgefässendotheliom, entstanden auf dem Boden von Hämorrhoiden. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 3.) — Endothéliome développé sur des hémorrhoïdes.

Schütze. Ueber die Bildung von Psammomkörpern im carcinomatösen Uterus. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 3.)

Spielmeyer (W.). Ein Beitrag zur Pathologie der Tabes. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 2.)

Stanton (E. MacD.). The sequence of the pathologic changes in appendicitis; a study of the significance of the lesions found in different stages of appendicitis, based on the pathologic findings in a series of operative cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 juin.)

Tugendreich (G.). Beiträge zur pathologischen Anatomie der Magendarmkrankheiten des Säuglings; Kritisches und Experimentelles zur Frage der Epithelveränderungen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLI, 3-4.) — Anatomie pathologique des affections gastro-intestinales du nourrisson.

MÉDECINE

Lupu (Th.). Ueber Pellagra sine Pellagra. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 juin.)

Oefele (von). Probediät für koprologische Untersuchungen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 8 juin.) — Régime d'épreuve pour recherches coprologiques.

O'Malley (J. et A.). Splenic anæmia, with hæmoglobinæmia and decreasing splenomegaly. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Pal (J.). Gefässkrisen. In-8°, 275 p. avec fig. Leipzig. S. Hirzel. — Les crises vasoconstrictives.

Parsons (R. W.). Suicide; its consideration from a medical standpoint. (*Med. News*, 10 juin.)

Patoir (J.) et **Dehon** (M.). Un cas de leucémie aiguë chez une adulte. (*Echo méd. du Nord*, 25 juin.)

Pende (N.). Sull'esistenza della febbre nell'osteomalacia. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXV, 1.)

Pesci (E.). Sopra un caso di ascite filante, con ricerche su la reazione degli essudati verso l'acido acetico. (*Gazz. degli Osped.*, 25 juin.)

Pluim (H. G.). Zeldzaam verloop van een acute croupeuse pneumonie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 24 juin.) — Evolution insolite d'un cas de pneumonie franche aiguë.

Quadrone (C.). Attorno ad un caso di destrocardia congenita pura con endocardite acquisita. (*Riv. critica di clinica medica*, 11 et 18 fév.)

Raw (N.). The spread of cancer by the thoracic duct. (*Brit. Med. Journ.*, 24 juin.) — La propagation du cancer par le canal thoracique.

Rénon (L.). Etude médico-sociale : les maladies populaires (maladies vénériennes; alcoolisme; tuberculose). In-8°, 483 p.

Ricci (C.). Contributo allo studio dei tumori perigastrici. (*Clinica moderna*, 17 mai.)

Rosenau (M. J.). Tropical anemia. (*Amer. Medicine*, 17 juin.)

Rovighi (A.). Sul valore della putrefazione intestinale. (*Riforma med.*, 25 mars.)

Ruoff (W.). The ætiology and diagnosis of cholelithiasis. (*New York Med. Journ.*, 17 juin.)

Russ (L.) et **Petresco** (C.). Rupture de l'aorte. (*Bull. de la Soc. des méd. et natural. de Jassy*, mai-juin.)

Sbrocchi (A.). L'urto della punta del cuore. (*Clinica moderna*, 3 et 17 mai.) — Le choc de la pointe du cœur.

Schattenstein (I.). Urémie et auto-intoxication entérogène; leurs rapports réciproques (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 21 et 28 mai et 4 juin.)

Schridde (H.). Die Körnelungen der Lymphozyten des Blutes. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 juin.) — Les granulations des lymphocytes du sang.

Schwarz (E.). Zur Dynamik der Mitralinsuffizienz. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 juin.)

MALADIES INFECTIEUSES

Marchiafava (E.). Sopra la forma spinale dell'influenza. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXV, 2.)

Meyer (C.). Febre typhoide no Porto de Apiahy. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 mai.)

Pogue (G. R.). On the early diagnosis of pulmonary tuberculosis. (*Med. Record*, 10 juin.)

Radmann. Weitere Bemerkungen über die epidemische Genickstarre. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 juin.) — Sur la méningite cérébro-spinale épidémique.

Reunert (O.). Ueber die durch Tuberculose bedingten pseudoleukämischen Erkrankungen und ihre Behandlung mit Neutuberculin, unter Mitteilung eines mit Iristuberculose komplizierten Falles. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 juin.) — La pseudo-leucémie d'origine tuberculeuse et son traitement par la « nouvelle tuberculine ».

Rizzoli (A.). Le cellule eosinofile nel sangue e nello sputo dei tubercolosi. (*Gazz. degli Osped.*, 4 juin.)

Ruck (S. von). The heart and circulation in the prognosis and management of pulmonary tuberculosis. (*Med. Record*, 3 juin.) — Le cœur et la circulation dans le pronostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Schiffmann (J.). Zur Kenntnis der Negri'schen Körperchen bei der Wutkrankheit. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 juin.) — Les corpuscules de Negri dans la rage.

Schwyzer (F.). Intermittent angeiospasm on the basis of chronic malaria. (*New York Med. Journ.*, 27 mai.)

Somerset (W. L.). The diagnosis of chickenpox. (*New York Med. Journ.*, 27 mai.) — Le diagnostic de la varicelle.

Sommi (E.). Sopra un caso raro di orchite malarica. (*Riv. critica di clinica medica*, 15 avril.)

Tchaoussov (L.). Rechutes et récidives de la fièvre typhoïde dans l'armée de la Mandchourie pendant l'année 1904 (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mai.)

Thom (W.). Ueber die Furcht vor dem Tuberkulösen und die Tuberkuloseansteckung in der Ehe. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 5 juin.) — Sur la crainte inspirée par les tuberculeux et le danger de contamination entre conjoints.

Trautmann (G.). Zwei weitere Fälle von sogenanntem Drüsenfieber. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 juin.) — 2 cas de fièvre dite ganglionnaire.

Weleminsky (F.). Zur Pathogenese der Lungentuberkulose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 juin.)

Westenhöffer. Pathologische Anatomie und Infektionsweg bei der Genickstarre. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 juin.) — Anatomie pathologique et voies d'infection dans la méningite cérébro-spinale épidémique.

Zaccaria (A.). Sulla presenza e distribuzione dei corpi di Negri in un caso di rabbia umana. (*Ann. d'igiene sperim.*, XV, 2.)

Zuccòla (P. F.). Sul valore diagnostico e prognostico delle emorragie precoci nel tifo addominale. (*Clinica medica italiana*, avril.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Lambrior (A. A.). Syphilis et paralysie générale. (*Bull. de la Soc. des méd. et natural. de Jassy*, mai-juin.)

Lebedev (I.). La tétanie en tant que syndrome hystérique (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juin.)

Lomer (G.). Beobachtungen über farbiges Hören (auditio colorata). (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 2.)

Mannini (C.). Sui disturbi oculari della paralisi generale e sul loro raffronto con quelli della tabe dorsale. (*Riforma med.*, 8 avril.)

Marandon de Montyel (E.). La démence précoce dans ses rapports avec le délire systématisé progressif. (*Journ. de neurol.*, 5 juin.)

Marchand (L.) et **Olivier** (M.). Hypothermie chez un paralytique général. (*Journ. de neurol.*, 20 mai.)

Mirallié (Ch.). Maladie de Raynaud; troubles de la sensibilité à topographie radiculaire (pseudo-métamérique). (*Gaz. méd. de Nantes*, 24 juin.)

Müller (M.). Ueber die Erzielung psychischer Ruhezustände bei Erschöpfungsneurosen. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er juin.) — Traitement des névroses d'épuisement par le repos psychique.

Nazari (A.). Singolare atteggiamento dei piedi consecutivo a paralisi cerebrale infantile (sindrome di Little). (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXV, 2.)

Norsa (G.). Contributo allo studio della malattia di Dercum. (*Riforma med.*, 11 mars.)

Oddo (C.). Maladie de Recklinghausen avec pigmentation des muqueuses. (*Rev. neurol.*, 30 avril.)

Pailhas (B.). Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales. In-8°, 146 p. Rennes.

Phelps (C.). A case of traumatic aphasia. (*New York Med. Journ.*, 10 juin.)

Pick (A.). Zur Psychologie der Confabulation. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juin.)

Räbiger (A.). Zur Kasuistik der Nervenkrankheiten nach elektrischem Trauma. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er juin.) — Affection nerveuse consécutive à une électrocution.

Raymond (F.). Maladie de Friedreich et hérédo-ataxie cérébelleuse. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév. et mars-avril.)

Reichardt (M.). Zur Symptomatologie des Delirium tremens. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juin.)

Révilliod (L.). Sclérose médullaire, transverse, segmentaire, dorso-lombaire gauche, métatraumatique; forme clinique curable; fracture du pied droit; quatorze mois plus tard, hémi-paraplégie gauche; hémi-anesthésie sensitive et sensorielle du membre inférieur droit; thermo-anesthésie croisée du froid à droite, du chaud à gauche; six mois plus tard, hématorachis; guérison. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Rhein (J. H. W.). Encephalitis and other nervous affections complicating scarlatina. (*Amer. Medicine*, 17 juin.)

Roy (P.). De l'hypocondrie; étude pathogénique et nosologique. In-8°, 150 p. Rennes.

Severino (G.). Intorno alla diagnosi iniziale della tabe dorsale ed al valore diagnostico dell'esame citologico del liquido cefalo-rachidiano in tale malattia. (*Riforma med.*, 29 avril.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Nobl (G.). Zur Kenntnis der Urticaria xanthelasmoidea. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXV, 1 et 2-3.)

Oefele (von). Kotanalysen bei Dermatosen. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juin.) — L'analyse des fèces dans les dermatoses.

Pettazzi (A.) et **Cerri** (V.). Contributo alla conoscenza del pemfigo acuto ed alla terapia generale delle infezioni acute colle iniezioni antisettiche. (*Boll. delle cliniche*, mai.)

Pinard (A.). Prophylaxie de l'hérédo-syphilis. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, avril.)

Polland (R.). Ein Fall von « systematisiertem Nævus ». (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXV, 2-3.)

Pollio (G.) et **Fontana** (A.). Sull'emolisi nella lebbra. (*Gazz. degli Osped.*, 4 juin.) — L'hémolyse dans la lèpre.

Posadas (J. N.). Sobre una causa de accidente en las inyecciones de aceite gris. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, janv.-fév.)

Robinson (Daisy M. O.). Observations on the diagnosis and treatment of herpes zoster. (*New York Med. Journ.*, 10 et 17 juin.)

Rochet et **Billet** (J.). Note sur un cas de lèpre. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, mai.)

Róna (S.). Zur Aetiologie der sogenannten spontanen, oder multiplen spontanen, oder neurotischen und hysterischen Gangrän auf Grund von 5 Fällen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXV, 2-3.)

Schläpfer (V.). Eine eigentümliche Veränderung an den Fingernägeln bei einem Fall von Polyneuritis acuta. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juin.) — Altération spéciale des ongles des doigts dans un cas de polynévrite aiguë.

Spitzer (E.). Ueber Haut- und Schleimhauttuberkulose durch Inokulation und Autoinfektion. (*Wien. med. Wochensch.*, 10 juin.) — Sur la tuberculose de la peau et des muqueuses due à des inoculations et à l'auto-infection.

Terra (F.). Pityriasis rubra pilaris. (*Brazil-medico*, 15 avril, 1er, 8 et 15 mai.)

Ullmann (K.). Ueber autotoxische und alimentäre Dermatosen. (*Wien. med. Presse*, 4 juin.)

Veress (F. von). Ueber Lupus vulgaris postexanthematicus. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juin.)

Watson (W. B.). A case of widespread ulceration of skin and connective tissue. (*Lancet*, 3 juin.) — Ulcération étendue de la peau et du tissu conjonctif.

PARASITOLOGIE

Horand (R.). Les spirochètes de Schaudinn et Hoffmann et les formes évolutives de l'hémoprotiste de la syphilis. (*Lyon méd.*, 4 juin.)

Inouye (Z.). Ueber Ankylostomiasis duodenalis in Japan. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, XI, 1.)

Kozlovsky (I.). Zur Lehre von den Infusorien, die als Parasiten im Verdauungskanale des Menschen vorkommen; ein Fall von Balantidium coli im Darme des Menschen. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, XI, 1.) — Balantidium coli dans l'intestin de l'homme.

Krabbe (H.). Ueber das Vorkommen von Bandwürmern beim Menschen in Dänemark. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVIII, 1.) — Sur la fréquence des ténias de l'homme en Danemark.

Liefmann (H.). Beitrag zum Studium der Ankylostomiasis; über den Infectionsmodus und die vermutliche Giftwirkung der Würmer. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, L, 3.)

Manouvriez (A.). Eaux salées de filtration rendant certaines mines de houille réfractaires à l'infestation par les larves d'ankylostome. (*Echo méd. du Nord*, 4 juin.)

McWeeney (E. J.). Spirochætæ in syphilis. (*Brit. Med. Journ.*, 10 juin.)

Radaeli (S.). Pseudo-epilessia da ascaridi e la teoria della loro tossicità. (*Gazz. degli Osped.*, 18 juin.)

Rogers (L.). The conditions affecting the development of flagellated organisms from Leishman bodies and their bearing on the probable mode of infection. (*Lancet*, 3 juin.)

Romanov (Th.). De la présence du fer dans les grains de l'*Actinomyces* (en russe). (*Roussk. Vratch*, 7 mai.)

Schmidt (O.). Ueber das Vorkommen eines protozoonartigen Parasiten in den malignen Tumoren und seine Kultur ausserhalb des Tierkörpers; weitere Resultate einer spezifischen Therapie des Karzinoms. In-8°, 73 p. avec fig. Bonn. — Sur un protozoaire parasite des tumeurs malignes et sa culture en dehors de l'organisme animal; sur le traitement spécifique du cancer.

Stäubli (C.). Beitrag zur Kenntnis der Verbreitungsart der Trichinenembryonen. (*Vierteljahrsschrift der naturforsch. Gesellschaft in Zürich*, L, 1 et 2.) — Sur la migration des embryons de la trichine.

Voorthuis (J. A.). Over bilharziose. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 10 juin.)

CHIRURGIE

Meyer (J.). Bericht über 110 Bruchoperationen. (*Prag. med. Wochensch.*, 29 juin.) — 110 kélotomies.

Meyerowitz (F.). Ueber Skoliose bei Halsrippen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 1.) — Scoliose et côtes cervicales.

Michaelis (R.). Die operative Behandlung der Perityphlitis, nach dem Material der Leipziger chirurgischen Klinik vom Oktober 1895 bis Ende 1904. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 4-6.)

Michel et **Defressine.** Deux cas opérés d'occlusion intestinale aiguë, l'un par diverticule de Meckel et l'autre par brides mésentériques congénitales. (*Arch. de méd. navale*, avril.)

Mochkov (N.). Contribution à l'étude du traitement des fractures anciennes de la rotule (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 7 mai.)

Moore (J. E.). The treatment of bone cavities. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 mai.) — Le traitement des cavités osseuses.

Morison (R.). On the indications for operation. (*Lancet*, 17 juin.)

Morris (R. T.). My changes of view in appendicitis work. (*Med. Record*, 27 mai.)

Müller (B.). Ueber Perityphlitis und deren chirurgische Behandlung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 22 et 29 avril.)

Munro (J. C.). Late results of surgical treatment in gastric ulcer. (*Med. News*, 3 juin.) — Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.

Murphy (J. B.). Ankylosis; arthroplasty; clinical and experimental. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 et 27 mai et 3 juin.)

Nicolson (W. P.). The employment of celluloid plates for covering openings in the skull in operations for epilepsy, brain tumor, etc. (*New York Med. Journ.*, 3 juin.) — Occlusions des pertes de substance du crâne à l'aide de plaques de celluloïde dans les opérations pour épilepsie et pour tumeurs du cerveau.

Niedzielski (K.). Postepowanie chirurgiczne w przypadkach zlaman sklepienia czaszki. (*Kronika lekarska*, 15 fév., 1er et 15 mars, 1er et 15 avril, 1er et 15 mai.) — Interventions chirurgicales pour fracture de la voûte crânienne.

Oppel (V.). La technique de la gastrostomie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 7 mai.)

Owens (J. E.). Cerebral tumor; report of a case of removal in two stages by the osteoplastic method; subsequent wiring of bone-flap; introduction of a gold plate. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Paggi (E.). Per l'etiologia, cura e prognosi delle lussazioni dell'anca; un caso di lussazione iliaca. (*Clinica moderna*, 10 mai.)

Pantaloni. Chirurgie du gros intestin; deux cas d'anus contre nature et deux cas de cancer, traités par la résection et suivis de guérison. (*Arch. provinc. de chir.*, mars.)

Pellegrini (A.). Studio clinico ed anatomo-patologico sopra 91 casi di appendicite. (*Clinica moderna*, 31 mai.)

Pennington (J. R.). Remarks on the etiology of fissure in ano. (*Med. Record*, 10 juin.)

Perthes (G.). Ueber Nervenregeneration nach Extraction von Nerven wegen Trigeminusneuralgie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 4-6.) — Sur la régénération nerveuse consécutive à la résection des nerfs pour névralgie faciale.

Philipowicz (W.). Zur Casuistik und Aetiologie des Dünndarm-Volvulus. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 4.) — Sur le volvulus de l'intestin grêle.

Pólya (E. A.). Zur Pathogenese der primären Typhlitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er juin.)

Poncet (A.) et **Leriche** (R.). Tuberculose inflammatoire; ses localisations multiples, en particulier sur l'estomac et l'intestin. (*Lyon méd.*, 4 juin.)

Pond (A. M.). Some surgical considerations pertaining to gastric dilatation. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Pospiélova-Demkina (Mme A.). Un cas d'ouverture spontanée sous le diaphragme d'un abcès traumatique du poumon (en russe). (*Prakt. Vratch*, 21 et 28 mai.)

Prokhorov (N.). Contribution à l'étiologie des adénophlegmons iliaques (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mai.)

Riedel. Zur Technik der Kropfoperation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er juin.) — Technique de la thyroïdectomie.

Roberts (J. B.). The gardener's spade deformity and the silver-fork deformity in fractures of the carpal end of the radius. (*Med. Record*, 27 mai.) — La déformation en bêche et en dos de fourchette dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Robson (A. W. Mayo). The operation of jejunostomy, with a description of a new method. (*Lancet*, 3 juin.)

Rothfuchs (R.). Schuss durch die linke Herzkammer; Herznaht; Tod durch Peritonitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 4-6.) — Plaie par coup de feu du ventricule gauche du cœur; suture du cœur; mort par péritonite.

Rüdiger-Rydygier (A. R. von). Beitrag zur operativen Behandlung der habituellen Luxation der Kniescheibe nach Ali Krogius. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 juin.) — Opération d'Ali Krogius pour luxation habituelle de la rotule.

Sauer (F.). Die Heilungsresultate der Unterschenkelbrüche. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 1.) — Les résultats du traitement des fractures de jambe.

Schäfer (A.). Die Behandlung des Kryptorchismus. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 juin.) — Le traitement de la cryptorchidie.

Schlesinger (H.). Les indications des interventions chirurgicales dans les maladies internes. T. II : maladies du foie et de la vésicule biliaire, de la rate, du pancréas, du rein et du bassinet, de la vessie. (Trad. de l'allemand par L. Lichtwitz et J. Sabrazès.) In-16, 248 p.

Schmidt (K.). Oberarmbruch durch Muskelzug. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, juin.) — Fracture de l'humérus par effort musculaire.

Scott (J. A.). A study of 50 cases of perforation in typhoid fever. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, mai et juin.)

Scudder (C. L.). Resection of the middle third of the stomach for carcinoma of the greater curvature; end-to-end anastomosis; recovery. (*Ann. of Surgery*, mai.) — Résection du tiers moyen de l'estomac pour cancer de la grande courbure; anastomose termino-terminale; guérison.

Senn (N.). Differential diagnosis between coxa vara and other static, inflammatory, and traumatic affections of the hip joint. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 juin.) — Diagnostic différentiel de la coxa-vara d'avec d'autres affections statiques, inflammatoires ou traumatiques de la hanche.

Senni (G.). Il momento più opportuno per l'intervento nell'appendicite. (*Policlinico*, 18 juin.)

Sheldon (J. G.). The treatment of appendicitis in the precarious stage. (*Amer. Medicine*, 24 juin.)

Sick (P.). Ueber Stauungsblutungen durch Rumpfcompression (traumatische Stauungsblutungen). (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 4-6.) — Sur les hémorrhagies par compression thoracique.

Simon (W.). Ueber die Luxatio femoris centralis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 3.)

Spijarny (I.). Contribution à la chirurgie pulmonaire (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 7, 14, 21 et 28 mai.)

UROLOGIE

Lusena (G.). Le lesioni del cordone spermatico in rapporto al tono dello sfintere vescicale. (*Boll. dell'Accad. med. di Genova*, XX, 2.)

Muscatello (G.). Zur Radicalbehandlung der Blasenektopie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 4.) — Sur la cure radicale de l'ectopie vésicale.

Oberländer (F. M.) et **Kollmann** (A.). Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre und ihre Komplicationen. T. II. In-8°, 431 p. avec fig. Leipzig. — L'uréthrite blennorrhagique chronique chez l'homme et ses complications.

Pilcher (L. S.). The choice of operative method for the removal of the hypertrophied prostate. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Poucel (E.). Urétéro-néo-cystostomie. (*Marseille méd.*, 1er juin.)

Röthlisberger (P.). Zur quantitativen Bestimmung von Alloxurkörpern und Harnsäure im Harn. (*Schweiz. Wochensch. f. Chemie u. Pharmacie*, 6 et 13 mai.) — Sur le dosage de l'acide urique et des bases xanthiques dans l'urine.

Rothschild (A.). Ueber eine besondere Drüsenformation in der Prostata. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 3.) — Sur certaines formations glandulaires de la prostate.

Rudski (A. P.). Ueber die gonorrhoische Urethritis bei Knaben. (*Monatsberichte für Urologie*, X, 6.) — Sur l'uréthrite blennorrhagique des garçons.

Smith (A. Lapthorn). Three cases of repair of injury to the ureter; two by transplantation into the bladder, and one by end-to-end suture. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.) — 3 interventions pour lésions traumatiques de l'uretère (2 anastomoses urétéro-vésicales, 1 anastomose urétéro-urétérique).

Sorel (R.). Contribution à l'étude de la décapsulation des reins. (*Arch. provinc. de chir.*, fév.)

Ury (H.) et **Lilienthal** (E.). Ueber Albumosurie bei Magen-Darmerkrankungen, speciell Carcinomen. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, XI, 1.) — L'albumosurie dans les affections gastro-intestinales, notamment dans le cancer.

Wagner (P.). Die Fortschritte der Nierenchirurgie im letzten Dezennium. (*Berlin. Klinik*, juin.) — Les progrès réalisés en chirurgie rénale au cours de la dernière décade.

Ware (M. W.). A résumé of the issues concerned in the diagnosis and treatment of renal tuberculosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

OPHTALMOLOGIE

Jocqs (R.). Ténonite suppurée métastatique; métastases oculaires. (*Clinique ophtalmol.*, 25 mai.)

Queirel. De l'ophtalmie des nouveau-nés. (*Marseille méd.*, 15 juin.)

Reis (W.). Untersuchungen zur pathologischen Anatomie und zur Pathogenese des angeborenen Hydrophthalmus. (*Graefes Arch. f. Ophthalmol.*, LX, 1.) — Anatomie pathologique et pathogénie de l'hydrophtalmie congénitale.

Ring (G. O.). Orbital sarcoma, with report of a case and a discussion of radical operation, X ray therapy, and electro-chemical sterilization. (*New York Med. Journ.*, 10 juin.)

Saska (J.). Neuroretinitis saturnina. (*Casopis lékaru ceskych*, 17 juin.)

Signorelli (A.). La dilatazione inspiratoria delle pupille. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXV, 2.)

Straub (M.). Skrofulose und schlummernde Tuberkulose in der Augenheilkunde. (*Graefes Arch. f. Ophthalmol.*, LX, 1.) — Scrofulose et tuberculose latente en ophtalmologie.

Vinsonneau (C.). Gommes syphilitiques de la cornée. (*Arch. d'ophtalmol.*, fév.)

Vossius (A.). Zur Begründung der Keratitis parenchymatosa annularis. (*Graefes Arch. f. Ophthalmol.*, LX, 1.)

Wickerkiewicz. Quelques considérations sur le kératocone primaire. (*Arch. d'ophtalmol.*, fév.)

Zieminski (B.). O zachowaniu sie wobec zacm powiklanych. (*Kronika lekarska*, 1er janv.) — De la conduite à tenir en cas de cataracte compliquée.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Haggard (W. D.). Peritoneal gauze drainage; an easy method for its use through the vagina, after abdominal section. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 mai.)

Halstead (A. E.) et **Clark** (C. P.). Hydrocele in the female. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Hartmann (H.) et **Lecène** (P.). Les propagations ganglionnaires dans le cancer du col de l'utérus. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, mars.)

Hellendall (H.). Ueber die spontane Zerreissung der Gebärmutter in einem schwangeren septischen inficirten Uterusdivertikel. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 3.) — Rupture spontanée de l'utérus gravide au niveau d'un diverticule atteint d'inflammation septique.

Henkel (M.). Gynäkologische Diagnostik. In-8°, 256 p. avec fig. Berlin.

Herff (O. von). Die Heisswasser-Alkoholdesinfektion nach Ahlfeld auf der geburtshilflichen Abteilung des Frauenspitals Basel-Stadt. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 et 20 juin.) — La désinfection par l'eau chaude et l'alcool à la clinique obstétricale de Bâle.

Morse (E. E.). Puerperal arthritis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 juin.)

Phocas (G.). Ἴνωμα τῆς μήτρας. (Χειρουργικὴ ἐπιθεώρησις, juin.) — Fibrome de l'utérus.

Planer (P. H.). Vereitertes adhärentes Ovarialzystom; Heilung per laparotomiam und Totaldrainage der Bauchhöhle. (*Wien. med. Presse*, 4 juin.) — Kyste de l'ovaire adhérent et suppuré; laparotomie et drainage de la cavité abdominale; guérison.

Rayner (H. E.) et **Stuart** (W. L.). A fatal case of precipitate labour. (*Lancet*, 17 juin.) — Cas mortel d'accouchement rapide.

Ricci (C.). 15 casi di emorragia da gravidanza extra-uterina nei primi mesi. (*Clinica moderna*, 3 et 10 mai.)

Rossier (G.). La lutte contre le carcinome de l'utérus. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, mars.)

Rosthorn (von). Die Behandlung der puerperalen Infektion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 juin.) — Traitement de la fièvre puerpérale.

Rouville (G. de). Les ligatures artérielles dans le cancer inopérable de l'utérus; résultats thérapeutiques; indications. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, mars.)

Sachs (O.). Beiträge zur Pathologie der Vulvitis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 juin.)

Saks (J.). Ein Fall von spontaner Uterusruptur sub partu bei einer Schädellage der Frucht. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 juin.) — Rupture puerpérale de l'utérus dans un cas de présentation du sommet.

Sampson (J. A.). The importance of on early diagnosis in cancer of the uterus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 mai.)

Saravia (L. M.). Les fœtus qui pleurent *in utero* pendant le travail. In-8°, 41 p. avec fig. Buénos-Ayres.

Schäffer (O.). Ueber hämorrhagische Adenokystome der Ovarien. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 3.)

Scheffczyk. Die primären und die Dauererfolge der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken; 164 Fälle aus der Provinzial-Hebammenlehranstalt zu Breslau, eingeleitet mittelst Glycerinblasen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 3.) — Résultats immédiats et éloignés de l'accouchement prématuré provoqué pour rétrécissement pelvien.

Sellheim (H.). Die Bedeutung der physikalischen Eigenschaften des Kindes für die Geburtsmechanik. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 juin.) — La signification des propriétés physiques de l'enfant pour le mécanisme de l'accouchement.

Senni (G.). Contributo all'etiologia e alla clinica della gravidanza extrauterina. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXV, 2.)

Sheill (J. S.). The induction of labour : a comparison of some of the methods. (*Brit. Med. Journ.*, 24 juin.) — L'accouchement provoqué.

Straicher (P.). Quelques modifications dans la technique de l'extirpation vaginale totale de l'utérus (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 4 juin.)

PÉDIATRIE

Churchill (F. S.). Observations on infant feeding. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 mai.) — Sur l'alimentation du nourrisson.

Escherich (Th.). Antrag auf Einsetzung eines Komitees behufs Ausarbeitung von Vorschlägen zur Förderung der Brusternährung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er juin.) — Proposition relative à l'institution d'une commission en vue de l'élaboration de projets destinés à favoriser l'allaitement maternel.

Finkelstein (H.). Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. 1re partie. In-8°, 281 p. Berlin. — Traité des maladies du nourrisson.

Freeman (R. G.). Infantile tuberculosis : its portal of entry, topography, and clinical manifestations. (*Med. News*, 27 mai.)

Friedjung (J. K.). Zur Diskussion über natürliche Säuglingsernährung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er juin.) — L'allaitement maternel.

Mazzeo (P.). La levulosuria nel diabete dei bambini. (*Pediatria*, mai.)

VARIA

De la marche des personnes égarées.

Ayant fait la remarque que l'homme égaré, tout comme le gibier pourchassé, a une tendance naturelle à se mouvoir en cercle et à revenir plus ou moins à son point de départ, un observateur norvégien, M. Guldberg, a considéré ce fait comme la traduction d'une loi physiologique, d'après laquelle tout animal privé de ses moyens ou de son sens d'orientation serait destiné à décrire des cercles, ce phénomène résultant à ses yeux de la prédominance de certains muscles ou de certains os, plus forts ou plus longs d'un côté que de l'autre. Or, dans un article récemment publié dans l'*Hygiea*, un médecin suédois, M. le docteur D. Andersson, rend compte des recherches qu'il a faites sur cette question et qui l'ont conduit à des conclusions quelque peu différentes.

Pour apprécier la marche chez l'individu privé du contrôle de la vue, notre confrère procéda de la façon suivante : durant l'hiver, un sujet était placé sur la surface bien unie d'un lac gelé, en face d'un objet lointain qu'il fixait d'abord du regard et vers lequel on le laissait ensuite se diriger les yeux bandés. Cette expérience fut répétée plusieurs fois sur une douzaine de personnes.

Tout d'abord, M. Andersson put constater de la sorte que la marche les yeux fermés a bien une tendance à se faire en cercle, comme le pense M. Guldberg; mais, quand l'expérience peut être prolongée suffisamment longtemps, on s'aperçoit que les cercles sont décrits tantôt vers la droite, tantôt vers la gauche. Et, dans les conditions naturelles, on observe le même phénomène : parmi les sujets en expérience se trouvait une personne qui s'était déjà égarée trois fois dans les bois ou dans les landes; or, elle avait tourné deux fois vers la gauche et une fois vers la droite. Il convient de reconnaître cependant qu'un même individu a généralement une tendance à aller d'un côté plutôt que de l'autre.

Etant données ces variations, il est difficile d'admettre que la marche en cercle soit uniquement commandée par les différences de structure des deux moitiés du corps, d'autant plus que nos mouvements ne sont jamais le fait d'un seul muscle, mais résultent de la mise en jeu de presque tout l'ensemble de notre système musculaire. Durant la marche, nous éprouvons, soit sur nos os, soit dans nos articulations, une multitude de tiraillements musculaires qui, si la possibilité de s'orienter fait défaut, peut faire croire qu'on se déplace d'un côté ou de l'autre. Et, en fait, les sujets des expériences plus haut citées, interrogés sur la raison qui les faisait changer de direction, répondaient généralement qu'ils avaient ressenti un « tiraillement » d'un côté, lequel se trouvait être justement celui de la bonne direction, ce qui les amenait à accentuer encore davantage la courbe décrite par eux.

Deux personnes cependant avaient conscience de s'écarter de la bonne voie, et il est très possible que notre sens musculaire soit à cet égard éducable; les faits constatés chez les aveugles semblent d'ailleurs le prouver.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'hémophilie chez la femme.

L'hémophilisme féminin n'est qu'un chapitre particulier de l'hémophilisme en général, mais, jusqu'ici, ce chapitre ne présente, dans les descriptions de la diathèse hémorrhagique, que des proportions extrêmement modestes. La principale raison en est que l'hémophilisme féminin passait et passe encore pour une affection des plus rares. Nous verrons cependant que cette opinion ne peut être acceptée qu'avec de nombreuses réserves.

Dès le début de cet article, nous ne craignons pas d'avouer que nous aurions quelque peine à définir l'hémophilie. Avec plusieurs auteurs il nous paraît même beaucoup plus juste de ne parler que de *maladies* ou d'*états hémophiles*. Néanmoins, après qu'on a éliminé toutes les affections hémorrhagipares — brightisme, cardiopathies, leucémie, paludisme, hystérie, infections diverses, maladie de Werlhoff, scorbut, etc., etc. —, il reste un groupe morbide caractérisé par la tendance pure et simple des malades à « saigner » plus ou moins abondamment, plus ou moins facilement, en dehors de tout état dyscrasique ou infectieux déterminé. Que ce groupe soit homogène, nous sommes le premier à en douter, mais il est à peu près certain que toute tentative de subdivision serait à l'heure actuelle prématurée.

I

On nous permettra de glisser rapidement sur l'histoire de l'hémophilie chez la femme, car cette histoire ne se sépare guère de celle de l'hémophilie en général.

Celle-ci est sans doute fort anciennement connue, peut-être même depuis les temps bibliques, puisque M. Rothschild (de Munich) nous apprend que le Talmud de Babylone dispensait de faire circoncire un enfant dont les deux aînés auraient succombé à la circoncision. Il n'en faut pas moins arriver à la fin du dix-huitième siècle pour trouver un médecin — Fordyce — qui, pour la première fois, signale l'hémophilie chez la femme. Jusqu'au début du dix-neuvième siècle, les auteurs avaient été tellement frappés de l'étrange prédilection de la diathèse hémorrhagique pour le sexe masculin, que Nasse rédigea cet aphorisme, passé depuis à l'état de dogme ou peu s'en faut : « Les femmes, issues de familles hémophiles et mariées à des individus exempts d'hémophilisme, peuvent transmettre cette prédisposition à leurs enfants, mais pas plus sur elles-mêmes que sur une personne du sexe féminin en général ne s'observe pareille prédisposition. » (1).

Ces lignes de Nasse — écrites en 1820 — ne tardèrent pas cependant à être démenties. Rösch, Mende et surtout Grandidier recueillirent bientôt d'assez nombreux exemples d'hémophilie chez la femme. Comme on le sait, Grandidier a réuni dans les éditions successives de sa monographie (2) la plupart des documents connus sur cette diathèse; aussi trouve-t-on indiquées dans son ouvrage presque toutes les formes que l'hémophilie peut affecter chez la femme. Néanmoins, tout en rompant avec la loi de Nasse, il admet toujours la prédominance de l'affection dans le sexe masculin et semble porté à croire que les états hémophiles sont beaucoup plus bénins chez la femme que chez l'homme : sur les trois degrés qu'il décrit, « le troisième ou dernier degré, dit-il, se caractérise par la tendance aux ecchymoses spontanées et se rencontre principalement chez les femmes qui sont alors en général trop précocement ou trop abondamment menstruées ».

(1) Nous empruntons ces détails historiques au travail plus loin cité de M. Kolster.

(2) L. Grandidier. Die Hämophilie oder Bluterkrankheit. Leipzig, 1855.

C'est M. Kehrer (1), en 1876, qui le premier eut le mérite, dans un mémoire très complet, d'attirer l'attention sur l'hémophilisme de la femme et sur les dangers que celle-ci court de ce chef lors de l'accouchement.

Parmi les travaux suivants, nous mentionnerons un article de Puech (2) qui, bien que ne se rapportant pas immédiatement à notre sujet, le touche de fort près, au moins par une observation. Vinrent ensuite les dissertations inaugurales de MM. Schumann (3) et Harder (4), l'article de M. Wiener (5), celui de M. Stumpf (6), la thèse de M. Marcu (7) et le mémoire de M. Kolster (8). Ce dernier travail, s'il est moins riche en documents personnels que celui de M. Kehrer, est de beaucoup le plus important par le nombre et la mise en œuvre des matériaux.

II

Un fait admis jusqu'ici sans conteste est la prédominance des sujets de sexe masculin parmi les hémophiles. Dans le relevé généalogique le plus considérable que nous possédions, celui de M. Hössli (9), qui est consacré à la fameuse famille hémophile de Tenna — famille dont l'auteur a pu étudier l'histoire pendant près de trois siècles —, on compte environ 400 personnes dont 26 hémophiles et, sur ce nombre, à s'en rapporter aux publications antérieures de Vieli, de Grandidier ou au travail de M. Hössli lui-même, il n'y a que 2 ou 3 sujets féminins. Dans la famille Mampel, étudiée par plusieurs observateurs et notamment par M. Lossen pendant quatre générations (10), 212 membres ont fourni 37 hémophiles, tous masculins.

Le même fait ressort des tableaux généalogiques annexés au mémoire de M. Kolster, tableaux où figurent 50 familles hémophiles suivies pendant deux générations au moins. Ces 50 familles comptaient au minimum (11) 715 membres du sexe masculin et 613 du sexe féminin : elles ont fourni 359 hémophiles appartenant au premier contre 57 du second, ce qui attribue à la femme 13.7 % seulement de la morbidité totale : autrement dit 1 femme serait atteinte contre 6 hommes environ.

Grandidier et Dunn, il est vrai, admettent respectivement les proportions de 6.6 % et 8 %. Nous pensons cependant que celle de 13.7 % est plus exacte que ces dernières. Chez la femme, en effet, l'hémophilie a, comme nous le dirons, une allure un peu voilée; si donc, à l'exemple de Grandidier et Dunn, on établit des statistiques en y comprenant les cas isolés, sans histoire généalogique, on a grand'chance de n'y faire figurer que des hommes, la diathèse étant beaucoup plus bruyante chez ceux-ci.

(1) F. A. Kehrer. Die Haemophilie beim weiblichen Geschlechte. (*Arch. f. Gynäkol.*, 1876, X, 2.)

(2) A. Puech. Du purpura hémorrhagique étudié au point de vue de ses rapports avec la menstruation et la grossesse. (*Ann. de gynécol.*, oct. 1881.)

(3) E. Schumann. Ueber hämorrhagische Diathese und deren Beziehung zur Gravidität. (*Thèse de Berlin*, 1883.)

(4) Harder. Ein Fall von menstrueller Verblutung. (*Thèse de Kiel*, 1885.)

(5) M. Wiener. Ueber hämorrhagische Erkrankungen bei Schwangeren und Wöchnerinnen. (*Arch. f. Gynäkol.*, 1887, XXXI, 2.)

(6) M. Stumpf. Ueber hämorrhagische Erkrankungen im Wochenbette und während der Menstruation. (*Arch. f. Gynäkol.*, 1889, XXXIV, 1.)

(7) L. A. Marcu. Quelques considérations sur l'hémophilie; les hémorrhagies qu'elle provoque après l'accouchement et leur traitement. (*Thèse de Paris*, 1892.)

(8) R. Kolster. Om hämofili hos qvinnor. (*Finska läkaresällskapets handlingar*, mars 1895.)

(9) A. Hössli. Geschichte und Stammbaum der Bluter von Tenna (Canton Graubünden). (*Thèse de Bâle*, 1885.)

(10) H. Lossen. Die Bluterfamilie Mampel in Kirchheim bei Heidelberg. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1905, LXXVI, 1, et *Semaine Médicale*, 1905, p. 124.)

(11) Nous disons « au minimum », car il arrive assez souvent que le nombre des enfants, dans certaines branches, n'est pas spécifié.

Cela veut-il dire que la proportion de 13.7 % soit l'expression de la réalité? Nous ne le pensons pas et nous en dirons plus loin les raisons (1). Remarquons simplement que, d'après von Rittershain (2), l'hémophilie des nouveau-nés frapperait les deux sexes à peu près également : 106 garçons contre 100 filles.

Pour ce qui est de l'influence ethnique, bornons-nous à rappeler que les races germaniques ou anglo-saxonnes seraient plus souvent atteintes que les races dites latines. On a, de plus, observé la diathèse en question chez le nègre, aussi bien chez celui des Etats-Unis (3) que chez celui de la côte occidentale d'Afrique (4). Il semble, enfin, que les Israélites, ainsi que les prescriptions du Talmud paraissent déjà l'indiquer, soient notablement plus exposés que les autres (5) : parmi nos observations, peu nombreuses pourtant, se trouvent en effet deux Juives.

L'hérédité, comme on le sait, est un des facteurs les plus évidents de l'étiologie hémophilique. Nous avons, il est vrai, recueilli d'assez nombreuses observations détaillées — par exemple celles de Gossmann (6), Mende (7), Kehrer (8), Liégey (9), Doutrelepont (10), Schumann — où cette hérédité fait apparemment défaut. Mais, bien qu'il doive exister des cas d'hémophilie acquise, il est probable qu'ils sont extrêmement rares. En effet, l'hémophilie procède souvent par « bonds », autrement dit elle saute une génération. La célèbre famille des hémophiles de Tenna nous en offre un remarquable exemple : pour un de ses membres, il faut remonter à quatre générations en arrière avant de trouver un ancêtre hémophile.

La raison de ces bonds est assez facile à trouver. On a depuis longtemps montré que si l'hémophilie atteint surtout les garçons, elle se transmet de préférence par les filles : suivant l'expression de Grandidier, la femme est un excellent « conducteur », ou, comme dit M. Kehrer, l'hérédité de l'hémophilie s'opère beaucoup plus par voie « cognatique » que par voie « agnatique ». Supposons donc un sujet hémophile : ses filles ne seront que peu ou pas touchées par la diathèse, mais ses petits-fils, par contre, en seront souvent atteints.

La loi de Nasse est donc la constatation de ces « bonds » de grands-parents à petits-enfants par l'intermédiaire des femmes. Elle souffre du reste des exceptions encore plus nombreuses qu'on ne le croyait jusqu'ici. Sur 46 familles

(1) Une première preuve cependant que l'hémophilie masculine attire plus l'attention que la féminine, c'est que les relevés familiaux, empruntés à M. Kolster, ne donnent que 613 femmes contre 715 hommes, ce qui est une proportion beaucoup trop faible. Remarquons aussi que dans une statistique formée de cas récents, celle de M. W. Stempel (*Centr.-Bl. für die Grenzgebiete der Med. u. Chir.*, 20 sept. 1900), on compte déjà 42 femmes sur un total de 209 malades, soit une proportion de 20 %.

(2) Von Rittershain (*Oesterreich. Jahrbuch f. Pædiatrik*, 1871, I, p. 127), cité d'après M. F. A. Kehrer.

(3) Walter R. Steiner. Hemophilia in negro. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, fév. 1900.)

(4) Heymann. Ein Fall von Haemophilie. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1859, XVI, 1-2.)

(5) B. H. Stephan. Sterfte en ziekten bij joden en niet-joden. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 24 déc. 1904, et *Semaine Médicale*, 1905, p. 84.)

(6) Cité par M. Stumpf (*loc. cit.*).

(7) Mende. Geschichte eines Bluters. (*Mitteil. aus dem Archive der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga*, in *Schmidt's Jahrbücher*, 1840, XXVIII, 1, p. 127.)

(8) F. A. Kehrer (*loc. cit.*, obs. I).

(9) Liégey. Observations relatives à la diathèse hémorrhagique ou hémophilie. (*Journ. de méd., de chir. et de pharmacol. de Bruxelles*, août et sept. 1879, obs. I.)

(10) Doutrelepont. Ovariotomie bei einer Bluterin; Heilung; Blutung der Operationsnarbe vier Wochen nachher. (*Niederrhein. Gesellschaft f. Natur- u. Heilkunde zu Bonn*, in *Berlin. klin. Wochensch.*, 28 mai 1883.)

permettant d'étudier cette loi, M. Kolster en a trouvé 18 qui s'y conformaient exactement, 16 qui la suivaient avec des exceptions, et 12 qui manquaient totalement de « conducteurs ». La loi de la conductibilité féminine ne se vérifie donc que dans les deux tiers des cas environ.

Elle est pourtant assez exacte pour que le phénomène qu'elle traduit puisse à la longue frapper les yeux même du public. Dans le pays des « saigneurs » de Tenna, le fait de cette conductibilité des femmes était tellement notoire que, durant le dernier siècle, les filles ne pouvaient plus se marier qu'à grand'peine; une des dernières représentantes de la famille dut même garder le célibat pour ce motif.

D'après ce qui précède, on conçoit qu'il doive être relativement rare de voir une mère hémophile avoir une fille également hémophile. Dans nos observations il ne se rencontre guère que 3 cas de ce genre : ceux de MM. Kolster, Legg (1) et Macnamara (2). On devrait en ajouter 2 autres — ceux de MM. Kehrer (3) et Stumpf —, mais l'hémophilisme, dans ces observations, ne se traduisait chez les mères que par des menstruations abondantes, et les auteurs n'ont pas attaché d'importance à cette particularité.

Nous venons d'exposer la doctrine de la conductibilité des femmes, telle qu'on la trouve partout reproduite. Or, les faits que nous rapporterons plus loin méritent, pensons-nous, de modifier quelque peu nos vues à cet égard. En vertu de l'hérédité croisée, la femme, c'est vrai, est un excellent conducteur de l'hémophilie à l'égard de ses rejetons mâles : ce faisant, demeure-t-elle complètement exempte pour sa part? Nous ne le croyons pas : l'hémophilie est, chez elle, latente, ou, plus exactement, on la diagnostique moins bien, et c'est là le secret de son indemnité apparente.

Quant à l'âge auquel l'hémophilie apparaît chez la femme, il ne semble pas qu'aucune période de la vie puisse en mettre à l'abri. Mende, M. Jardine (4), M. O. Müller (5) l'ont observée chez des nouveau-nés, le premier au début du troisième mois, le second au neuvième jour, et le dernier dès le premier jour de la vie extra-utérine. D'autre part, Salter (6) l'a vue ne se manifester qu'à soixante et dix ans.

La répartition des cas par âge semble indiquer pourtant certaines préférences. Sur 43 faits où l'âge et le début de l'affection sont indiqués avec exactitude, nous trouvons : de 0 à 10 ans, 15 cas; de 11 à 20 ans, 14 cas; de 21 à 30 ans, 7 cas; de 31 à 40 ans, 1 cas; de 41 à 50 ans, 2 cas; de 51 à 60 ans, 3 cas; de 61 à 70 ans, 1 cas. Il semble donc que le maximum de fréquence tombe dans les vingt premières années de la vie.

De plus, la puberté amène assez facilement l'éclosion de la diathèse : sur les 14 cas relatifs à des filles de onze à vingt ans, 9 et peut-être 10 (7) concernent des sujets entre douze et seize ans. Cette période exerce encore son action en amenant une poussée nouvelle d'hémophilie chez les individus qui en sont déjà atteints (1). Il est même probable que si l'on recherchait un peu plus l'hémophilie dans les ménorrhagies de la puberté, son influence à cette période de la vie apparaîtrait beaucoup plus marquée.

(1) J. Wickham Legg. Two cases of hæmorrhagic diathesis in woman. (*Med. Times and Gaz.*, 2 déc. 1871.)

(2) N. C. Macnamara. Remarkable history of hæmophilia; excision of the breast; recovery. (*Lancet*, 16 fév. 1884, p. 294.)

(3) F. A. Kehrer (*loc. cit.*, obs. II).

(4) R. Jardine. Hæmophilia in a newly born child. (*Brit. Med. Journ.*, 21 mars 1891.)

(5) Oscar Müller. Haemophilia congenita; tödliche Blutung aus den Augenbindehäuten. (*Arch. f. Gynäkol.*, 1893, XLIV, 2.)

(6) Hyde Salter. On hemorrhagic diathesis. (*Med. Times and Gaz.*, 15 mars 1856.)

(7) Observations de Stöckel (*Therap. Monatsh.*, déc. 1900), G. Cohen (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1890, XVII), Doutrelepont, R. von Limbeck (*Prag. med. Wochensch.*, 7 oct. 1891, 2 cas), J. W. Legg (2 cas), H. Senator (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 janv. 1891), Recht (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars 1897, p. 20), et peut-être Villard (*Marseille méd.*, août, sept. et oct. 1887.)

Chez les hémophiles, on a depuis longtemps signalé des antécédents nerveux : ils paraissent particulièrement fréquents dans le sexe féminin (2). C'est ainsi que, outre le caractère irritable ou impressionnable, très souvent mentionné, on a signalé la chorée (3); de la mélancolie (4) ou des crises convulsives (5); des angoisses avec phobies (Cohen). Chez d'autres patientes, déjà hémophiles, il ne sera pas rare de voir des chagrins (Salter), une émotion un peu vive (6), la colère (7) ramener une crise d'hémophilie.

En ce qui concerne l'état général, quelques patientes ont ce que M. Langelaan appelle l'*habitus hæmophilicus*, c'est-à-dire un teint pâle, l'aspect délicat et maladif, même avant toute hémorrhagie. Mais il semble que ce soit l'exception. Un grand nombre de ces malades paraissent même parfaitement robustes.

Pour finir — car nous nous bornons aux seules particularités relatives à la femme —, rappelons la fécondité des familles hémophiles. D'après Grandidier, la moyenne des enfants par ménage serait chez elles de 8 ou 9. M. Hansen (8), sur quatre familles danoises, a trouvé 100 enfants pour 22 ménages et juge cette proportion bien faible! Il est vrai qu'il s'agit de Scandinaves.

III

L'hémophilisme de la femme doit nous intéresser surtout en proportion de son retentissement sur les organes génitaux. Pour le reste, en effet, il n'offre rien qui le différencie notablement de celui de l'homme. Nous allons cependant rappeler brièvement ses traits généraux pour nous occuper ensuite plus spécialement de ses manifestations génitales.

Un des symptômes les plus vulgaires de l'hémophilie est l'épistaxis : chez l'homme, c'est aussi le plus fréquent; chez la femme, par contre, il est à peine plus commun que les hémorrhagies cutanées, puisque, sur 56 observations détaillées, ces dernières figurent déjà pour 27 cas.

L'épistaxis est quelquefois, bien que rarement, la seule manifestation hémorrhagique en cause : 4 malades y ont même succombé (9). Mais, le plus souvent, l'épistaxis est un symptôme habituel, en quelque sorte banal. Chez une malade de M. Kehrer il revenait d'une façon périodique, bien que sans relation avec la menstruation; chez celle de M. Bastard (10), il disparut avec l'établissement des règles. L'hémophilie n'empêche pas d'ailleurs que les hémorrhagies nasales soient, par exemple, entretenues par quelque autre cause, telle qu'un polype : c'était le cas de la patiente observée par M. Townsend (1), et il est assez curieux de noter que l'ablation de ces polypes non seulement ne s'accompagna d'aucune hémorrhagie, mais encore amena la disparition des épistaxis; la diathèse n'en continua pas moins son évolution ailleurs.

(1) Observations de F. A. Kehrer (deuxième observation citée dans le texte), H. Langelaan (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1875, 1re partie, n° 13, p. 177), Henry Finch (*Lancet*, 2 oct. 1880, obs. II).

(2) Dans son travail, M. Stempel n'en cite que 2 cas sur 167 hommes; pour un nombre de femmes moitié moins grand nous en trouvons 5 fois autant.

(3) F. A. Kehrer (*loc. cit.*, obs. II).

(4) S. J. Ross. A case of hemophilia. (*Brit. Med. Journ.*, 2 avril 1898.)

(5) A. McL. Hamilton. A contribution to the pathology of hæmophilia, especially in regard to its neurotic aspects, with the presentation of several cases in one family. (*Med. Record*, 21 nov. 1891.)

(6) F. A. Kehrer (quatrième observation publiée dans le texte).

(7) M. Anderson. Purpura hemorrhagica and metrorrhagia. (*Med. and Surg. Reporter of Philadelphia*, 28 mars 1891.)

(8) S. Hansen. Om haemophiliens arvelighed. (*Hospitalstidende*, 10 mars 1886.)

(9) Ce sont celles de MM. Low (*Brit. Med. Journ.*, 27 nov. 1886), von Limbeck et Macnamara (2 cas).

(10) H. Bastard. Hémophilie avec purpura hémorrhagique. (*Gaz. des hôpit.*, 9 nov. 1878.)

L'abondance ou la durée de ces épistaxis sont deux faits bien connus; qu'il nous suffise de citer un cas de M. Kehrer où elles se prolongèrent pendant six semaines sans interruption, et celui de M. Cohen où elles durèrent près de deux ans consécutifs. Cette dernière malade avait passé toute cette longue période avec un tamponnement presque permanent des fosses nasales et, chose curieuse, elle avait des épistaxis et des métrorrhagies (!) sitôt qu'on détamponnait ses narines.

Du côté de la peau, on peut tout d'abord observer du purpura ou des taches pétéchiales. Mais, plus souvent encore peut-être, on rencontre des « bleus », de véritables hématomes sous-cutanés plus ou moins étendus. La simple pression d'une partie du corps suffit parfois à les amener; chez deux fillettes observées par M. Kolster et par M. Kehrer, des hématomes occipitaux ou occipito-cervicaux s'étaient développés sous cette influence. L'épanchement reste souvent liquide, mais, même chez une hémophile, il peut se coaguler et former une tumeur dure (Cohen).

Après ou en même temps que les hémorrhagies cutanées, sous-cutanées ou interstitielles, on peut observer des hémorrhagies externes, d'une durée ou d'une abondance anormales et survenant, comme toujours, à l'occasion des causes les plus futiles (coupures, piqûres de sangsues, plaies de vésicatoire, simple contusion cutanée, plaie ombilicale des nouveau-nés, piqûres de moustiques, etc.).

Les hémorrhagies se produisant par un épiderme absolument intact doivent faire soupçonner l'hystérie. Il est vrai que les deux affections peuvent coïncider, comme dans le cas de M. Cohen.

Après les hémorrhagies par le nez et la peau, les plus communes sont celles du tube digestif. Tantôt, elles sont spontanées et se produisent par les gencives, l'estomac ou l'intestin, sous forme respective de crachements sanguinolents, d'hématémèse ou de melæna. Tantôt, elles ont une origine traumatique et font suite, par exemple, aux extractions dentaires. Chez la femme, ce dernier genre d'accident paraît moins commun que chez l'homme : la seule différence provient peut-être de ce que, la dentition féminine étant généralement en meilleur état que celle de l'homme, les avulsions sont plus rarement nécessaires.

Les hémorrhoïdes n'ont donné lieu que deux fois à des pertes abondantes — elles n'ont même semblé se produire qu'à la faveur de la fluxion menstruelle —, dans les cas de Quadrat (2) et Ursing (3). La rareté de ces sortes d'hémorrhagies peut à bon droit surprendre, si l'on tient compte de la fréquence des hémorrhoïdes chez la femme. Mais il est très possible que les ménorrhagies leur servent de dérivatif.

Du côté de l'appareil urinaire — abstraction faite des cas d'hémophilie rénale, sur lesquels nous reviendrons —, on peut observer des hématuries typiques, c'est-à-dire avec présence de globules rouges dans l'urine : elles sont certainement l'indice d'une hémophilie grave et généralisée. MM. Kolster, Schumann, Salter, Kehrer en ont rapporté des exemples.

Un fait qui n'a pas toujours attiré l'attention

(1) Ch. W. Townsend. A case of hæmophilia as observed at the first menstrual period. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 27 nov. 1890.) — La suite de cette observation a été publiée par M. H. F. Vickery (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 11 mars 1897).

(2) Quadrat. Fälle von Hämorrhaphilie. (*Oesterreich. med. Wochensch.*, 1841, p. 769-775.)

(3) Ursing. Cité par M. Stumpf.

des observateurs est celui de la quantité des urines sécrétées par les hémophiles : la plupart d'entre elles cependant doivent présenter de l'oligurie, vu les abondantes soustractions liquides qu'elles subissent. C'est ainsi que la malade de M. Cohen qui, trois mois durant, perdit une livre de sang par jour, qui avait de dix à quatorze selles dans les vingt-quatre heures et éliminait ainsi quotidiennement 4 litres de liquide, n'émettait que de 250 à 500 grammes d'urine tout au plus par jour, et la densité en était tombée à 1,002 ou 1,005. Dans ces conditions, on comprend la soif atroce qui torture les grandes hémophiles, telles que celles de MM. Schumann, Anderson, Townsend.

Quand les hémorrhagies que nous venons de passer rapidement en revue présentent une pareille intensité, il ne faut pas s'étonner si les malades finissent par succomber à une anémie aiguë : nons en avons relevé 11 faits (1).

Il n'est pas rare cependant de constater des améliorations ou des guérisons, parfois inespérées. Dans les cas légers, il semble même que les guérisons soient assez fréquentes : en effet, dans l'anamnèse des malades, il est souvent fait mention de parents qui, après une ou deux manifestations hémophiliques, sont demeurés parfaitement indemnes. Il ne faudra cependant jamais oublier que l'hémophilie est une affection récidivante au premier chef.

Tous les médecins, pensons-nous, ont certainement remarqué la résistance particulière de la femme à l'égard des interventions chirurgicales, et notamment du shock et des hémorrhagies. Il est donc intéressant de se demander si, à l'égard de l'hémophilie, la femme se comporte autrement que l'homme. Les tables généalogiques dressées par M. Kolster vont nous permettre de répondre à cette question. D'après ces relevés, 15 femmes succombèrent par hémorrhagie contre 112 hommes : le sexe féminin fournit donc 11.8 % des décès. Or, si l'on se rappelle que, d'après les mêmes tables, les cas féminins représentent 13.7 % du total des cas d'hémophilisme, on voit que la femme succombe moins souvent que l'homme à l'hémorrhagie. On pourrait objecter, il est vrai, que les formes féminines de l'hémophilie sont moins sévères. Nous ne le croyons pourtant pas, car nous avons cité ou citerons nombre d'observations d'hémophilie féminine extrêmement graves. De plus, la femme est exposée aux hémorrhagies génitales qui peuvent présenter une abondance dont on ne connaît guère d'analogue dans le sexe masculin.

Parmi les complications de l'hémophilie, il est d'usage de signaler les épanchements sanguins qui se forment dans les jointures et dont König nous a laissé une excellente description. Ce furent, en effet, les arthrotomies et les résections favorisées par l'antisepsie qui vinrent montrer la véritable nature de ces soi-disant rhumatismes et tous les dangers d'une méprise diagnostique. König croyait que ces complications articulaires étaient l'apanage du sexe masculin, et il n'y a pas bien longtemps M. Manteuffel (2) le répétait encore. M. Langelaan, M. Kolster, M. Legg, M. Cohen, M. Schumann, M. Jardine, M. Hamilton ont cité cependant des exemples de tuméfaction articulaire chez les femmes hémophiles. De même que chez l'homme, on les rencontre surtout chez les sujets jeunes : la malade de M. Jardine n'avait même que dix-huit jours ; celle de M. Kolster, que trois ans et demi; les autres ont de quinze à vingt ans; la plus âgée, celle de M. Schumann, en avait trente-deux.

Rappelons que le pronostic de ces lésions est grave, puisque, sur les 7 malades que nous venons de citer, 2 moururent.

(1) Observations de Mende, Salter (obs. II et III), Kehrer (obs. II et III), Townsend et Vickery, Schumann, Macnamara, von Limbeck, Langelaan, Low.

(2) J. R. Manteuffel. Des épanchements sanguins articulaires chez les hémophiles (en russe). (*Vratch*, 24 juin, 1er et 8 juillet 1900.)

IV

Il nous faut maintenant étudier le fonctionnement des organes génitaux, et les accidents dont ils peuvent être le siège, chez les femmes hémophiles. Mais, auparavant, il convient de faire la même recherche en ce qui concerne les « conducteurs », c'est-à-dire ces femmes qui, réputées bien portantes, ont transmis la diathèse de leurs ascendants à leur progéniture mâle. Nous y gagnerons des données instructives et capables, pensons-nous, de modifier quelque peu nos conceptions à leur égard.

Les documents à ce relatif ne sont pas très nombreux; raison de plus pour les dépouiller soigneusement.

Dans une observation de M. Stumpf (obs. I), il est dit que la mère, non hémophile, avait des menstruations abondantes.

Dans une autre de M. Kehrer (obs. II), la mère, bien portante, avait été abondamment et précocement menstruée.

L'observation de M. Senator mentionne trois tantes de la malade, lesquelles avaient eu des menstruations très abondantes, bien qu'elles n'eussent jamais eu d'hémorrhagie. Il en était de même pour la grand'mère qui avait été, de plus, réglée jusqu'à l'âge de cinquante-sept ans.

Dans une famille, étudiée par M. Hansen, la mère avait été menstruée de bonne heure, mais sans anomalie : elle avait eu dix grossesses dont deux fausses couches, ce qui, peut-être, n'a rien d'excessif; durant ses couches, elle n'avait jamais eu d'hémorrhagie sérieuse, bien qu'elle ait eu une fois un placenta prævia. Mais une de ses filles fut précocement menstruée et une autre mourut au second jour de ses couches; nous ignorons cependant si ce fut d'hémorrhagie.

Chez les hémophiles de Tenna, Vieli a signalé une femme sujette aux métrorrhagies.

Dans la famille Neidhart, Grandidier cite une petite fille réglée à huit ans; la mère avait des mentrues très abondantes.

Af Schultén et M. Kolster ont connu une femme, de souche hémophile, qui était réglée abondamment depuis l'âge de douze ou treize ans.

M. Köhler parle d'une hémophile dont la mère et la sœur présentaient des menstruations profuses.

Enfin, M. Sahli (1) signale que les 6 tantes d'un homme hémophile avaient des règles d'une extrême abondance.

Par contre M. Oliver (2) mentionne 2 et M. Legg 3 sujets dont les menstruations étaient régulières : dans les cas de ce dernier auteur elles étaient même rares ou peu abondantes (3).

Si nous résumons ces quelques données, nous voyons que, sur ces 26 femmes non hémophiles en apparence, mais de souche hémophilique, la menstruation était précoce ou abondante dans 19 cas; normale dans 3; rare ou peu abondante dans 3; de quantité inconnue dans un.

Nous pouvons donc conclure que, dans les familles hémophiles, les femmes ayant échappé aux manifestations vulgaires de la diathèse ont néanmoins une tendance à être menstruées de bonne heure ou avec abondance (4). La réciproque n'est pas vraie : cependant, forts des observations précédentes, nous devrons toujours penser à l'hémophilie, quand nous rencontrerons une femme aux menstrues abondantes ou prolongées.

En ce qui concerne les hémophiles elles-mêmes, les données sont un peu plus nombreuses.

Sur 42 observations, dont 3 personnelles et inédites, la menstruation était peu abondante dans 3 cas, normale dans 10, surabondante (1) dans 29. Les femmes hémophiles ont donc le plus souvent des menstrues surabondantes. Il nous a semblé de plus, mais ceci sous réserves, que les menstrues sont surabondantes de préférence chez les « petites » et les « grandes » hémophiles.

Quant à l'âge de la première menstruation, il est d'usage de répéter, après Grandidier, qu'il est généralement précoce. On trouve, en effet, d'assez nombreux exemples de cette règle. Cependant, si aux relevés de M. Kolster, qui portent sur 17 cas, nous joignons 9 nouveaux faits recueillis ou observés par nous, nous trouvons un âge moyen d'un peu moins de 14 ans (exactement 13.9 ans) pour le début de la menstruation. La précocité des jeunes filles hémophiles est donc *en moyenne* assez rare.

Quant à la ménopause, les faits dont nous disposons sont si peu nombreux qu'autant peut-être vaudrait n'en pas parler. Signalons pourtant une observation ancienne de Nasse (2), d'après laquelle une grand'mère, une fille et une petite-fille de famille hémophile eurent, à leur âge critique, des ménorrhagies tellement abondantes que les deux premières y succombèrent et que la dernière n'échappa qu'à grand'peine.

Chez les grandes hémophiles, les règles ou leur établissement sont l'occasion de pertes énormes. Une malade de M. Legg, par exemple, eut, à la suite d'une période, une ménorrhagie qui ne dura pas moins de six semaines. Mais cette métrorrhagie n'est pour ainsi dire rien à côté de celles que subit la malheureuse jeune fille observée successivement par M. Townsend et par M. Vickery : les règles s'étaient établies à treize ans et devinrent rapidement d'une profusion telle que la malade avait besoin chaque fois d'une *centaine* de serviettes; trois fois seulement elle put se contenter de trente-six serviettes! Et elle avait en outre des hémorrhagies par le nez, la peau, le tissu cellulaire souscutané. Elle succomba à dix-neuf ans.

Il est relativement commun, en effet, de voir ces métrorrhagies se terminer par la mort : en outre du cas précédent, Grandidier, Harder, Langelaan, Nasse ont observé pareil aboutissant.

On note assez souvent une certaine alternance entre les diverses hémorrhagies des hémophiles. Mais, à cet égard, l'influence des règles semble à peu près négative. Si les autres hémorrhagies se suspendaient lors de la menstruation dans les faits de M. Langelaan et de M. Bastard, dans ceux d'Ursing, de M. Kehrer (obs. II), de M. Gossmann on vit persister les épistaxis, les ecchymoses ou telle autre manifestation de la diathèse.

Abstraction faite des cas de menstruation précoce, on peut observer enfin chez les toutes jeunes filles — et même chez les enfants — des pertes génitales plus ou moins accidentelles, comme dans le cas de M. Kolster, où il s'agissait d'une fillette de trois ans et demi.

V

Les femmes hémophiles ayant en général des menstrues abondantes ou des ménorrhagies, on

(1) H. Sahli. Ueber das Wesen der Hämophilie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1905, LVI, 3-4, et *Semaine Médicale*, 1905, p. 335.)

(2) Thomas Oliver. Clinical notes on hæmophilia. (*Lancet*, 18 sept. 1886.)

(3) Chez la mère d'un hémophile, M. Wright aurait trouvé que le sang jouissait d'une coagulabilité normale. — Voir : A. Wright. Remark on method of increasing and diminishing the coagulability of the blood. (*Brit. Med. Journ.*, 14 juillet 1894.)

(4) Dans le relevé précédent nous avons négligé la plupart des observations où il était dit que telle ou telle femme était « bien portante ». Cette épithète ne veut nullement dire que les menstrues ne fussent pas plus abondantes que de raison, car bien des femmes dont les époques durent plus de cinq ou six jours n'y attachent nulle importance, si même elles ne s'en estiment pas plus vigoureuses.

(1) Par surabondantes, nous entendons celles où la perte de sang est considérable ou dont la durée dépasse cinq jours, chiffre en deçà duquel se trouvent la majorité des femmes.

(2) Nasse. Von einer erblichen Neigung zu tödlichen Blutungen. (*Arch. f. med. Erfahr.*, 1820, I, p. 385-434.)

ne sera pas surpris si leurs couches s'accompagnent de nouvelles pertes.

Mais, avant de nous occuper de ce point, voyons de nouveau comment se passent les couches des « conducteurs », c'est-à-dire des ascendantes ou des collatérales de ces malades.

A l'égard des femmes appartenant à des familles hémophiles, mais en apparence exemptes de la diathèse, nous n'avons que peu d'éléments d'information. D'après les observations de Mende, de MM. Müller, Jardine, Hansen, 4 femmes rentrant dans cette catégorie eurent 17 accouchements à terme et 2 fausses couches, le tout sans hémorrhagie ni accidents notables. On pourrait donc conclure que, chez les femmes en question, la délivrance se passe normalement. Toutefois, dans une observation ancienne de Heyfelder (1), il est dit que la mère et la grand'mère avaient fait plusieurs fausses couches, à la suite desquelles elles avaient eu d'abondantes hémorrhagies; dans une autre, de Martin (2), une accouchée, issue de famille hémophile, eut une perte mortelle; et dans une plus récente, de M. Garstang (3), la sœur d'un hémophile, âgée de vingt-cinq ans, avait eu déjà 4 fausses couches et donné le jour à un enfant qui succomba à huit mois.

Quant aux femmes présentant des manifestations personnelles d'hémophilie, nous avons relevé à leur actif 139 grossesses, sans parler de quelques observations où le nombre de celles-ci n'est pas spécifié.

Ces 139 grossesses se répartissent de la façon suivante : 29 avortements (dont 1 provoqué par suite de la gravité de l'état général); 2 accouchements prématurés; 1 décollement prématuré du placenta, presque à terme; 2 accouchements gémellaires; 98 accouchements normaux à terme; 6 mort-nés (dont 1 hydrocéphale); 1 grossesse interrompue par la mort de la femme (par suite d'hémorrhagies).

Des chiffres précédents, il ressort donc que, chez les femmes hémophiles, l'avortement offre une certaine fréquence. Quelques accoucheurs admettent, en effet, qu'il y a un avortement sur 5 ou 6 grossesses, mais M. Ribemont-Dessaignes pense que cette proportion est exagérée. Or, dans le tableau ci-dessus, on voit qu'il y a 29 avortements contre 106 grossesses à terme ou presque à terme, c'est-à-dire 1 sur moins de 5 grossesses (4).

Toutefois, il est à remarquer que la grande majorité de ces avortements se rencontrent chez les mêmes femmes. Ainsi, une malade de M. Kehrer (obs. II) compte 3 avortements sur 4 grossesses; une autre du même auteur (obs. I) 2 sur 3; celle de von Limbeck, 3 sur 3; celle de Heyfelder, 3 sur 3; une de celles de Grandidier, 4 sur 6, et celle de M. Garstang, 4 sur 5. Sur les 29 cas précédents d'avortement en voici donc 19 qui se rencontrent chez seulement 6 femmes. Il y a par suite une hémophilie féminine à tendance abortive : c'est là un facteur d'avortement à répétition que les accoucheurs ne semblent pas encore connaître.

L'opinion de Grandidier, d'après laquelle les femmes hémophiles iraient habituellement à terme, est donc sujette à une petite restriction : c'est vrai pour la plupart, mais, pour les autres, c'est l'avortement en quelque sorte chronique qui devient leur partage. Chez celles-ci, il est infiniment probable que la cause des fausses couches multiples doit être cherchée dans des hémorrhagies du chorion ou du placenta.

Quant à la façon dont la diathèse se comporte pendant la grossesse, elle est des plus variables. Ce qui semble assez commun, c'est de voir, par exemple, les épistaxis persister. Une parturiente de M. Legg eut des hémoptysies et du purpura; une autre, de M. Kehrer, des hématuries. Le fait observé par Mutzenbecher (1) est le seul, à notre connaissance, où les menstrues aient persisté après la fécondation. Nous ne connaissons qu'un cas de mort pendant la grossesse, celui d'Addison, où la gravidité n'interrompit pas la diarrhée chronique, le melæna, les hématémèses et les épistaxis déjà existants.

Tout compte fait, et en exceptant les hémophilies suraiguës, la grossesse est donc une période relativement favorable pour les femmes hémophiles. Au premier abord, ce résultat semble paradoxal, mais, si l'on réfléchit que la gestation amène une augmentation de la plasticité du sang, le phénomène paraît plus explicable.

On ne peut pas s'exprimer aussi favorablement pour les *suites* de couches, car l'accouchement proprement dit paraît encore se passer normalement.

Le grand danger que courent les femmes hémophiles en couches, c'est toujours la métrorrhagie. En joignant aux 139 accouchements signalés plus haut ceux dont nous ne connaissons le total que d'une façon approximative, on obtient environ 150 délivrances, qui donnèrent lieu à 69 hémorrhagies *post partum* précoces, ou qui s'accompagnèrent de lochies d'une abondance ou d'une durée anormales. On n'exagère donc pas en disant que, chez les femmes un tant soit peu hémophiles, un tiers des accouchements au moins se complique d'hémorrhagie. Notons aussi que dans 2 cas l'allaitement dut être suspendu, en raison des hémorrhagies utérines ou autres qu'il semblait provoquer (2).

Plus rares sont les hémorrhagies post-partum tardives. On sait que, vers le quinzième jour, en moyenne, les lochies redeviennent rouges. Mais ce n'est là qu'une moyenne. On peut donc imputer au « petit retour de couches » les hémorrhagies qui se produisirent vers le huitième, le quatorzième, le quinzième ou le dix-neuvième jour chez les accouchées de Quadrat, de M. Legg et de M. Stumpf. Chez une malade de M. Kehrer ce fut lors du retour de couches proprement dit — c'est-à-dire au bout de cinq ou six semaines — que se manifestèrent seulement quelques tendances hémorrhagiques.

En somme, ce sont surtout les hémorrhagies primitives, celles qui accompagnent ou suivent de près la délivrance, qui sont le plus communes. Les hémorrhagies secondaires ou tardives sont beaucoup plus rares. Par contre, les premières peuvent se continuer sous forme de pertes lochiales pendant plus ou moins longtemps, jusqu'à sept semaines, ainsi que dans le cas de M. Gossmann. Mais, ici comme partout, l'hémophilie a ses caprices : nous voyons, par exemple, une parturiente de M. Hansen et une autre de M. Oui accoucher sans incidents, bien que le placenta fût inséré sur le segment inférieur.

On ne s'étonnera pas que ces hémorrhagies, dont l'abondance et la durée sont parfois extrêmes, puissent avoir, à la longue, une issue mortelle. Une malade de von Limbeck se « saignait à blanc » après chacune de ses couches — et elle en eut 14! Aussi, lors des dernières, elle contracta une métrorrhagie chronique qui finit par l'emporter. En plus de ce cas, nous comptons 8 autres morts dues à des hémorrhagies post-partum : elles concernent des malades de Martin, de Grandidier, de MM. Kehrer (2 faits), Börner, Schumann, Hansen.

Ce qu'il y a d'étrange, c'est parfois l'extraordinaire résistance de ces parturientes : une de celles de M. Kehrer avait été prise d'épistaxis dès le début du travail; l'hémorrhagie nasale disparut après l'accouchement, mais fut bientôt remplacée par des métrorrhagies; à l'égard de ces dernières, la malade fut traitée par tous les moyens possibles et, de temps à autre, on arrivait à ramener la contractilité de la matrice qui expulsait alors un énorme caillot, véritable moule de la cavité utérine : l'infortunée patiente en expulsa ainsi dix-huit en l'espace d'un mois et demi. Elle ne mourut qu'au bout de ce temps.

Enfin, pour compléter ce qui a trait aux hémorrhagies génitales, rappelons le cas de Wachsmuth (1) qui vit une Juive de vingt ans, issue de famille hémophile, succomber la nuit de ses noces à l'hémorrhagie provoquée par la déchirure de l'hymen.

VI

Nous nous sommes occupés jusqu'ici de l'hémophilie générale et de ses diverses manifestations chez la femme, notamment sur les organes génitaux. Dans toutes ou presque toutes les observations que nous avons citées, le diagnostic fut relativement facile, soit parce qu'il existait des commémoratifs indiscutables, soit parce que les patientes offraient ou avaient offert des hémorrhagies au niveau de plusieurs organes à la fois.

Dans les lignes qui vont suivre, nous désirons attirer l'attention sur ce que M. Kolster appelait déjà des *hémophilies rudimentaires* et que, suivant les circonstances, on pourrait appeler des *hémophilies frustes* ou *locales*.

Il est possible que ces formes existent aussi chez l'homme : bien des patients, par exemple, n'ont que des saignements de nez. Mais, quand les hémorrhagies affectent pour siège la matrice, gravide ou non, la difficulté de se rendre compte *de visu* de l'état de l'organe fait qu'on attribue le plus souvent les pertes sanguines à de la métrite, de la sclérose utérine, un polype, une fausse couche, etc. Or, dans bien des circonstances, c'est l'hémophilie qui est en cause — au moins à titre adjuvant — et on peut s'en apercevoir à plusieurs indices dont les principaux sont : l'absence de toute lésion anatomique de quelque importance, l'abondance habituelle des menstrues, les fausses couches antérieures ou à répétition, et enfin l'existence d'hémorrhagies diverses, graves ou légères, chez la malade elle-même ou chez d'autres membres de sa famille.

Nous allons tout d'abord nous occuper des hémorrhagies de l'utérus puerpéral.

Voici le premier fait qui attira notre attention sur ce point :

Il y a quelques années, nous fûmes appelé en consultation auprès d'une jeune femme, déjà mère de plusieurs enfants, et qui, enceinte de quatre mois, présentait depuis deux mois des métrorrhagies. Celles-ci étaient devenues peu à peu continues, mais leur abondance était modérée. D'accord avec deux autres médecins, nous proposâmes l'avortement provoqué; pensant toutefois que le fœtus avait dû succomber, que la situation n'était pas urgente et que l'expulsion se ferait peut-être spontanément, nous laissâmes indécise la date du curettage. Cette jeune femme, apprenant qu'on devait la curetter, se dit que le plus tôt serait le mieux : elle fit donc appeler un autre chirurgien — d'ailleurs des plus expérimentés — qui se mit en devoir de la curetter. Mais, l'opération terminée, l'utérus commença à saigner et, en dépit des mesures les plus énergiques, la malade succombait à une hémorrhagie incoercible trois ou quatre heures après l'intervention.

Cette femme n'était pas hémophile au sens ordinaire du mot; à dire vrai, je n'avais pas pris soin de m'informer exactement de son hérédité ou de sa menstruation. Cependant, pour expliquer une mort aussi brutale, sous les yeux mêmes de personnes compétentes, je ne trouvai pas d'autre raison qu'une hémophilie, au moins temporaire, de l'organe ou de la ma-

(1) Cité d'après M. F. A. Kehrer.

(2) Cité d'après M. F. A. Kehrer.

(3) Garstang. A case of traumatic hernia and one of hæmophilia. (*Lancet*, 25 avril 1896.)

(4) Qu'on remarque que nous avons compté comme accouchements à terme beaucoup d'accouchements sur lesquels les détails manquent ou dont le fœtus était mort-né. La proportion indiquée est donc un minimum.

(1) Cité par M. F. A. Kehrer.

(2) Ce sont les observations de MM. Legg et Köhler

(1) Cité par M. F. A. Kehrer.

lade, car je ne pouvais croire qu'un utérus au quatrième ou au cinquième mois de la grossesse fût à ce point dépourvu de contractilité. Et cette opinion me paraît pleinement justifiée par les faits que j'ai colligés depuis lors.

C'est ainsi que, dans une observation de M. De Lee (1), une prostituée — syphilitique, il est vrai — expulsa un fœtus mort-né à six mois de grossesse. La délivrance venait de se faire, quand une hémorrhagie profuse survint : *l'utérus était pourtant dur*. La malade fut tamponnée et retamponnée, mais le sang coulait toujours et paraissait totalement dépourvu de coagulabilité. Cette femme fut sur le point de succomber; elle finit cependant par se rétablir.

Dans ce cas on ne peut accuser l'inertie, puisque l'utérus était dur, ni la sclérose, car le sang lui-même manquait de plasticité. Donc, bien que la patiente n'avouât aucun commémoratif hémophilique, nous pensons que la diathèse était ici en jeu, que la syphilis en eût ou non facilité l'entrée en scène.

Un cas de M. Ahlfeld (2) se rapproche encore plus exactement du nôtre; malheureusement il n'y est pas fait mention de l'hérédité ni des caractères de la menstruation. Une femme enceinte, âgée de vingt-neuf ans, avait eu déjà trois grossesses, terminées toutes trois par avortement ou accouchement prématuré. Désireuse d'éviter une nouvelle fausse couche, cette femme entre dans une clinique universitaire, où, vers le sixième ou septième mois, le travail se déclare et où elle accouche. Après l'expulsion de l'enfant survient une hémorrhagie qui s'aggrave peu à peu et finit par emporter la patiente sous les yeux et en dépit des soins de tout le personnel médical de la clinique, présent depuis la délivrance. La malade perdit 2,065 c.c. de sang en trois heures de temps. L'analyse du sang fut pratiquée, et nous reviendrons sur ses résultats : disons pour l'instant qu'elle démontra l'absence de plasticité du sang.

Les constatations faites sur le sang des malades de MM. De Lee et Ahlfeld prouvent donc, à n'en pas douter, qu'il existait un état hémophile. Pour celle de M. Ahlfeld nous en trouvons la confirmation dans les avortements ou les accouchements prématurés antérieurs. Qu'on nous permette de citer encore quelques faits.

M. Switalski (3) rapporte l'observation d'une jeune femme, dépourvue de tout passé hémophile, mais dont la menstruation, qui avait débuté à seize ans, présentait une abondance extrême. Une première grossesse s'était terminée par un avortement, la seconde atteignit le terme, mais, durant les suites de couches, la parturiente fut prise de métrorrhagies incoercibles. A force de la traiter, de la panser, de la curetter, on finit par lui donner une inflammation péri-utérine qui ne fit qu'aggraver encore ses hémorrhagies. De guerre lasse, et par crainte d'un dénouement fatal, on recourut à l'hystérectomie. La malade guérit très bien, à part un petit abcès du ligament large. Quant à l'utérus enlevé, il ne présentait aucune altération pathologique.

Il ne s'agissait donc pas d'hémophilie, au sens habituel du mot : l'auteur lui-même le reconnaît. Mais on aura certainement remarqué que cette jeune femme était pourvue de menstruations très abondantes et qu'elle avait fait une fausse couche. Or, ce syndrome — menstruations abondantes, avortement, hémorrhagies puerpérales — nous l'avons rencontré à chaque instant chez les hémophiles typiques et très souvent chez leurs ascendantes ou leurs parentes. Témoin l'observation suivante, de M. Kehrer (1) : une femme ayant eu des enfants hémophiles et qui, par conséquent, était une hémophile latente, un « conducteur », comme dit Grandidier, eut d'abord onze grossesses sans incidents, mais lors de la douzième et de la treizième elle fut prise de métrorrhagies pendant les cinq premiers mois; au cours de la douzième, elle eut, en plus, quelques épistaxis. Elle aussi présentait des menstrues très abondantes, quoiqu'un peu irrégulières. Cette femme était donc bien sûrement une hémophile. Supposé que l'hémophilie eût été peu apparente chez ses enfants ou que les métrorrhagies se fussent produites pendant ses premières grossesses, on n'aurait probablement prêté aucune attention à ses épistaxis et encore moins à l'abondance de sa menstruation. Peut-être même l'aurait-on curettée, pour la voir mourir exsangue, comme la malade dont nous racontions plus haut l'histoire.

Voici enfin une observation que nous venons tout récemment de recueillir : une primipare de vingt-cinq ans accouche sans incidents; après la délivrance elle est prise d'une hémorrhagie qui risque de l'emporter. Les jours suivants l'hémorrhagie se répète, bien qu'avec une intensité moindre. On lui fait des piqûres d'ergotine, de caféine : au niveau de chaque piqûre se développe un petit hématome. Aussitôt après l'accouchement on avait pratiqué une injection de sérum artificiel et dans la « boule d'œdème » s'infiltre un épanchement sanguin tellement abondant qu'il amène l'escharification de la peau sur une largeur de 10 centimètres carrés. Cette malade succombe enfin à l'anémie et à l'infection utérine, car la matrice était pleine de caillots se reformant après chaque hémorrhagie. Cette jeune femme, que j'avais interrogée avec le plus grand soin pendant les quinze jours de son puerpérisme, finit par m'avouer qu'elle avait eu quelques épistaxis et quelques saignements des gencives avant ou pendant sa grossesse; que sa mère avait eu, d'autre part, une perte grave lors de son cinquième accouchement. Les menstrues de cette jeune femme étaient abondantes, mais ne duraient que trois ou quatre jours. Interrogée avec moins de persévérance, cette malade aurait été simplement considérée comme atteinte d'inertie utérine.

Les faits que je viens de signaler sont, en quelque sorte, grossiers. Mais il ne me serait pas difficile de citer un grand nombre d'autres observations personnelles qui toutes peuvent se résumer ainsi : hémorrhagie *post partum* chez une femme abondamment menstruée, ayant eu déjà des fausses couches ou dont l'anamnèse apprend qu'elle-même, un collatéral ou un parent ont eu quelques accidents hémorrhagiques plus ou moins graves. Il y a là plus qu'une coïncidence.

Voici d'ailleurs une preuve de la fréquence de ces faits. Durant l'année 1903, il s'est produit dans mon service 476 accouchements. Sur ces 476 parturientes, 153 étaient réglées pendant cinq jours ou plus, 323 l'étaient pendant moins de cinq jours. Or, parmi les premières il se produisit 20 cas d'hémorrhagies post-partum primitives, soit 13 %; chez les secondes il s'en produisit 26, soit 8 %. Les hémorrhagies sont donc notablement plus fréquentes chez les premières que chez les secondes. On peut nous objecter que nos chiffres sont bien faibles, mais nous serions cependant étonné si la proportion inverse venait à être signalée, car, depuis lors, nous avons constaté à maintes reprises les coïncidences en question. On peut encore nous opposer que ces hémorrhagies primitives sont dues aux causes les plus diverses. C'est parfaitement exact, mais ce que nous voulons démontrer, c'est non l'absence de valeur de ces causes, mais l'influence de l'hémophilie plus ou moins latente et l'importance de l'étude de la menstruation et de l'anamnèse à cet égard.

Du reste, là ne s'arrête pas l'influence de l'hémophilie; elle peut faire encore sentir son action en dehors de la grossesse, aux deux pôles de la vie féminine : à la puberté et à la ménopause.

On n'ignore pas que les jeunes filles sont exposées à des ménorrhagies graves lors de leurs premières menstruations. On a souvent imputé ces ménorrhagies à la « métrite des vierges » et on lui a trouvé d'assez nombreuses causes : nervosisme, constipation, vie sédentaire, etc. Nous ne nions le rôle d'aucun de ces facteurs, pas plus que des altérations histologiques qui ont été observées. Mais plusieurs auteurs — et entre autres M. Dupuy (1), M. Castan (2), M. Theilhaber — n'ont souvent rien vu d'anormal dans les produits ramenés par la curette. Rien n'empêche alors de penser que ces métrorrhagies relèvent, quelquefois au moins, de l'hémophilie. Et, en fait, c'était incontestablement le cas de la première des malades de M. Castan, comme de celle de M. Recht (3) et d'une autre, de M. Pincus (4).

Lors de la ménopause, ou à l'approche de cet évènement, on sait que les femmes présentent assez souvent des hémorrhagies dont l'abondance peut mettre leur vie en danger. On considère généralement la sclérose utérine comme en étant la cause la plus commune. Quelques faits que j'ai rencontrés me donnent à penser que cette interprétation n'est pas toujours absolument exacte.

J'ai soigné jadis une dame d'une quarantaine d'années qui avait des métrorrhagies d'une abondance et d'une fréquence surprenantes. Elle était grande et forte, presque obèse, mais ni dans son état général, ni dans ses organes pelviens je ne pus découvrir — pas plus alors que plus tard — rien d'anormal. Après divers traitements je la curettai, sans le moindre succès, du reste, et sans que cette opération m'apprît quoi que ce fût sur la cause des hémorrhagies. Je lui fis alors une injection de sérum gélatiné : le lendemain même il se produisait une énorme perte sanguine. Je revins à l'ergotine, tout en proposant l'hystérectomie; mais je perdis bientôt de vue cette femme. J'appris ultérieurement que les métrorrhagies s'étaient atténuées et même que la malade était devenue enceinte. L'anamnèse, dans ce cas, était pourtant intéressante au point de vue qui nous occupe : la patiente avait été réglée à dix ans et depuis lors perdait abondamment pendant huit à dix jours; si l'on parvenait à diminuer ses pertes, elle vomissait du sang; mariée à vingt ans, elle avait eu 3 enfants et avait des lochies extrêmement abondantes à chacune de ses couches; elle avait été enfin sujette aux épistaxis.

Chez cette femme, capable de redevenir enceinte sur le tard, je ne crois pas qu'on pût accuser exclusivement la sclérose utérine; et, d'autre part, je l'ai assez longtemps suivie, pour être moralement sûr qu'elle avait des organes pelviens intacts.

Un autre cas que j'ai observé dans la pratique d'un confrère montre encore que les hémorrhagies de la ménopause surviennent volontiers chez les femmes qui ont été un tant soit peu hémophiles dans leur jeunesse, bien que dans l'intervalle toute trace de diathèse ait pu disparaître. Il s'agissait d'une demoiselle

(1) J. B. de Lee. A case of fatal hemorrhagic diathesis with premature detachment of the placenta. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc. 1901.)

(2) F. Ahlfeld. Verblutung im Anschluss an die Geburt. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, 1902, XLVII, 2, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 116.)

(3) L. Switalski. Beitrag zu den unstillbaren Gebärmutterblutungen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 août 1895.)

(1) Cette observation est la première citée dans le texte de l'article.

(1) J. Dupuy. Des métrorrhagies essentielles ou idiopathiques. (*Thèse de Paris*, 1892.)

(2) A. Castan. Les métrorrhagies des jeunes filles. (*Thèse de Paris*, 1898.)

(3) Recht. Métrorrhagie chez une vierge hémophile. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mars 1893, p. 207.)

(4) L. Pincus. Weiteres über Vaporisation und Vapokauterisation (Instrumentarium, Technik, Indikationen). (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 mars 1898.) — Quelques détails ultérieurs sur cette malade sont contenus dans un autre article de l'auteur (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 31 mai 1902).

de cinquante ans environ, d'aspect un peu pléthorique et qui depuis deux ans présentait des métrorrhagies. Dans sa jeunesse elle avait eu différentes manifestations nerveuses et, de vingt à vingt-deux ans, des hémorrhagies nasales ayant nécessité toutes sortes de médications, y compris le tamponnement; depuis lors, elle s'était bien portée. Sa menstruation avait été régulière, quoique abondante et se prolongeant pendant cinq ou six jours. En raison des métrorrhagies actuelles on lui fit une hystérectomie; l'utérus n'offrait aucune altération macroscopique.

Nous pensons donc que la ménopause peut réveiller la diathèse hémorrhagique et que celle-ci entre pour une part assez notable dans la pathogénie des hémorrhagies de cette époque de la vie. Les auteurs négligent peut-être un peu de diriger l'interrogatoire des malades dans ce sens. Pourtant, dans quelques publications, on trouve au moins mentionné le fait que les malades étaient abondamment menstruées. Sur 5 femmes citées par M. Kalabine (1), et présentant des hémorrhagies utérines indépendantes du cancer, nous voyons, par exemple, que 4 avaient des règles de plus de cinq jours de durée, revenant tous les mois ou toutes les trois semaines. Dans la thèse de M. Dupuy (2), sur 17 malades atteintes de métrorrhagies imputées à la sclérose, il n'est généralement pas fait mention de la durée des règles, mais 3 de ces femmes ont eu à elles seules 7 fausses couches sur environ 15 ou 20 grossesses.

Une dernière observation de M. De Lee montre enfin que sous des causes accidentelles, peut-être inflammatoires, une hémophilie vraie, caractérisée par l'absence de coagulabilité du sang, peut se développer. Chez une jeune femme atteinte de vaginite, on avait pratiqué un cathétérisme utérin : sur ces entrefaites apparut une hémorrhagie qui se poursuivit trois jours durant et ne s'arrêta que quand la patiente était déjà demi-moribonde; pendant tout ce temps, on nota que le sang était fluide, laqué, et, en dépit de son accumulation dans le vagin, on n'y voyait flotter, à un moment donné, que deux petits caillots.

Voici donc toute une série de malades ayant eu, à l'occasion d'un accouchement, lors de la puberté, à la ménopause, ou même à un moment quelconque de leur existence, des hémorrhagies génitales d'une abondance parfois mortelle, et toutes, ou presque toutes, n'étaient pas hémophiles, au sens attaché jusqu'ici à ce terme. Nous pensons cependant que l'hémophilisme était en cause chez elles, soit parce que leur sang avait manifestement perdu ses propriétés plastiques, soit parce que l'étude attentive de leur anamnèse, de leurs couches antérieures ou de leur menstruation rapproche ces patientes de celles qui appartiennent à des souches hémophiles indiscutables.

On voit donc combien il faut modifier notre opinion sur la fréquence de l'hémophilisme chez la femme. Dans un article sur les hémorrhagies *post partum*, M. Mouratov déclarait que pendant plus de vingt ans de pratique obstétricale et gynécologique il n'avait rencontré l'hémophilie que deux fois (3). Mais si on se met à la chercher systématiquement, lors des métrorrhagies des nouvelles accouchées, des vierges ou de l'âge critique, il est probable qu'à notre exemple on constatera cette diathèse avec une grande fréquence. Dans ces conditions, on pourra se convaincre, d'abord que l'hémophilie, bien qu'à des degrés variables, est beaucoup plus commune qu'on ne le croit, et ensuite que la femme en est peut-être aussi souvent atteinte que l'homme. Seulement, la diathèse, dans le sexe féminin, n'entre guère en scène qu'à l'occasion d'événements physiologiques naturellement hémorrhagipares, tels que la menstruation ou l'accouchement, et c'est ce qui fait qu'elle passe presque toujours inaperçue.

En dehors de ces circonstances, les femmes hémophiles ont donc rarement des hémorrhagies graves. Nous n'avons pas la prétention de donner la raison de ce fait, mais, en le constatant, nous ne pouvons nous empêcher de penser aux théories émises par certains auteurs et d'après lesquelles l'hémophilie tiendrait à une sorte de pléthore ou mieux d'hydrémie. On pourrait admettre dès lors que, chez la femme, les pertes mensuelles jouent un rôle dérivatif, fonctionnent comme une soupape de sûreté et préviennent des accidents plus graves. N'a-t-on pas vu, en effet, la saignée arrêter des hémorrhagies? A ces considérations théoriques il y aurait certainement plus d'une objection à faire; il nous a paru cependant légitime de les mentionner, au moins à titre d'hypothèse.

VII

L'utérus n'est pas le seul organe dans lequel l'hémophilie puisse apparaître d'une manière locale ou accidentelle.

Le même phénomène s'observe encore parfois du côté du *rein*. Il y a quelques années, M. Senator publiait, en effet, une intéressante observation dont voici le résumé :

Une jeune fille de dix-neuf ans présentait depuis trois ans des hématuries qui s'étaient établies à l'occasion de la menstruation. A l'examen cystoscopique on s'aperçut que le sang s'écoulait par l'uretère droit.

On hésitait sur le diagnostic, quand on apprit que les quatre frères ou sœurs de la malade, ainsi que son père, étaient sujets à des épistaxis associées chez ce dernier à des hémoptysies. En ce qui concerne les oncles ou tantes, on recueillit des renseignements analogues; 3 sœurs du père et la grand'mère avaient de plus des pertes menstruelles très abondantes. On s'arrêta donc au diagnostic d'hématuries hémophiliques et la néphrectomie du rein droit — entreprise en raison de l'anémie progressive de la malade — confirma le diagnostic, en ce sens que le rein enlevé parut absolument sain. L'opération eut d'ailleurs un plein succès et ne fut l'occasion d'aucune hémorrhagie opératoire.

Cette observation n'est pas restée isolée : MM. Legueu, Broca, Sabatier, Guyon, Israël, Picqué et Reblaud ont relaté nombre de faits plus ou moins analogues, bien que sous des titres différents. Deux importants mémoires, l'un de M. Grosglik (1), l'autre de M. Floderus (2) citent respectivement 17 et 26 cas de ce genre, mais tous ne sont pas aussi démonstratifs que celui de M. Senator au point de vue de l'hémophilie. Il en est même qui, très probablement, lui sont fort étrangers. Au reste, le fait de M. Senator suffit à nous donner la preuve que le rein peut être, lui aussi, le siège de troubles hémophiliques : l'observation est d'autant plus curieuse qu'un seul rein fut atteint.

Citons, enfin, deux cas remarquables par leur localisation.

Le premier, publié par M. Müller, concerne une petite fille nouvellement née, issue de parents sains, et qui, dès le soir de sa naissance, fut prise d'un léger écoulement sanguin par les *conjonctives*. Le lendemain, on trouvait un caillot entre les paupières et du sang continuait à suinter à leur surface. En dépit de bandages compressifs et occlusifs, la petite malade succombait absolument exsangue au quatrième jour après sa naissance. L'examen histologique ne révéla aucune lésion microscopique du côté des paupières.

Le second fait, rapporté par M. Kroukovsky (1), est non moins curieux : il s'agit d'un cas d'hémophilie de la *glande mammaire*. La malade, une Israélite de cinquante-quatre ans, avait depuis deux ans un écoulement sanguin par le mamelon gauche : en hiver, cet écoulement se faisait plus abondant qu'en été. Les seins, absolument atrophiés et d'apparence sénile, ne présentaient pourtant pas trace de tumeur : en pressant le sein gauche, on faisait sourdre une grosse goutte de sang foncé. Cette femme avait eu dix enfants et n'en avait perdu qu'un seul (de la variole). Sur les 10, un avait eu une hémorrhagie de vingt-quatre heures de durée après sa circoncision; un second offrait des épistaxis fréquentes. Un enfant de ce dernier eut également une hémorrhagie pendant six heures à la suite de la circoncision. Cette femme était donc bien de race hémophile. Que si la diathèse s'en prit chez elle à la glande mammaire, peut-être était-ce dû, comme le pense M. Kroukovsky, au fonctionnement intense qu'avait subi cette glande pendant une vingtaine d'années, car la malade avait nourri tous ses enfants durant près de deux ans chacun.

Ajoutons que M. Koch (2) a signalé un fait qui se rapproche du précédent; mais, en même temps que les hémorrhagies du côté des seins, la malade en présentait par les oreilles, la gorge, le nez, la peau, etc. Elle n'était pas mariée.

VIII

Le traitement de l'hémophilie chez la femme ne comporte guère de particulier que les mesures locales : le traitement général est en effet le même dans les deux sexes, et pour cette raison nous le passerons presque complètement sous silence.

Au point de vue prophylactique, rappelons seulement que, dans les familles notoirement hémophiles, il serait prudent de déconseiller le mariage : jusqu'ici on se bornait à l'interdire pour les sujets féminins, mais il nous semble que la défense devrait atteindre les deux sexes (3).

Parmi les médications générales récemment proposées contre l'hémophilie, nous nous bornerons à dire un mot des injections de sérum gélatiné, en raison des grands espoirs qu'elles ont fait naître. MM. Krause, Heymann, Carnot, Allard et Bergendal (4) les auraient employées avec succès dans l'hémophilie masculine et, à notre tour, nous en avons tenté l'application chez une femme de tempérament hémophile, atteinte de métrorrhagies graves, mais sans le moindre résultat. Le cas échéant, nous serions néanmoins disposé à recommencer cet essai, car c'est là un des rares moyens que nous possédions pour essayer d'agir sur la coagulabilité du sang. Cependant, chez les grandes hémophiles, on devra, selon le conseil de M. Sahli, s'abstenir de ces injections — comme de celles de tout sérum —, en raison des hémorrhagies sous-cutanées graves qui peuvent en être la conséquence; chez une de nos malades, il se

(1) J. S. KALABINE. L'urtica dioïca dans les hémorrhagies utérines (en russe). (*Vratch*, 1er sept. 1901.)

(2) H.-P.-M. DUPUY. La métrite hémorrhagique de la ménopause et de la vieillesse. (*Thèse de Bordeaux*, 1897.)

(3) A. A. MOURATOV. Quelques remarques à propos des hémorrhagies post-partum (en russe). (*Méd. Obozr.*, janv. 1899.)

(1) S. GROSGLIK. Ueber Blutungen aus anatomisch unveränderten Nieren. (*Sammlung klinischer Vorträge*, 1897-1900, partie chirurgicale, n° 203, p. 925.)

(2) B. FLODERUS. Om höggradig renal hematuri vid makroskopiskt oförändrade njurar. (*Upsala läkareförenings förhandlingar*, 1898-1899, IV [nouvelle série], 4.)

(1) S. KROUKOVSKY. (*Medycyna*, 11 août 1900, anal. *in Vratch*, 8 sept. 1901, p. 1104.)

(2) Cité par M. F. A. Kehrer.

(3) On nous excusera de ne pas insister sur les mesures proposées par Ross et Clinton T. Dent : le premier voulant que l'on tatoue le mot *blooder* (saigneur) sur les hémophiles, et le second qu'on leur attache une plaque d'identité, afin de prévenir leur mariage.

(4) ALLARD et BERGENDAL. Om gelatinbehandling vid blödning. (*Göteborgs läkaresällskaps förhandlingar*, 10 fév. 1904, *in Hygiea*, nov. 1904.)

produisit ainsi une vaste eschare, suite d'hématome.

Au point de vue du traitement général, il convient d'ailleurs de faire encore une remarque : les moyens préconisés ou employés sont extrêmement nombreux et, ce qui est assez singulier, à presque tous peut être attribué quelque succès. La raison en est simple, à notre avis : beaucoup d'hémophiles, surtout parmi les femmes, sont en même temps des névropathes (1); dès lors rien d'étonnant qu'un jour, contre toute attente, une médication détermine une amélioration ou la guérison. Tel fut le cas de M. Anderson qui, ayant à traiter une jeune fille, presque moribonde du fait d'hémorrhagies incoercibles, eut l'idée « de lui laisser boire autant de champagne qu'elle voulut ». Tout ce champagne exerça-t-il une révulsion salutaire du côté de l'estomac, c'est très possible : une chose certaine, c'est que la malade guérit et, depuis, elle ne présenta plus que quelques épistaxis.

Une autre question intéressant aussi bien la prophylaxie que la thérapeutique générale de l'hémophilie est celle de savoir, si, en traitant une femme enceinte ayant des antécédents diathésiques de cette nature, on peut prévenir la transmission du mal à la descendance. Nous ne connaissons que deux tentatives de ce genre. Dans le premier cas, observé par Mende (1840), une femme avait perdu 4 enfants — dont 2 filles — par hémorrhagie durant la première année de leur existence; redevenue enceinte, elle suivit un traitement général reconstituant pendant sa grossesse et accoucha à terme d'une petite fille normalement développée, qu'on put vacciner sans accident, mais qui, dix semaines après sa naissance, mourut à son tour d'hémorrhagie. Le second fait est celui de M. Brook (2) : une femme qui avait déjà perdu 2 enfants par hémorrhagie se fit traiter pendant sa troisième grossesse et prit alternativement dans ce but du chlorure de calcium, de la strychnine, du fer et de l'arsenic. Cette fois, le traitement parut avoir un plein succès.

De ces résultats discordants, il est impossible de tirer une conclusion, mais, le cas échéant, il ne faudrait pas négliger de pareilles tentatives.

Parmi les topiques qui, dans ces dernières années, ont été préconisés contre les hémorrhagies, le plus connu est l'adrénaline. MM. Rhodes et Scott (3) en auraient obtenu des succès dans des cas de métrorrhagies incoercibles, mais, dans une discussion récente à la Société gynécologique de Dresde, les avis ont été très partagés sur la valeur et l'emploi de cet hémostatique en gynécologie. Sans le dédaigner, il ne conviendrait pas, en effet, de trop compter sur ce nouveau médicament : d'après ce que nous savons de son action, il agit surtout en faisant contracter les fibres musculaires des vaisseaux; or, dans l'hémophilie, le mal réside dans l'absence de coagulabilité du sang beaucoup plus que dans une paralysie vasculaire.

Au total, c'est donc aux injections très chaudes, aux attouchements à l'adrénaline, au tamponnement que l'on aura recours contre les métrorrhagies incoercibles. On pourrait aussi peut-être utiliser les pansements avec une solution gélatinée, selon le conseil de M. Sahli, ou la manœuvre récemment préconisée par M. Henkel (4) : dans les hémorrhagies *post partum* dues à une déchirure du col ou même à l'atonie de l'utérus, cet auteur applique une pince de Museux sur les deux lèvres du col et attire fortement l'utérus en bas et à droite; il prend ensuite une seconde pince, la glisse parallèlement à l'axe de l'utérus, dans le cul-de-sac latéral gauche, et l'enfonce aussi profondément que possible, comme s'il voulait traverser ce cul-de-sac et embrasser dans les mors de la pince entr'ouverte toute l'épaisseur du ligament large; on ferme alors la pince, de façon à mordre plutôt sur l'utérus qu'en dehors de lui; on exécute ensuite la même opération à droite. Les pinces sont laissées vingt-quatre heures en place. Cette manœuvre agirait en comprimant les artères utérines dans la base des ligaments larges.

(1) Nombre de soi-disant hémophiles ne furent même que des hystériques; nous avons laissé de côté les faits de ce genre.

(2) W. H. B. Brook. Attempt at the antenatal treatment of hæmophilia. (*Clinical Society of London*, 12 avril 1901, *in Lancet*, 20 avril 1901, p. 1142.)

(3) Cités par M. Peters. Zur Anwendung der Adrenalin- und ähnlicher Nebennierenpräparate in der Gynäkologie. (*Gynäkol. Gesellschaft zu Dresden*, 19 nov. 1903, in *Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 juillet 1904.)

(4) M. Henkel. Blutungen nach der Geburt und ihre Behandlung. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, 1903, XLVII, 2, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 92.)

Nous n'avons pas eu jusqu'ici l'occasion de nous assurer de l'efficacité de ce procédé, mais nous n'y recourrions, dans l'hémophilie grave, qu'en désespoir de cause, car l'attrition produite par les pinces pourrait être l'occasion de nouvelles hémorrhagies.

En cas d'échec des mesures précédentes, on aurait encore à sa disposition la cautérisation de la cavité utérine à l'aide de la vapeur brûlante. M. Pincus (1) et M. Stöckel (2) lui doivent chacun un succès.

Reste enfin la suprême ressource : l'ablation de l'organe qui saigne. La proposition peut paraître étrange; aussi, pour la justifier, qu'on nous permette quelques mots sur les interventions chirurgicales chez les hémophiles.

Comme on le sait, ces malades ont des hémorrhagies à propos des traumas les plus superficiels, et cependant M. Finch a pu saigner deux hémophiles et M. Townsend enlever à une troisième des polypes nasopharyngiens, sans aucun accident. Mais ce n'est pas tout; M. Macnamara, chez une femme de souche hémophilique et hémophile elle-même, a amputé un sein et n'a eu aucune complication hémorrhagique. Dans les mêmes conditions, la malade de M. Senator a subi une néphrectomie, celle de M. Switalski une hystérectomie, celle de M. Doutrelepont une ovariotomie, et toutes ces opérées ont guéri.

De son côté, Fordyce, un des premiers historiens de l'hémophilie, avait déjà fait cette remarque que les hémophiles supportent mieux la blessure des gros troncs vasculaires ou des tissus profonds que les blessures superficielles. Et, de fait, chez une femme saignée sans accident par Schrey, il se fit de petites hémorrhagies par la cicatrice; de même, chez l'opérée de M. Doutrelepont, la plaie de la laparotomie devint au bout de quelques jours le siège de légères suffusions ou effusions sanguines; celles-ci disparurent pourtant bientôt.

Nous n'avons pas la prétention d'expliquer les faits précédents et encore moins le suivant : Mende rapporte le cas d'une petite fille nouvellement née, qui fut vaccinée — une plaie superficielle au premier chef — sans qu'il s'ensuivît aucune complication; or, quelques semaines plus tard, pour une plaie légère de la racine du nez, elle mourait d'hémorrhagie! D'autre part, l'expérience a montré qu'il y avait danger mortel à inciser les hémarthroses des hémophiles (König) ou leurs épanchements sanguins sous-périostiques (3).

En raison de leur contradiction, ces faits sont déconcertants. Il n'en semble pas moins acquis que, pour certains organes, et en cas d'urgence, on serait autorisé à faire subir à une hémophile une grave opération, telle qu'une hystérectomie pour cause de ménorrhagie ou de métrorrhagie.

Les femmes hémophiles étant exposées à des hémorrhagies mortelles au moment de leurs couches, faut-il suivre le conseil de M. Kehrer et les faire avorter? Ce conseil, pensons-nous, sera considéré *a priori* comme plein de danger : pour notre part, le souvenir de cette jeune femme dont nous rapportions plus haut l'histoire nous a rendu des plus réservés dans le choix des indications opératoires de l'avortement provoqué et, chez une hémophile avérée, nous n'y recourrions à aucun prix. On sait, en effet, que, dans l'avortement, l'utérus saigne davantage et plus longtemps que dans un accouchement normal. Pratiquer l'avortement, c'est donc aller au-devant de l'hémorrhagie : la meilleure preuve, c'est, que sur 10 morts par hémorrhagie puerpérale chez des hémophiles, nous en comptons 2 à la suite d'un accouchement prématuré et 3 après avortement.

(1) L. Pincus. (*Loc. cit.*).

(2) Stöckel. Ueber Atmokausis und Zestokausis. (*Therap. Monatsh.*, déc. 1900.)

(3) N. Chaves et D. Speroni. Estudio sobre un caso de reumatismo hemofilico. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin 1902.)

Le plus prudent est donc d'attendre l'expulsion spontanée ou le terme de la grossesse, en se tenant prêt à toute éventualité et, en cas de besoin, à l'hystérectomie elle-même.

D[r] R. de Bovis,
Professeur à l'École de médecine de Reims.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des ulcères simples de jambe par la solution physiologique chaude.

Bien que l'emploi de l'eau chaude ait été préconisé, il y a déjà plus de vingt ans, contre les ulcères de jambe, cette méthode de traitement n'est cependant guère entrée dans la pratique générale. C'est pourquoi il nous paraît intéressant de signaler les bons résultats qu'elle a donnés entre les mains de M. le docteur A. Veyrassat, assistant de M. le docteur A. Reverdin, professeur de policlinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Genève; notre confrère préfère toutefois à l'eau simple, ordinairement employée, la solution physiologique de chlorure de sodium à 7 ‰.

La technique adoptée par M. Veyrassat consiste à irriguer l'ulcère sur toute sa surface, mais principalement sur ses bords, avec 4 à 5 litres de solution physiologique portée à la température de 50° et sous une pression de 1 m. 50 au moins. Aussitôt la douche chaude donnée, on recouvre la lésion de mousseline stérilisée que l'on trempe dans la solution; pardessus on place une couche d'ouate et on maintient le tout par un bandage roulé qui part de l'extrémité du membre.

Au début, on pratique ces irrigations une fois par jour, mais, dès que la surface ulcérée s'est détergée, on peut les espacer et n'y recourir que tous les deux ou trois jours, puis tous les quatre ou cinq jours.

Dans 18 cas sur 21 où notre confrère a eu recours au mode de traitement que nous venons d'indiquer, la cicatrisation de l'ulcère a été rapide et complète; dans les 3 autres la guérison est demeurée imparfaite, soit que le malade ait interrompu prématurément le traitement, soit qu'une cause incidente (excès de travail ou diathèse) soit venu en contrarier les effets. Il est à noter que ces résultats ont souvent été obtenus sans que les patients aient renoncé à leurs occupations professionnelles : c'est ainsi qu'un terrassier fut guéri en deux semaines par dix irrigations, sans avoir eu à interrompre un seul jour son métier.

Le formol en injections sous-cutanées contre le tétanos du nouveau-né.

On se rappelle que MM. Barrows et Hörschelmann ont obtenu des résultats très encourageants en traitant la fièvre puerpérale par des injections rectales d'une solution formolée (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 56). S'inspirant de ces tentatives thérapeutiques, un confrère hongrois, M. le docteur M. Szalárdi, médecin en chef de l'asile national des enfants à Budapest, a eu l'idée d'essayer le formol en injections sous-cutanées dans un cas de tétanos du nouveau-né. L'état de ce petit malade ne faisait qu'empirer malgré des injections de sérum antitétanique, des lavements au chloral et

au bromure de sodium, quand on administra une injection rectale de 50 c.c. de solution physiologique additionnés d'une goutte de formol. Le trismus s'étant quelque peu atténué à la suite de cette injection, on la répéta le lendemain. Mais, en raison de la contracture de l'intestin, la plus grande partie du liquide était rejetée aussitôt après l'injection ; il parut alors préférable d'administrer le formol par la voie sous-cutanée, à la dose d'une demi-goutte dans 10 c.c. de solution physiologique. Ces injections hypodermiques, quotidiennes pendant les trois premiers jours, furent ensuite continuées tous les deux jours pendant deux semaines. Elles furent très bien supportées par l'enfant, et ne donnèrent lieu à aucune réaction, ni locale, ni générale. Les contractures musculaires disparurent progressivement, et, après un mois de traitement, la guérison pouvait être considérée comme complète.

Procédé simple pour le tamponnement profond des fosses nasales.

Voici un procédé très simple de tamponnement des fosses nasales, qui a plusieurs fois rendu service à M. le docteur Borde (de Bordeaux) en cas d'hémorrhagie nasale persistante :

Autour de l'une des branches d'une paire de ciseaux — au besoin, un porte-plume en bois bien poli peut servir à cet usage —, on enroule très serrée une bande d'ouate hydrophile, mince et large d'environ 5 centimètres; il en résulte un tampon long de 5 ou 6 centimètres, de forme conique, que l'on sépare aussitôt de son mandrin. On imbibe ce tampon d'une solution hémostatique ou antiseptique, puis on expulse l'excès de liquide par expression digitale, et le tampon, encore humide, mais assez raide et très plat, est facilement poussé dans les fosses nasales. Si alors on fait tremper dans de l'eau l'extrémité libre du tampon, celui-ci s'imbibe à nouveau par capillarité, se gonfle et exerce une pression régulière sur la muqueuse ; cette compression a lieu dans toute l'étendue de la fosse nasale, pour peu qu'on ait eu soin d'engager le tampon sur une longueur d'au moins 6 centimètres. Le plus souvent, on peut le retirer au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures sans que l'hémorrhagie se renouvelle; sinon, il suffit de placer un autre tampon. Chez une fillette atteinte d'une lésion mitrale et offrant une épistaxis rebelle, il fallut ainsi recourir à trois tamponnements successifs.

L'application de ventouses contre le zona.

Partant de cette considération que dans le zona on a affaire à une inflammation aiguë de certains éléments nerveux, M. le docteur M. Leale (de New-York) emploie à titre de « contre-irritant », dans l'affection dont il s'agit, les applications de ventouses. On commence par déterminer les nerfs et les racines atteintes en se guidant sur le siège de l'éruption vésiculeuse et sur les phénomènes sensitifs (douleur et hyperesthésie), puis on applique une première série de ventouses immédiatement en dehors des apophyses épineuses correspondantes et on les laisse en place jusqu'à ce qu'elles aient produit leur effet maximum; on pose ensuite une seconde série de ventouses le long du trajet même des nerfs malades. Il est bon de répéter ces applications chaque jour; le mieux est de les faire le soir, parce qu'on prévient souvent ainsi les exacerbations nocturnes qui troublent le sommeil.

Dans tous les cas où notre confrère a eu recours à ce mode de traitement, il en a obtenu les meilleurs résultats ; toujours la sédation de la douleur est survenue promptement et la durée de la maladie s'est trouvée abrégée.

L'extension continue de la peau comme traitement palliatif de la brièveté des lambeaux d'amputation.

Les complications que l'on observe lorsque, au cours d'une amputation, les lambeaux cutanés ont été taillés trop courts, imposent souvent une réamputation. Or, pour obvier à la brièveté de la manchette, chez un aliéné qui avait dû subir la désarticulation de la main, un confrère allemand, M. le docteur Frey, médecin de l'hôpital de Geisingen, a eu recours avec succès à l'allongement mécanique des lambeaux cutanés par l'extension continue, pratiquée sur la peau de l'avant-bras de la manière suivante :

Quatre bandes de sparadrap adhésif, larges de 5 centimètres et disposées parallèlement à l'axe du membre à 15 ou 20 centimètres au-dessus de la plaie opératoire, adhéraient à la peau de l'avant-bras sur une longueur d'une dizaine de centimètres. Séparées de la plaie par une épaisse couche de gaze iodoformée, elles se réunissaient à 25 centimètres au-dessous du moignon. Le bras ayant alors été placé sur un plan incliné, on termina l'appareil, une demi-heure après son application, en y adaptant un poids d'une livre. L'extension fut maintenue pendant quarante-huit heures, puis supprimée la nuit et continuée seulement dans la journée. Le résultat de cette pratique fut excellent : on obtint une guérison parfaite sans que les fils de suture eussent déchiré les lambeaux ni que ceux-ci se fussent nécrosés.

Traitement de l'acétonurie des diabétiques par l'ingestion de fromage parmesan à haute dose.

D'après l'expérience de M. le docteur O. Simon (de Karlsbad), on parviendrait, dans certains cas de diabète où la simple suppression des corps gras, et notamment du beurre, ne suffit pas pour faire disparaître l'acétonurie, à arrêter l'élimination d'acétone par l'urine en substituant aux graisses alimentaires du fromage parmesan que l'on administre dans du bouillon ou du thé à la dose maxima de 100 grammes par jour.

Notre confrère a employé ce mode de traitement chez 3 sujets. Le premier fut très amélioré, au point de vue de l'acétonurie, par l'ingestion quotidienne de 40 grammes de parmesan, et toute trace d'acétone disparut lorsqu'on eut doublé la quantité quotidienne de fromage absorbé. Le succès fut le même dans les 2 autres cas, où la quantité journalière de parmesan fut respectivement de 50 à 70 grammes et de 60 à 100 grammes.

Ajoutons que, chez aucun de ces diabétiques, l'ingestion de quantités aussi considérables de fromage n'a paru présenter d'inconvénient : le taux de la glycosurie notamment demeura invariable pendant tout le temps que dura l'administration du parmesan.

ÉTRANGER

BRUXELLES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 29 juillet 1905.

Anatomie et physiologie vasculaires de l'utérus humain.

M. Van Cauwenberghe. — Dans un mémoire relatif à ce sujet, et sur lequel je dois vous présenter un rapport, M. Keiffer (de Bruxelles) étudie la partie microscopique du système vasculaire utérin.

Après avoir rappelé la disposition des plus gros vaisseaux, l'auteur démontre l'indépendance des branches artérielles entourées constamment de tissu conjonctif lâche, l'épaisseur de leur tunique musculaire, leur disposition hélicine ainsi que l'adhérence intime au tissu utérin des parois veineuses pauvres en éléments contractiles, mais riches en tissu conjonctif. A ce propos, M. Keiffer signale *comme un caractère essentiel des veines utérines* le fait que les faisceaux musculaires du voisinage, appartenant en propre au tissu utérin, viennent répandre leurs éléments fibrillaires utiles dans les parois de ces vaisseaux. Il en conclut que les veines font corps avec le muscle utérin et sont avec lui non seulement en contiguïté, mais en continuité de substance musculaire.

Pour les artères, la disposition est fort différente : les ramifications artérielles les plus ténues contractent seules des adhérences avec le parenchyme utérin, sans jamais lui emprunter ni lui céder d'éléments musculaires.

L'auteur étudie ensuite la circulation capillaire, qu'il appelle la petite circulation ; elle est, dit-il, particulière à l'utérus humain et ne ressemble en rien aux systèmes capillaires des autres organes. Elle se distingue par trois caractères particuliers : 1° sa forme extrêmement capricieuse et irrégulière ; 2° la grande variabilité de diamètre des vaisseaux, qui tantôt constituent réellement des capillaires, tantôt au contraire sont si larges que leur diamètre dépasse de beaucoup celui d'artérioles et de veinules; 3° enfin, sa continuité directe avec les artérioles hélicines, n'ayant pour toute paroi propre qu'un endothélium. Cette petite circulation ne peut être comparée ni à un vaisseau capillaire, ni à un tissu caverneux; M. Keiffer l'appelle *système fissural*, parce qu'il est formé de fentes dont les parois tantôt s'affaissent et s'accolent, tantôt se laissent distendre par la colonne sanguine en larges canaux vasculaires.

A l'état de repos de l'utérus, un grand nombre de vaisseaux du système fissural sont d'une telle exiguïté, qu'on peut douter de leur perméabilité aux éléments figurés du sang ; à ce moment, ils sont atélectasiés et ne fonctionnent pas; ils n'entrent en jeu que pendant la menstruation, la grossesse et certains états pathologiques. Ils forment les voies d'une circulation fonctionnelle.

Cette organisation vasculaire si spéciale répond aux exigences des phases diverses par lesquelles passe l'utérus pendant la vie générative : la disposition hélicine des vaisseaux artériels et veineux permet l'extension des parois de l'organe, et les ressources du système fissural suffisent aux besoins des congestions fonctionnelles.

Sur la tuberculose pleurale et péritonéale du bœuf.

M. Heymans (de Gand). — D'après l'opinion classique, les néoplasies des séreuses pleurale et péritonéale du bœuf tuberculeux sont elles-mêmes tuberculeuses et proviennent de tubercules situés primitivement dans la séreuse. Or, sur 114 tumeurs prélevées chez 41 bêtes qui présentèrent à l'autopsie de la tuberculose pleurale ou péritonéale, 36 seulement offraient à l'examen microscopique une structure tuberculeuse manifeste, tandis que dans les 78 autres on ne put découvrir ni cellules géantes ni tubercules. A part certaines exceptions, ces dernières ne contenaient pas de bacilles, alors que les premières en renfermaient toujours, quoique d'ordinaire en petit nombre.

D'autre part, 87 tumeurs prélevées sur les séreuses de 23 bêtes tuberculeuses furent broyées, émulsionnées et injectées chacune à 2 cobayes. Les résultats furent les suivants : 12 tumeurs ne rendirent tuberculeux aucun des 2 cobayes, 22 en infectèrent un seul, 53 enfin se montrèrent virulentes pour les 2 cobayes, qu'elles ne tuèrent du reste, la plupart du temps, qu'après plus de deux mois.

Par conséquent, les tumeurs qui se forment sur la plèvre et le péritoine des bovidés tuberculeux ne sont pas toutes virulentes et ne sont pas nécessairement des tubercules qui s'isolent peu à peu de ces séreuses. En effet, en dehors de tout bacille ou tubercule, on constate que l'endothélium séreux se gonfle, se soulève en bourgeons, en villosités avec le tissu conjonctif sous-jacent et, en s'hypertrophiant ultérieurement, forme des tumeurs polypoïdes, en choux-fleurs, etc. Ces néoplasies, qui ne renferment ni bacilles tuberculeux, ni autres microbes, sont constituées par du tissu conjonctif enflammé à différents stades, parmi lesquels prédomine le type hémorrhagique qui s'accompagne bientôt de nécrobiose centrale.

En résumé, une partie notable des altérations pathologiques et néoplasiques de la tuberculose pleurale et péritonéale du bœuf ne se traduit pas par des tubercules ou des agglomérats de tubercules plus ou moins détachés, mais bien par de simples états inflammatoires, progressifs d'abord, régressifs ensuite, déterminés par des substances irritantes provenant de tubercules plus ou moins voisins. D'autre part, les tumeurs véritablement tuberculeuses, vu la survie relativement longue des cobayes, sont d'ordinaire peu virulentes et peu riches en

bacilles. D'une façon plus générale, toute production pathologique rencontrée chez un être tuberculeux (homme ou animal) ne doit pas nécessairement être considérée comme bacillifère.

Anévrysme poplité traité par le sérum gélatiné, avec gangrène consécutive du membre.

M. C. Moreau (de Charleroi) communique un cas d'anévrysme du creux poplité, où une injection intrafessière de 200 c.c. de sérum gélatiné à 5 % eut pour résultat la coagulation rapide du sang contenu dans la poche anévrysmale, car, trois jours après, le pouls n'était plus perceptible au niveau de celle-ci; malheureusement la circulation collatérale ne put s'établir et il se développa une gangrène de la jambe, qui nécessita l'amputation de la cuisse au-dessus du genou un mois après l'injection.

Dr Keiffer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE BORDEAUX

Ayraud. Les affections oculaires consécutives aux lésions dentaires.

Bonnigal. De l'attaque convulsive de toux hystérique.

Bossuet. Contribution à l'étude étiologique et clinique de l'insuffisance surrénale.

Boutin. Etude clinique et essai de classification des névralgies intercostales.

Buffière. Sur le traitement des décollements de la rétine par les injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium.

Cellarier. Les abcès de fixation chez les enfants.

Couffon. Contribution à l'étude des diverses classifications en médecine mentale.

Daniel. Contribution à l'étude du traitement des cancers par la radiothérapie.

Deschamps (Mlle). Le rire hystérique.

Dion. La stovaïne, nouvel anesthésique local; son emploi en chirurgie oculaire.

Duclaud. Les complications emboliques de la thrombose cardiaque dans la diphtérie.

Ducos. Contribution à l'étude des cavités nasopharyngiennes chez les tuberculeux pulmonaires.

Duverger. De la voie trans-maxillo-nasale dans les interventions sur l'arrière-cavité des fosses nasales, le corps du sphénoïde et le naso-pharynx.

Faisans. Le drainage périnéal par la sonde de Pezzer appliqué au traitement palliatif de certains cas d'hypertrophie prostatique.

Fressineau. Contribution à l'étude de l'adipose douloureuse.

Gateau. Luxations traumatiques de la phalangine des quatre derniers doigts.

Gendron. De l'insuffisance du bandage élastique sans ressort dans la contention de la hernie inguinale.

Guignon. Lésions du nerf optique dans l'hérédo-syphilis.

Guillard. Autour de l'enseignement médical actuel.

Houillier. La syphilis acquise pendant les quatre derniers mois de la grossesse.

Laborderie. Sur l'état des réflexes dans le cancer.

Lande. L'avortement chirurgical accidentel; étude de responsabilité médicale.

Lannelongue. Etude sur la gangrène infectieuse disséminée de la peau.

Lavaissière de Verduzan (de). Contribution à l'étude des tumeurs cérébrales chez les aliénés.

Le Bihan. Etude sur la durée du traitement de l'arthrite blennorrhagique; priorité de l'arthrotomie.

Leclézic. Contribution à l'étude de la migraine ophtalmoplégique.

Level. Contribution à l'étude du traitement du retard des consolidations des fractures par l'extrait thyroïdien.

Magne. Considérations sur l'hospitalisation des malades vénériens envisagée au point de vue de la prophylaxie sanitaire et morale.

Moussy. Le foot-ball rugby au point de vue médical et hygiénique.

Pauly. De l'analgésie tendineuse à la pression et en particulier du tendon d'Achille dans le tabes.

Peyronie. Le traitement de la syphilis chez les indigènes en Tunisie.

Pintaud-Desallées. Les modifications des réflexes provoquées par les efforts musculaires violents.

Poingt. Les kystes congénitaux de la région sternale.

Rabier. Contribution à l'étude des odontites (caries dentaires), d'après des recherches récentes.

Ravallac. Contribution à l'étude des tachycardies essentielles.

Richaud. Les polynévrites de la coqueluche.

Riffeault. Etude sur les phlycténoses récidivantes des extrémités.

Robert. La ponction lombaire; deux ans de pratique dans un service de maladies mentales.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Aberastury (M.). Contribución al estudio histológico de la micosis fungoide. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril.)

Alezais. La nécrose gazeuse du foie. (*Marseille méd.*, 1er juillet.)

Cignozzi (O.). Due casi di endotelioma dello stomaco; contributo alla conoscenza degli endoteliomi gastrici e della linite plastica. (*Riforma med.*, 29 avril, 6, 13 et 20 mai.)

Delamare (G.) et **Lecène** (P.). Deux observations de sarcomes kystiques sous-cutanés. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mai.)

De Vecchi (B.). Sarcoma bilaterale del rene, con nidi cellulari di tessuto cromaffine (paraganglio). (*Nuovo raccoglitore med.*, mai.)

Josué (O.). Contribution à l'étude histologique de l'athérome artériel. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Le Damany (P.). La luxation congénitale de la hanche; anatomie pathologique; lésions prémonitoires. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Oertel (H.). Der primäre Leberkrebs, zugleich ein Beitrag zur Histogenese des Krebses. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 3.) — Le cancer primitif du foie, notamment au point de vue de l'histogénie.

Oestreich (R.). Allgemeine pathologisch-anatomische Diagnostik. In-8°, 323 p. Berlin.

Ravenna (H.). Observations anatomo-pathologiques et critiques sur les tumeurs endothéliales : les endothéliomes primitifs des voies lymphatiques. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mai.)

Regnault (F.). La platybasie chez les achondroplases. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, avril.)

Runge (E.). Ueber Cystenbildung an der menschlichen Placenta. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXVI, 1.)

Weber (R.) et **Papadaki** (A.). De quelques altérations du tissu cérébral dues à la présence de tumeurs. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

MÉDECINE

Campani (A.). Sulla tecnica della percussione. (*Riv. critica di clinica medica*, 24 juin et 1er juillet.)

Camurri (L. V.). Il ricambio materiale nei pellagrosi. (*Riv. pellagrologica italiana*, mai et juillet.)

Capurbano (M.). Un caso di cancro massivo del fegato. (*Gazz. degli Osped.*, 2 juillet.)

Cecca (R.). Contributo allo studio dei tumori primitivi dei gangli linfatici retroperitoneali; patogenesi; semeiologia; anatomia patologica. (*Clinica moderna*, 21 et 28 juin.)

Ehrhardt (O.). Ueber chronische ankylosierende Wirbelsäulenversteifung. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 5.) — Sur la spondylose ankylosante chronique.

Sick (K.). Akute rezidivierende Polymyositis in epidemischem Auftreten. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 et 13 juin.)

Spivak (C. D.). Benign strictures of the esophagus. (*Amer. Medicine*, 6 mai.) — Rétrécissements non cancéreux de l'œsophage.

Thiis (K.). Ein Fall von Tumor mediastini, verbunden mit häufigen Kollapsanfällen. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVIII, 1.) — Tumeur du médiastin avec syncopes fréquentes.

Trunecek (C.). Arteriosklerose; ihr Wesen und ihre Behandlung. (*Wien. med. Wochensch.*, 27 mai, 3 et 10 juin.)

Vannini (G.). Le diete nello Spedale maggiore di Bologna. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, mai.)

Viviani (U.). Sulle sorti riserbate negli erniosi ai corpi estranei deglutiti. (*Cesalpino*, juin.) — Evolution des corps étrangers déglutis par les hernieux.

Wagner (B.). Zur Frage der chemischen Funktionsprüfung des Magens. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, XI, 1.) — Sur l'examen chimique des fonctions de l'estomac.

Wasserthal. Marskosc watroby i czeste moczenie (pollakiurya). (*Przeglad lekarski*, 8 avril.) — Cirrhose du foie et pollakiurie.

Willcox (W. H.). The chemical examination of the gastric contents, with an accurate clinical method of determining the active hydrochloric acid. (*Lancet*, 10 juin.)

Zambelli (G.). Il cloruro di sodio negli edemi, nelle asciti, nei versamenti pleurici; studio clinico-sperimentale. (*Morgagni*, mai et juin.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Sabrazès (J.) et **Calmette**. Tic d'attitude chez un aveugle. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 4 juin.)

Scherb (G.). Sclérose en plaques fruste ou syndrome cérébelleux de Babinski. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Sicard (J.-A.). Le syndrome de la névrite ascendante (névrites ascendantes régionales); clinique et expérimentation. In-8°, 112 p. avec fig. Rennes.

Slavík (V.). Zlocin krádeze; simulace dusevní choroby. (*Casopis lékaru ceskych*, 24 juin.) — Aliénation mentale simulée par un voleur.

Sollier (P.). Le mécanisme des émotions. In-8°, 312 p.

Testi (A.). Sclerosi laterale amiotrofica familiare e pellagra. (*Riforma med.*, 8 avril.)

Treitel. Das Vibrationsgefühl der Haut. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 2.) — La sensibilité vibratoire de la peau.

Vires. Des épilepsies autotoxiques et diathésiques. (*Montpellier méd.*, 16 avril.)

Weir (J.). Responsibility in mental deformity. (*Med. Record*, 27 mai.)

Westphal (A.). Ueber einen unter dem Bilde einer Ophthalmoplegia externa verlaufenden Fall von traumatischer Hysterie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er juin.) — Hystéro-traumatisme se traduisant par une ophtalmoplégie externe.

CHIRURGIE

Jordan (W. M.). Gunshot wounds of the stomach. (*Amer. Medicine*, 24 juin.) — Plaies de l'estomac par coups de feu.

Le Breton (P.). Recurring subluxation of the femur as an unusual sequel to an incomplete fracture of the neck of the femur. (*New York Med. Journ.*, 3 juin.)

Legg (T. P.). Gastrostomy for carcinoma of the œsophagus and its results. (*Lancet*, 24 juin.)

Negroni (G.). Dell'osteoartrite deformante giovanile dell'anca. (*Arch. di ortopedia*, XXII, 3.)

Pena (P. de). Notas sobre anestesia clorofor-mica. (*Arch. latino-americanos de pediatria*, juin.)

Porter (C. A.). The treatment of appendicitis : can we wait for localization when the general peritoneal cavity is involved ? (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 23 mars.)

Purpura (F.). Sopra un caso di pancreatite cronica indurativa con stomaco a clessidra; gastroplastica; guarigione. (*Riforma med.*, 22 avril.)

Richardson (F. L.). A clinical report of 75 cases of arthritis deformans (chronic, non-tubercular arthritis). (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 9 mars.)

Risa. Durch Stichverletzung erzeugtes Aneurysma arterio-venosum zwischen der Vena anonyma und der Arteria subclavia sinistra mit Vagusverletzung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 1-3.) — Anévrysme artérioso-veineux du tronc veineux brachio-céphalique et de l'artère sous-clavière gauche, compliqué d'une lésion du pneumogastrique et consécutif à une blessure par instrument piquant.

Robson (A. W. Mayo). General peritonitis due to perforative appendicitis, illustrated by cases treated by abdominal section, with remarks on the question of early operation. (*Brit. Med. Journ.*, 1er juillet.)

Ross (G. G.). The surgical complications of typhoid fever. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Sjövall (S.). Om den kirurgiska behandlingen af den exsudativa, icke variga hjärtsäcksinflammationen. (*Hygiea*, mai.) — Sur le traitement chirurgical des péricardites à épanchement non purulent.

Sternberg (J.). Ueber Operationen bei gleichzeitig bestehenden Infektions- und Stoffwechselkrankheiten. (*Wien. med. Presse*, 18 juin.) — Interventions chirurgicales chez des sujets atteints à la fois de maladies infectieuses et de troubles de la nutrition.

Stoker (Sir Thornley). On operation for closure of cleft palate in infants. (*Brit. Med. Journ.*, 24 juin.) — Sur la palatoplastie dans la première enfance.

Stolper (P.). Die Beckenbrüche, mit Bemerkungen über Harnröhren- und Harnblasenzerreissungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 4-6.) — Les fractures du bassin; remarques sur les ruptures de l'urèthre et de la vessie.

Strasser (J.). Schleimkrebs der Mamma mit Hämorrhagien. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 juin.) — Cancer muqueux du sein avec hémorrhagies.

Taylor (A. S.). Causes underlying prolonged loss of function in certain injuries about the shoulder-joint; prognosis; treatment. (*Med. News*, 3 juin.) — Causes de l'impotence prolongée dans certains traumatismes de l'épaule; pronostic; traitement.

Tillmanns (H.). Die Verletzungen und chirurgischen Krankheiten des Beckens. In-8°, CXXXII-838 p. Stuttgart. — Les traumatismes et les affections chirurgicales du bassin.

Tourtchaninov (I.). Contribution à la chirurgie cérébrale; un cas d'abcès traumatique aigu du cerveau (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mai.)

Tuttle (J. P.). Local versus general anæsthesia in rectal surgery. (*New York Med. Journ.*, 17 juin.)

Vanverts (J.). Plaidoyer en faveur du procédé de la compresse de flanelle pour l'administration du chloroforme. (*Nord méd.*, 15 juin.)

Vignard (E.) et **Labeyrie** (G.). Un cas de spondylite staphylococcique chez un adulte. (*Arch. provinc. de chir.*, mars.)

Volkovitch (N.). Einige Daten über den Mechanismus der Entstehung der Radiusfracturen an typischer Stelle; Anatomie und Behandlung derselben. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVI, 4.) — Sur la pathogénie, l'anatomie et le traitement de la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Wathen (W. H.). Gastroenterostomy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 juin.)

Weidenfeld (S.). Ueber die Therapie schwerer Verbrennungen. (*Wien. med. Presse*, 11 et 18 juin.) — Sur le traitement des brûlures graves.

Weisenberg (S.). 3 cas d'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 8.)

Whitney (W. F.) et **Harrington** (F. B.). Subperitoneal pelvic fibromata and its surgical treatment. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Wilmanns (R.). Ein Fall von Darmstenose infolge chronisch entzündlicher Verdickung der Ileocæcalklappe. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 1.) — Rétrécissement de l'intestin consécutif à un épaississement inflammatoire chronique de la valvule iléo-cæcale.

Wittek. Zur operativen Therapie der seitlichen Kniegelenks-Verkrümmungen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 1.) — Traitement chirurgical des incurvations latérales du genou.

Zamouravkine (K.). Un cas d'actinomycose (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juin.)

Zeman (J.). Laterální œsofagotomie pri cizích telesech v jícnu. (*Casopis lékaru ceskych*, 10 et 17 juin.) — Œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage.

Zerenine (V.). Sur le diagnostic et l'intervention chirurgicale en cas de cancer de l'estomac; résection de l'estomac et jéjunostomie (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 8.)

Zimmermann (I.). La diathèse purulente (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, mars et avril.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Batigne (P.). La suture des releveurs dans les prolapsus génitaux. (*Gynécologie*, avril.)

Brassart (H.). Rigidité pathologique du col de l'utérus pendant le travail par suite de sclérose syphilitique. (*Echo méd. du Nord*, 2 juillet.)

Budin (P.). Orifice vaginal et vaginisme. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 juillet.)

Bumm (E.). Zur operativen Behandlung der puerperalen Pyämie; 5 Fälle von Unterbindung der Venæ spermaticæ und hypogastricæ mit 3 Heilungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 juillet.) — 5 cas de ligature des veines utéro-ovariennes et hypogastriques pour fièvre puerpérale; 3 guérisons.

Chartier. Contre-indications des pessaires; leurs accidents. (*Gynécologie*, avril.)

Child (C. G.). What advice should be given to women with malpositions of the uterus? (*Med. News*, 1er juillet.)

Doléris (J.-A.). L'atrésie cervicale après les cautérisations par le caustique de Filhos. (*Gynécologie*, avril.)

Eversmann (J.). Beitrag zur Lehre von der Struma ovarii colloides. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXVI, 1.)

Fedorov (I.). Sur le rôle biologique des glandes mammaires dans l'organisme humain (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 4, 11, 18 et 25 juin.)

Friolet (H.). Ueber spontane Haltungskorrektur des Kopfes bei Gesichtslage; ein Beitrag zum Geburtsmechanismus bei Streckhaltungen der Frucht. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 3.) — Sur la rectification spontanée de l'attitude de la tête dans la présentation de la face.

Shoemaker (G. E.). Some results of abdominal operations. (*Amer. Medicine*, 27 mai.)

Sztahovszki (A.). Ueber eine geheilte, jauchige Peritonitis. (*Pest. med.-chir. Presse*, 18 juin.) — Péritonite putride; guérison.

Uhle (R. von). Zur Therapie der Hyperemesis gravidarum. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 juin.)

Vallois. Grossesse extra-utérine abdominale; rupture du kyste fœtal; laparotomie; ablation du kyste fœtal; accidents post-opératoires; guérison. (*Montpellier méd.*, 26 mars.)

Vassmer (W.). Ist durch die Abrasio eine Dauerheilung des beginnenden glandulären Uteruscarcinoms zu erzielen? (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXV, 3.) — L'abrasion assure-t-elle une guérison définitive du cancer glandulaire de l'utérus au début?

Véron (F.). Hémorrhagie mortelle au cours du travail par décollement du placenta normalement inséré coïncidant avec une rupture extra-muqueuse de l'utérus. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIV, 1.)

West (J. N.). The prophylaxis and treatment of pyosalpinx. (*Med. Record*, 24 juin.)

PÉDIATRIE

Mattirolo (G.). Adenocarcinoma primitivo del fegato in un bambino di 9 anni. (*Gazz. degli Osped.*, 11 juin.)

Monin (E.). Médecine de l'enfance jusqu'à l'adolescence. In-18, 426 p.

Morquio (L.). Una mujer en estado de sifilis latente por concepción, puede lactar impunemente un niño sano? (*Arch. latino-americanos de pediatria*, mai.) — Une femme en état de syphilis latente par conception, peut-elle allaiter un nourrisson sain?

Pfaundler (M.). Ueber die actuelle Reaction des kindlichen Blutes. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLI, 3-4.) — Sur la réaction actuelle du sang chez l'enfant.

Raffaelli (G.). Del tremore nei lattanti. (*Pediatria*, mai.) — Sur le tremblement du nourrisson.

Rosenhaupt (H.). Zur Klinik der Halsrippe. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLI, 3-4.) — Recherches cliniques sur la côte cervicale.

Schlesinger (E.). Aesthesiometrische Untersuchungen und Ermüdungsmessungen an schwachbegabten Schulkindern. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLI, 3-4.) — Recherches esthésiométriques et mensurations de la fatigue sur des écoliers peu doués.

Scott (S. G.) et **Telling** (W. H. M.). A case of infantile splenic anæmia. (*Lancet*, 17 juin.)

Scudder (C. L.) et **Quinby** (W. C.). Stenosis of the pylorus in infancy; an analysis of 115 cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 mai et 3 juin.)

Strasser (A. A.). Masturbation in childhood. (*Med. Record*, 17 juin.)

Tissier (H.). Etude d'une variété d'infection intestinale chez le nourrisson. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

Weill (E.). Précis de médecine infantile. 2e éd. In-18, 969 p. avec fig.

Zelenski (T.). Sztuczne i mieszane zywienie niemowlat a instytucya « Kropli mleka » (Goutte de lait) we Francyi. (*Przeglad lekarski*, 25 fév. et 4 mars.) — L'allaitement artificiel et mixte des nourrissons et les « Gouttes de lait » en France.

Zubizarreta (A.). 4 casos de gastro-enteritis crónicas, graves, curados con el babeurre. (*Arch. latino-americanos de pediatria*, mai.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Hédon (E.). Fibrome de l'amygdale. (*Montpellier méd.*, 30 avril.)

Heiman (Th.). Indications pour l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les otites moyennes purulentes aiguës. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mars.)

Horlbeck (H.). Double mastoiditis, followed by diphtheritic exudation with fatal result. (*Arch. of Otol.*, fév.)

Le Bec. Laryngectomie totale en deux temps séparés. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, avril.)

Leroux (R.). Recherches anatomiques et cliniques sur les altérations du spinal d'origine otique. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, avril.)

Lewis (R.). 3 cases of lateral sinus thrombosis. (*Arch. of Otol.*, fév.)

Lins (A.). Hernie de la caisse du tympan. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mars.)

Massier (H.). Mastoïdite double à réactions cérébrales au cours d'une infection puerpérale; guérison sans trépanation. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mars.)

Möller (J.). Quelques remarques sur l'otosclérose à propos d'un cas d'autopsie. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mars.)

Nakayama (H.). Kongenitale Membranbildung an der hinteren Wand des Larynx. (*Prag. med. Wochensch.*, 25 mai et 1er juin.) — Repli membraneux de la paroi postérieure du larynx, d'origine congénitale.

Onodi (A.). Die Nebenhöhlen der Nase. In-8°, 124 planches, avec texte explicatif. Vienne. A. Hölder. — Les cavités accessoires du nez.

Perov (N.). Du traitement chirurgical des otites moyennes (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 7 mai.)

Radzikh (P.). Contribution à l'étude des sensations auditives subjectives d'origine réflexe (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 10.)

Royet. Les vertiges par symphyses salpingo-pharyngiennes; notion nouvelle essentielle pour le diagnostic et le traitement des vertiges. (*Journ. de neurol.*, 5 mai.)

Rozier. Diagnostic de la syphilis par l'otologiste. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mars.)

Schatz (E.). Die Abkürzung der Nachbehandlung akuter Mastoïdeusoperationen durch Paraffinfüllung. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 juin.) — Le plombage à la paraffine pour hâter la guérison après opération pour mastoïdite aiguë.

Simionescu (Florea). Quelques mots sur l'ozène trachéal. (*Bull. de la Soc. des méd. et natural. de Jassy*, mai-juin.)

Snow (S. J.). Surdité catarrhale avec une étude de 400 cas chroniques. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, avril.)

Spadacci (G.). Morbo di Ménière probabilmente da infezione malarica. (*Gazz. degli Osped.*, 18 juin.)

Stephens (F. M.). Report of a case of temporosphenoidal abscess, with streptococcus infection; operation and recovery. (*Arch. of Otol.*, fév.)

Tapia (A.-G.). Un cas d'hémiplégie droite du larynx et de la langue avec paralysie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze du même côté, suivie d'hémiplégie totale passagère du côté gauche du corps. (*Presse oto-laryngol. belge*, fév.)

Thierry de Martel. Examen et mensuration des sinus frontaux de 59 sujets. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, avril.)

Voïatchek (V.). Les problèmes de l'acoumétrie moderne (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, avril.)

Ward (N. G.). Sore throat, as caused by systemic conditions. (*Med. News*, 10 juin.) — De l'angine.

Zlatoviérov (A.). La nécrose du marteau et de l'enclume et la résection de ces osselets (en russe). (*Roussk. Vratch*, 21 mai.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Albu (A.). The treatment of spastic constipation. (*Med. Record*, 1er juillet.)

Angiulli (G.). La cura mineralizzatrice nella tubercolosi pulmonare. In-8°, 23 p. Naples.

Aurness (P. A.). The application of ice in lobar pneumonia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 juin.) — L'emploi de la glace dans la pneumonie franche aiguë.

Babcock (W. W.). The osmic acid treatment of « tic douloureux ». (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, avril.)

Benedict (A. L.). A plea for medical treatment of the inflamed appendix. (*Med. News*, 3 juin.) — Sur le traitement médical de l'appendicite.

Carrière (G.). Traitement des oreillons. (*Nord méd.*, 1er juin.)

Cerf (L.). La sérothérapie préventive du tétanos des nouveau-nés. (*Anjou méd.*, mai.)

Chambon. Traitement des paralysies diphtériques par le sérum antidiphtérique. (*Année méd. de Caen*, mai.)

Ebstein (W.). Ueber die Behandlung der Abmagerung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 juin.) — Traitement de l'amaigrissement.

Ellingwood (F.). Cactus grandiflorus. (*Med. Record*, 3 juin.)

Favre (Ch.). Trois cas d'ankylostomiase traités avec succès par la méthode Malvoz-Lambinet. (*Loire méd.*, juin.)

Feldt (A.). Moderne Methoden der Tuberkulinanwendung. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 27 mai.)

Fischer (L.). Clinical experience with antitoxine, and the advantages of large doses. (*New York Med. Journ.*, 17 et 24 juin.)

Gillot (A.). Le régime alimentaire de l'entéro-colite muco-membraneuse. In-18, 31 p. Bar-le-Duc.

Miesowicz (E.). Chlorek barowy jako srodek nasercowy. (*Przeglad lekarski*, 25 mars et 1er avril.) — Le chlorure de baryum en tant que médicament cardiaque.

Montesi (A.). Un caso di tetano traumatico guarito col metodo Baccelli. (*Nuovo raccoglitore med.*, avril.)

Naunyn (B.). Die Behandlung des Diabetes mellitus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 juin.)

Norris (G. W.). The treatment of pulmonary tuberculosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 juin.)

Pollatschek (A.). Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1904. In-8°, XXVIII-252 p. Wiesbaden. — Les progrès réalisés en thérapeutique pendant l'année 1904.

Probst (C. O.). Modern treatment of tuberculosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 mai.)

Pulley (W. J.). The treatment of renal inadequacy complicated by an apparent nephritis. (*Med. Record*, 24 juin.)

Quest (R.). Zur Therapie des Scharlachs. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 juin.) — Sur le traitement de la scarlatine.

Retivov (M.). Quelques cas de névralgie sciatique, traités par des injections sous-cutanées de strychnine (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 4 juin.)

Risso (A.) et **Cipollina** (A.). Ulteriori ricerche sulla sieroterapia antisifilitica. (*Riforma med.*, 18 mars.)

Robinson (B.). The medical and surgical treatment of gastric ulcer. (*New York Med. Journ.*, 3 juin.)

Rolleston (J. D.). Some aspects of the serum treatment of diphtheria. (*Practitioner*, mai.)

Seibert (A.). Rectal injections of large doses of sodium salicylate in cerebrospinal meningitis. (*Med. Record*, 17 juin.)

Stewart (D. D.). Tolerance to nitroglycerin. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 mai.)

Tamamchev (I.). Contribution à l'étude du traitement du choléra asiatique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 28 mai.)

Tarkhanov (I.). Sur l'action physiologique de l'adrénaline (en russe). (*Journ. méd. khimii i organotérap.*, janv.)

Tomaselli (S.). Il siero di Behring nella erisipela della faccia. (*Gazz. degli Osped.*, 18 juin.)

Ward (P. H.). A case of pyrexia following childbirth treated with antistreptococcic serum. (*Lancet*, 10 juin.) — Fièvre puerpérale traitée par le sérum antistreptococcique.

Wilcox (R. W.). The treatment of chronic diarrhea. (*Amer. Medicine*, 10 juin.)

Wolf (H.). Die mechanische Behandlung der Ischias und ihre diagnostische Bedeutung. (*Wien. med. Wochensch.*, 3 juin.) — Le massage dans la sciatique et sa valeur diagnostique.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Carabelli (C.) et **Luraschi** (C.). La cura della ipertrofia della prostata coi raggi X. (*Gazz. degli Osped.*, 18 juin.)

Dalous (E.) et **Lasserre** (J.). Sur le processus histologique des radio-épithélites (action des rayons X sur l'épiderme normal et sur les tissus épithéliomateux). (*Ann. de dermatol. et de syph.*, avril.)

Denis. Au sujet de trois cas d'extraction d'aiguilles. (*Echo méd. du Nord*, 25 juin.)

Fochessati (A.). Risultati ottenuti colla radioterapia in un caso grave di angioma congenito teleangectasico. (*Nuovo raccoglitore med.*, mars.)

Goff (W. P.). The treatment of disease with the Röntgen rays. (*New York Med. Journ.*, 24 juin.)

Kalmann (A. J.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Radiumwirkung von Heilquellen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er juin.) — Sur la radioactivité des eaux minérales.

Monnier (A.). Du rôle des rayons de Röntgen dans l'appréciation de la réduction de capacité de travail en matière d'accident. (*Gaz. méd. de Nantes*, 3 juin.)

Quadrone (C.). Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Röntgenstrahlen; 2. vorläufige Mitteilung. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 17 juin.) — Recherches cliniques et expérimentales sur les effets des rayons de Röntgen.

Schlachta (J.). Zur Theorie der biologischen Strahlenwirkung. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 juin.) — Sur la théorie de l'action radiologique en biologie.

Stegmann (R.). Die Behandlung der Struma mit Röntgenstrahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 juin.) — Radiothérapie du goitre,

Williams (E. G.). Principles governing the technic of Röntgen ray therapy. (*Med. News*, 13 mai.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Bowditch (V. Y.) et **Dunham** (H. B.). Six years' experience at the Massachusetts State Sanatorium for tuberculosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 juin.)

Ducros (A.). Le bain prolongé. (*Lyon méd.*, 25 juin.)

Grödel (Th.). Die physiologische Wirkung der Solbäder. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 mars.) — L'action physiologique des bains salins.

Röthlisberger. Einige Betrachtungen über die Natur und den Thermalkurerfolg sämtlicher im Verlaufe der Saison 1903 von mir behandelten und nachbehandelten Ischiasfällen. (*Arch. f. physik.-diätet. Therapie*, fév.) — Du traitement thermal de la sciatique.

Spiess (G.). Die Balneotherapie bei den Erkrankungen der Luftwege. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 mai et 5 juin.) — La balnéothérapie des affections des voies respiratoires.

Weisz (E.). Der Wert der Bäder bei Gicht. (*Therap. Monatsh.*, juin.) — Valeur des bains dans la goutte.

Woszczynski (J.). Hidroterapia w psychiatryi. (*Przeglad lekarski*, 14 et 21 janv., 2 et 11 fév.)

BACTÉRIOLOGIE

Motta-Coco (A.). Osservazioni culturali sul bacillo della morva. (*Gazz. degli Osped.*, 25 juin.)

Porges (O.). Ueber die Agglutinabilität der Kapselbakterien. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 juin.)

Salus (G.). Das Aggressin des Colibakterium mit besonderer Rücksicht auf seine Spezifizität. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 juin.)

Schupfer (F.). Sopra un nuovo bacillo anaerobio patogeno per l'uomo. (*Policlinico*, partie méd., XII, 6.)

Weichselbaum (A.) et **Ghon** (A.). Der Micrococcus meningitidis cerebrospinalis als Erreger von Endokarditis sowie sein Vorkommen in den Nasenhöhlen Gesunder und Kranker. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 juin.) — Endocardite à méningocoque; présence de ce microbe dans les fosses nasales des sujets sains et des malades.

Weil (E.). Ueber die Wachstumsmöglichkeit des Heubazillus im Tierkörper. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 juin.) — Sur la possibilité de cultiver le bacille de la fièvre des foins en milieu organisé.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Baudouin (M.). Pathologie préhistorique : un cas de luxation simple de l'atlas sur l'axis en avant chez un homme de l'époque mégalithique; étude anatomo-pathologique de cette variété de luxation. (*Rev. de chir.*, juin.)

Boinet (E.). Les doctrines médicales; leur évolution. In-18, 331 p.

Carøe (K.). Den danske lægestand (1786-1838). In-8°, 252 p. Copenhague. — Le corps médical danois de 1786 à 1838.

Hemmeter (J. C.). The history of the circulation of the blood; contributions of the Italian anatomists and physiologists; their bearing upon the discovery by Harvey. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, mai.) — Historique de nos connaissances sur la circulation du sang.

Partridge (H. G.). The history of the obstetric forceps. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Schürer (F. von). Ignaz Philipp Semmelweis; sein Leben und Wirken; Urteile der Mit- und Nachwelt. In-8°, 256 p. avec portrait. Vienne.

GÉNÉRALITÉS

Blanchard (R.). Les moustiques; histoire naturelle et médicale. In-8°, 673 p. avec fig. F.-R. de Rudeval.

Fürst (M.) et **Windscheid** (F.). Handbuch der sozialen Medizin. T. V. In-8°, 154 p. Iéna.

Griffiths (L. M.). Medical philology. 1re partie. In-8°, 108 p. Londres.

Ioteyko (Mlle J.). Entraînement et fatigue au point de vue militaire. In-12, XXVII-100 p. Bruxelles. Misch et Thron.

Jacobsohn (L.). La continence sexuelle devant la médecine (en russe). (*Roussk. Vratch*, 7 mai.)

Poncet (A.) et **Leriche** (R.). Scarron et Couthon, atteints de rhumatisme tuberculeux. (*Lyon méd.*, 4 juin.)

Popielski (L.). Fizyka i chemia w biologii. (*Przeglad lekarski*, 4 et 11 mars.)

Querton (L.). L'augmentation du rendement de la machine humaine. In-12, 216 p. avec graphiques. Bruxelles. Misch et Thron.

Schober (P.). Socialmedicinische Bilder aus Frankreich. In-16, 134 p. Vienne.

Stodart-Walker (A.). The decrease in the birth-rate. (*Edinburgh Med. Journ.*, mars.) — La diminution de la natalité.

NOUVELLES

FRANCE

A propos de la question de l'othématome des lutteurs, soulevée dernièrement dans ce journal par M. A. Valentin (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 357), M. le docteur de Vaucresson (médecin militaire) nous écrit ce qui suit :

« J'ai dans les documents que j'ai recueillis personnellement le dessin des deux oreilles d'un lutteur bordelais, qui ont été le siège de nombreux hématomes, dont l'origine est celle qu'indique le professeur de Berne pour les lutteurs suisses : les déformations qui en résultent, occasionnées par de véritables fractures cartilagineuses vicieusement consolidées, sont considérables.

Tout dernièrement, j'ai eu l'occasion de suivre un malade atteint d'othématome de l'oreille droite; le traitement a consisté dans l'incision et l'évacuation de nombreux caillots, mais le résultat esthétique a été peu satisfaisant; aussi me bornerai-je, à l'avenir, à ne pas toucher à un hématome de l'oreille.

Cette lésion est très fréquente et l'on peut dire, d'une manière générale, que tous les lutteurs de la région girondine en sont porteurs. Comme leurs collègues de Suisse, ils ne tiennent nullement à se soumettre à une intervention chirurgicale pour s'en débarrasser, et ils n'ont pas tort, vu les mauvais résultats de l'incision dans l'othématome. »

BELGIQUE

Il y a quelques mois, le ministre de l'agriculture a fait remettre, par l'intermédiaire des présidents des commissions médicales provinciales, à chacun des praticiens belges exerçant dans une localité frontière, un exemplaire du recueil des conventions conclues entre la Belgique et les gouvernements allemand, français, hollandais et luxembourgeois, pour l'exercice de l'art de guérir dans les communes frontières.

Dans la circulaire d'envoi aux intéressés, il leur est rappelé que, « pour pouvoir jouir de la convention, ils doivent être domiciliés dans une commune touchant directement au territoire du pays voisin et — point important — qu'ils ne peuvent pratiquer que dans les communes immédiatement limitrophes du territoire belge ».

BRÉSIL

M. Chapot-Prévost (de Rio-de-Janeiro), qui a procédé, avec succès, à la séparation de Maria-Rosalina (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 341 et 370), signale l'existence d'un autre tératopage vivant, Maria de Lourdes-Maria Francina, dont la réunion porte sur une plus grande étendue que le précédent thoraco-xiphopage brésilien.

Le nouveau monstre est né le 9 février 1905 à Santa Thereza, près Crato (Etat de Ceará), et c'est M. le docteur Dario Peixoto qui a fourni à M. Chapot-Prévost les renseignements s'y rapportant. Le père est âgé de vingt-trois ans et demi, la mère de vingt-quatre; les conjoints, parents au quatrième degré, avaient eu déjà une petite fille normalement constituée et bien portante. Comme, au cours de sa seconde grossesse, la mère avait senti de grands mouvements, on prévoyait un accouchement gémellaire. Le travail dura environ dix heures.

D'après les renseignements recueillis, il semble qu'il y ait eu deux cordons, mais quand M. Peixoto examina les nouveau-nées, il ne trouva qu'une seule cicatrice ombilicale, et il ne lui fut pas possible de savoir si le placenta était double ou unique. La plaie ombilicale, faute de soins, ne fut cicatrisée qu'au bout d'une quinzaine de jours.

Le poids du xiphopage à la date du 8 mai, un mois après que les fillettes avaient eu la rougeole, était de 5 kilos 500; toutes deux présentèrent aussi pendant quelque temps de l'ophtalmie purulente. L'une d'elles eut ensuite de la diarrhée, et, comme l'autre n'en souffrit pas, il est vraisemblable d'admettre qu'il existe une indépendance complète du tube intestinal.

ILE DE MALTE

Depuis la découverte du *Micrococcus melitensis* par M. D. Bruce, on sait que la fièvre de Malte, qui sévit dans un grand nombre de pays (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 149), est une maladie infectieuse, mais le mode de transmission, aussi bien que l'évolution de l'agent spécifique, nous sont restés inconnus. En présence de l'extension de la maladie parmi les soldats et les marins, l'amirauté anglaise, ainsi que le département de la guerre, d'accord avec le gouverneur civil de l'île, a nommé l'année dernière une commission de médecins et de bactériologistes, chargée, sous le contrôle de la Société royale, de faire une enquête sur l'étiologie et la propagation de la fièvre de Malte.

Cette commission a déjà dressé trois rapports, dont les deux premiers ne contenaient rien qui ne fût plus ou moins connu. Le troisième rapport, qui vient de paraître tout dernièrement, nous apporte un fait digne d'être signalé.

M. le docteur Th. Zammit, bactériologiste du gouvernement de Malte et membre de la commission, s'était procuré 6 chèvres provenant de deux troupeaux différents, destinées à être inoculées avec le *Micrococcus melitensis;* mais, avant de procéder à l'inoculation, il voulut s'assurer du pouvoir agglutinant du sérum de ces animaux. Or, à sa grande surprise, il constata que le sérum de 5 de ces chèvres agglutinait le microcoque spécifique, résultat confirmé par un second essai fait le lendemain. M. Zammit préleva alors des échantillons de sang de ces animaux et les envoya au laboratoire d'hygiène publique où M. Horrocks, autre membre de la commission, après avoir reconnu comme exact le fait signalé ci-dessus, procéda à l'examen bactériologique du lait des chèvres et y trouva de nombreux microcoques. On examina aussi une série de chèvres provenant des troupeaux qui fournissent le lait à l'hôpital et à la ville de la Valette, et chez un certain nombre d'entre elles on décela le *Micrococcus melitensis.*

Le lait de chèvre serait donc le véhicule de propagation de la fièvre de Malte dans l'île, et comme les bêtes caprines sont très répandues tant à la ville qu'aux champs, la consommation de lait infecté se fait sur une grande échelle, ce qui explique la fréquence de la maladie. Celle-ci produit chez l'homme des symptômes bien déterminés, tandis qu'elle ne détermine chez la chèvre aucun signe apparent.

L'année dernière M. D. Bruce s'était demandé si la race caprine ne serait pas l'hôte du *Micrococcus melitensis*, et par suite — vu le nombre considérable des chèvres dans l'île — ne constituerait pas une source constante d'infection; et voilà que les événements viennent de confirmer cette hypothèse.

L'attention étant maintenant portée sur cette source d'infection, il sera facile de vérifier dans les autres pays à fièvre de Malte (Chypre, îles Baléares, îles de l'Archipel grec, Asie mineure, Gibraltar, Sicile, Sardaigne, Corse, Gênes, Naples, Alexandrie, Tunis, Alger, côtes de la mer Rouge, Indes orientales, Açores, îles Canaries, Vénézuéla, Porto-Rico, etc.) si le *Micrococcus melitensis* est présent dans le lait des chèvres, ce qui constituerait une confirmation générale de la découverte faite dans l'île de Malte.

INDES ORIENTALES NÉERLANDAISES

Depuis plusieurs mois, M. Neisser, le syphiligraphe allemand bien connu, qui est allé dans les Indes orientales néerlandaises pour y continuer les expériences qu'il avait entreprises à Breslau sur la transmission de la syphilis au singe, s'est fixé à Batavia. Les singes dont il se sert à cet effet proviennent de Bornéo, de Sumatra et de Singapour, mais il est presque aussi difficile de conserver ces animaux en vie dans l'île de Java qu'en Europe : ils n'y sont pas à l'abri de la dysenterie, due probablement au colibacille, qui les fait périr tout autant qu'à Breslau. Aussi, M. Neisser a-t-il décidé de placer les singes inoculés de syphilis en pleine liberté dans une petite île déserte, tout proche de Batavia, et de les y laisser une ou plusieurs années; on capturera ou on tuera plus tard ces singes et deux assistants du professeur feront, en temps voulu et sur place, les examens nécessaires.

Bien que la syphilis soit très fréquente dans l'île de Java, M. Neisser éprouve certaines difficultés pour se procurer du virus provenant de cas récents de syphilis, les indigènes n'ayant pas recours à un médecin tant que la maladie n'est pas arrivée à la période tertiaire.

ITALIE

On vient d'ouvrir à Rome un établissement spécial, dénommé *Sanatorio Umberto I*, dans lequel seront hospitalisés exclusivement des tuberculeux. Le nouvel hôpital, bien situé et pourvu largement d'air et de lumière, se compose de cinq pavillons de 100 lits chacun, dont trois pour les hommes et deux pour les femmes; il existe, en outre, deux salles pour la policlinique, où aura lieu la visite, par sexe séparé, des malades suspects de tuberculose, lesquels seront ensuite, suivant le cas, ou admis dans l'établissement ou traités à la policlinique qui leur distribuera gratuitement les médicaments nécessaires et leur offrira le déjeuner. Le personnel médical comprend un médecin directeur, trois médecins adjoints et deux assistants.

PRUSSE

Le *Messager officiel* de l'empire russe publiait, dans un de ses derniers numéros de la première quinzaine d'août, une note ainsi conçue : « Dans les limites de l'empire, il n'y a pas eu de cas de choléra depuis le 21 avril. » Cette déclaration n'est pas sans surprendre quelque peu, car il n'est guère douteux que des cas de choléra se soient produits dans la Pologne russe au cours du mois dernier. Toujours est-il que le 16 août on a signalé à Kulm, dans la Prusse occidentale, laquelle fait frontière avec la Pologne russe, l'existence d'un cas de choléra chez un conducteur de radeaux sur la Vistule. Un autre fait tend à confirmer l'existence du choléra en Russie : un émigrant russe, arrivé à Hambourg par la voie ferrée le 27 août, est mort du choléra le 29 à l'hôpital Saint-Georges.

Il faut donc reconnaître que, dans certaines parties de la Russie, le choléra sévit plus ou moins, et que de ce pays il a été importé en Allemagne de deux manières : d'un côté, dans le bassin de la Vistule, par des conducteurs de radeaux venant de Russie, de l'autre, à Hambourg, par un émigrant russe.

En ce qui concerne la Vistule, on peut dire que ce fleuve est contaminé sur un grand nombre de points, puisqu'on a constaté des cas de choléra çà et là, le long de son cours. C'est exclusivement chez des bateliers russes que les premiers cas se sont produits, mais depuis la maladie a atteint d'autres personnes, et d'après les derniers renseignements on comptait en tout dans la Prusse occidentale et dans la province de Posen, également limitrophe de la Pologne russe, 63 cas et 21 décès.

Il semble que le choléra ait quelque tendance à gagner le bassin de l'Oder, car on a constaté des cas le long de la Netze et de la Warthe, qui en sont tributaires. A cela rien d'étonnant, car la première de ces rivières se trouve reliée dans son cours supérieur à la Vistule par le canal de Bromberg et va se jeter dans la Warthe en amont de la ville de Landsberg, aux environs de laquelle on a signalé officiellement deux décès cholériques.

C'est donc vraisemblablement de la Pologne russe que le choléra a été importé en Prusse, et c'est aussi de cette partie de la Russie que proviendraient les quelques cas qui ont été constatés sur des bateliers en Galicie, province autrichienne limitrophe de la Pologne russe.

Le cas constaté à Hambourg chez un émigrant russe n'est pas resté isolé : le malade n'avait pas été, tout d'abord, reconnu atteint de choléra et par suite avait été admis dans la salle commune; or, son voisin de lit a été, quatre jours après, frappé à son tour par la maladie.

Le corps médical russe n'a pas été sans se préoccuper de l'épidémie de choléra en Russie, et il a même tenu à Moscou, du 3 au 6 avril dernier, un congrès spécialement consacré à cette maladie, auquel ont pris part plus de 1,600 médecins; mais le ministre de l'intérieur a fait saisir les comptes rendus de cette réunion, ainsi que toutes les publications de la Société médicale Pirogov s'y rapportant. La suppression de ces documents, qu'elle soit ou non justifiée par des motifs qui n'ont rien de scientifique, est d'autant plus fâcheuse dans la circonstance actuelle qu'elle a été suivie plus tard de la déclaration officielle susmentionnée, d'après laquelle la Russie serait indemne de choléra depuis près de quatre mois. Cette façon d'empêcher la vérité d'être connue est cause de l'importation du choléra dans deux pays voisins, et, malgré les mesures rigoureuses prescrites par la Prusse et par l'Autriche, il est à craindre que le mal ne se limite pas dans les provinces contaminées. La preuve en est qu'une femme revenue de Bochum (Westphalie) *viâ* Berlin dans la Prusse orientale y est morte de choléra le 31 août ; on suppose qu'au cours de son voyage elle a bu de l'eau dans une des stations du chemin de fer. Aussi le gouvernement prussien a-t-il établi une surveillance étroite, avec postes sanitaires, de toutes les voies fluviales contaminées ou suspectes de contamination. On a appliqué la loi impériale de 1900 (Voir *Semaine Médicale*, 1900, Annexes, p. CVI), dont les détails d'exécution ont été arrêtés par le Conseil fédéral le 28 janvier 1904, de telle sorte que sur tout le territoire de l'empire allemand les mesures prophylactiques contre le choléra seront uniformes.

SAXE

Le Conseil médical du royaume (*Landes-Medizinal-Kollegium*) vient de créer auprès d'un certain nombre d'hôpitaux de la Saxe et dans quelques cliniques de la Faculté de médecine de Leipzig une série de places d'externes (médecins auxiliaires) réservées aux nouveaux médecins et aux praticiens désireux de se perfectionner dans leur art par un stage pratique, qui peut se faire dans un ou dans plusieurs des établissements hospitaliers désignés à cet effet, sans que la durée dépasse en tout une année.

Ces places, qui ne comportent aucune rétribution, seront affectées aux nationaux; toutefois, les médecins des autres pays pourront y être admis sur autorisation du ministre de l'intérieur.

TRAVAUX ORIGINAUX

Du paludisme à forme de péritonite aiguë.

I

J'ai été témoin de faits qui, à cause de leur importance, méritent tout spécialement de fixer l'attention des médecins en pays palustre, afin d'éviter des méprises fort graves.

J'ai vu, en effet, le paludisme se présenter traîtreusement à l'observateur avec le masque toujours effrayant d'un des syndromes cliniques les plus dramatiques, celui de la *péritonite aiguë*.

En semblable occurrence, si le diagnostic de paludisme n'est pas fait (et pour le faire il faut d'abord connaître la possibilité de cette modalité morbide et y songer), on se trouve dans la nécessité de discuter l'urgence d'une laparotomie. L'intérêt pratique qui se rattache à ce sujet du paludisme *figurant* la péritonite aiguë se comprend aisément de ce fait.

Voici généralement, sans entrer dans une description clinique détaillée, ce qui se passe. On a sous les yeux tous les symptômes habituels d'une péritonite — météorisme et douleur de l'abdomen, vomissements porracés incessants, petitesse du pouls, facies grippé, voix éteinte, etc. —, et l'apparition de ces phénomènes a lieu dans des conditions qui font croire à une perforation de l'intestin. Un chirurgien est appelé, qui ne doute pas un instant de la nécessité d'une laparotomie.

C'est exactement ce qui se produisit pour une femme dont je garde le souvenir obsédant. Cette malade était depuis plusieurs jours dans un état typhoïdique lorsque rapidement firent irruption des symptômes péritonéaux. On pensa à une perforation typhoïdique de l'intestin, bien que le séro-diagnostic fût négatif (ce qui peut se voir, même dans une dothiénentérie avérée). Un chirurgien de l'hôpital où se trouvait la patiente admit l'indication de la laparotomie et s'empressa de la pratiquer, car on sait que l'intervention en matière de perforation typhoïdique a d'autant plus de chances de réussir qu'elle est plus précoce. Une fois le ventre ouvert, on ne trouva rien, absolument rien, malgré un évidement soigneux. On referma l'abdomen; la température resta élevée et la malade mourut le lendemain. L'examen du sang fut malheureusement négligé. En tout cas, on ne releva pas sur l'intestin les lésions si typiques de la fièvre typhoïde!

D'après ce que je sais aujourd'hui, d'après les 3 observations personnelles dont il va être question plus loin, et qui furent recueillies à Alger, la même année, à la même époque et dans le même hôpital où se fit l'opération précitée, je ne puis m'empêcher de penser qu'il y eut erreur pour cette femme, qu'il s'agissait chez elle simplement de paludisme et que la quinine aurait peut-être amené sa guérison, ce que n'a pas fait le bistouri.

II

La portée du sujet est donc très grande, on ne saurait le nier. Son étude trouve déjà une raison d'être suffisante dans cette constatation réelle, bien que surprenante, qu'aucun auteur classique ne parle de ces formes péritonéales du paludisme. Elles ont été cependant signalées en Grèce depuis longtemps par Manginas, Gravaris, Pampoukis (1888). M. Laveran, qui indique leurs travaux, se borne à signaler que ces auteurs « ont cité des cas de paludisme avec symptômes de péritonite : vomissements, douleurs abdominales très vives, météorisme... » (1).

Nous n'avons trouvé dans la littérature française qu'une observation analogue aux nôtres, publiée en 1892 par M. Soulié. Elle est un exemple du type clinique que je veux mettre en vedette et montre l'avantage qu'on retire de l'examen systématique pour la recherche de l'hématozoaire. C'est par cet examen systématique, fait pendant l'été de 1890, que M. Soulié reconnut la nature de la péritonite dont il raconte l'histoire, que voici en résumé :

Une femme de quarante et un ans entre à l'hôpital civil d'Alger le 26 août 1890. Alitée depuis cinq jours, elle a continuellement la fièvre, et se plaint d'un grand mal de tête, ainsi que de courbature généralisée; elle n'a jamais eu jusque-là les fièvres palustres. Sa température est à 40°, son pouls à 120.

Le lendemain, le ventre est douloureux, il y a du météorisme, des vomissements; on prescrit de la glace à l'intérieur et sur l'abdomen, ainsi que des pilules d'opium.

Le jour suivant, la situation s'est aggravée : la malade ne peut rien conserver; elle a des vomissements porracés, le facies grippé, le ventre très douloureux, très ballonné; le pouls est à 130; la température à 41°. *Le diagnostic de péritonite paraît s'imposer.* Toutefois, en raison de la localité d'où vient cette femme (Dely-Brahim), M. Soulié fait l'examen du sang: il trouve des hématozoaires du paludisme et des leucocytes mélanifères. On pratique immédiatement une injection de 1 gr. 50 centigr. de bichlorhydrate de quinine. Dès le lendemain, la température est à 38°4; le ventre, moins douloureux, est toujours météorisé; les vomissements sont devenus plus rares. Une nouvelle injection de 1 gr. 50 centigr. de quinine le soir abaisse la température à 37°4. Le jour suivant, les vomissements ont cessé; le météorisme a considérablement diminué.

Le 31 août, la température remonte à 39°. Les vomissements, le météorisme, les douleurs abdominales reparaissent. La vessie de glace est rétablie, et l'on fait une injection de 1 gr. 50 centigrammes de bichlorhydrate de quinine. Dès le lendemain, la fièvre est tombée, les vomissements ont disparu, ainsi que la douleur abdominale. La quinine est continuée pendant deux jours encore. La malade sort guérie le 20 septembre.

« Cette observation, dit l'auteur, est un exemple d'une manifestation rare et singulière du paludisme, qui peut être désignée sous le nom de péritonisme palustre. La présence de l'hématozoaire dans le sang, la cessation des vomissements, du météorisme, de la fièvre sous l'action de la quinine montrent bien que la maladie était sous la dépendance du paludisme. »

III

Il faut retenir d'une façon particulière cette déclaration qu'à un moment donné, dans le cas de M. Soulié, « *le diagnostic de péritonite paraît s'imposer* ».

Il s'est imposé réellement chez un homme de quarante-quatre ans, que nous avons observé l'année dernière. Amené à l'hôpital d'Alger, le 2 juillet 1904, le malade est placé dans le service de la clinique médicale. Il est très fatigué, ne peut rien prendre et vomit beaucoup. Le matin du 3 juillet, on le trouve dans un état de prostration extrême, le facies grippé, la langue sèche, avec des vomissements porracés abondants et incessants, un ventre météorisé et très douloureux partout. Il y a eu du melæna pendant la nuit. Le pouls est petit et rapide, battant 126 fois à la minute. Les urines ne contiennent pas d'albumine. La rate n'est pas très grosse. On ne remarque pas de taches rosées sur le ventre. Cet homme, très obnubilé, ne peut donner aucun renseignement; il répond avec peine aux questions qu'on lui pose, et seulement à voix basse. On lui fait des injections de sérum artificiel.

En présence de cet état, on pense qu'il s'agit d'une péritonite survenue au cours d'une fièvre typhoïde ambulatoire. Ce diagnostic est admis, comme le plus plausible, par plusieurs médecins. Deux chirurgiens de l'hôpital, à qui l'on montre ce malade, n'hésitent pas à reconnaître la péritonite et sont d'avis qu'une laparotomie doit être faite.

Cependant, le séro-diagnostic typhique est négatif, et l'examen du sang me fait constater la présence de l'hématozoaire (petites formes pigmentées). En toute prudence on injecte sous la peau 1 gr. 50 centigr. de bichlorhydrate de quinine. Le soir même l'état général est meilleur, la température baisse rapidement, les vomissements cessent. Le lendemain tout est rentré dans l'ordre (Voir *fig. 1*); le pouls est à 100; le patient peut conserver des aliments. Le ventre n'est plus douloureux. Cet homme peut alors raconter son histoire :

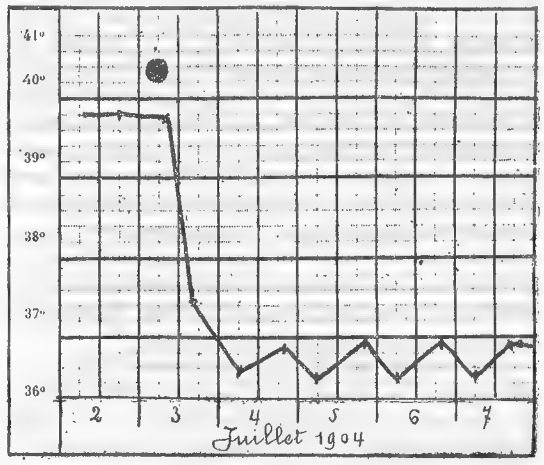


Fig. 1.

Le point noir correspond à l'administration de 1 gr. 50 centigr. de bichlorhydrate de quinine en injection sous-cutanée.

Jamais il n'avait eu de maladies, de fièvres. C'est à l'Arba, pays palustre, que, cinq jours avant sa venue à l'hôpital, il se sentit brusquement atteint de nausées et de malaise général. Il prit alors une purgation qui ne fit qu'amener de la diarrhée. Les vomissements ne diminuèrent pas et persistèrent jusqu'à l'entrée dans le service.

Le malade put quitter l'hôpital huit jours après, complètement guéri, ayant eu seulement, vers le 5 juillet, un érythème attribuable aux injections de sérum qu'on lui avait faites.

Cette observation nous paraît capitale. On y voit, en effet, que des médecins non prévenus et des chirurgiens autorisés n'émettent pas de doute : il y a péritonite aiguë et il faut opérer sans retard.

Les choses se sont produites d'une façon analogue chez un homme de trente-six ans, ayant subi déjà plusieurs fois les atteintes du paludisme. Voici son histoire.

C'est à Bou-Medfa, en Algérie, vers l'âge de dix-sept ans, qu'il eut pour la première fois des fièvres paludéennes, sous forme d'accès survenant tous les deux jours et accompagnés de frissons, avec chaleur et sueurs. Il garda cette fièvre tierce pendant trois ans. Les accès revenaient à chaque instant, bien qu'il prît de la quinine en grande quantité.

Il y a deux ans, à Bouïnan, région malarique, il eut, pendant neuf jours consécutifs, des fièvres accompagnées de vomissements bilieux. Il absorba alors jusqu'à 3 grammes de quinine par jour et guérit complètement.

Voici dix-huit jours que les fièvres l'ont repris à Boufarik, près d'Alger, où il travaillait comme vigneron. Pendant quatre jours, il eut des accès fébriles. Le cinquième jour, il absorba *2 grammes* de quinine et la fièvre disparut pour le reprendre une semaine après avec plus d'intensité. C'est alors qu'il vint à l'hôpital.

Le soir même de son entrée, il se trouve en proie à des douleurs de ventre violentes et à des vomissements porracés. Ces troubles durent toute la nuit.

(1) A. Laveran. Traité du paludisme, p. 206. Paris, 898.

Le 12 août, la température est moins élevée que la veille, mais le malade est très abattu. Il a les traits tirés, la voix éteinte. On ne peut pas sentir la rate; sa percussion donne cependant une matité de quatre travers de doigt en hauteur. La matité hépatique est au contraire réduite. Le ventre météorisé gêne l'examen des organes. La région de l'épigastre est très douloureuse; l'abdomen est, du reste, sensible dans toute son étendue, sans localisation spéciale au point de McBurney. On pense à une péritonite. Les assistants du service se rattachent d'autant plus volontiers à ce diagnostic que l'examen du sang ne montre pas d'hématozoaires. Cet examen révèle seulement « la présence de quelques formes vacuolaires réfringentes dans certains globules rouges »; on note à ce propos que « quelques globules sanguins ont un centre blanchâtre, comme sarcodique, présentant des mouvements élastiques, mais sans pseudopodes, et semblant en relation avec de mêmes mouvements élastiques de tout le globule; les bords de ce centre sont très nets. Il ne s'agit pas de formes apigmentées de l'hématozoaire ». On ne trouve pas en effet d'hématozoaires (quant à ses formes ordinaires) à l'examen du sang sec sur lamelles colorées par le bleu éosiné. Le sérodiagnostic typhique est négatif.

Malgré tout, avant de demander l'avis d'un chirurgien, et comme la température s'élevait de nouveau, à midi fut pratiquée une injection sous-cutanée de 1 gr. 50 centigr. de quinine; le soir, à six heures, la température était encore vers 39°, comme le montre la *figure 2*.

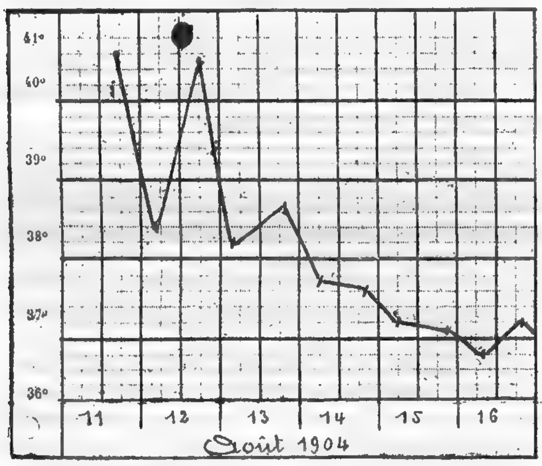


Fig. 2.

Le point noir correspond à l'administration de 1 gr. 50 centigr. de bichlorhydrate de quinine en injection sous-cutanée.

Le lendemain, le malade se sent mieux, les vomissements ont cessé. La fièvre est moins forte : elle reste entre 38° et 39°. Une dose de 0 gr. 50 centigr. de quinine est administrée par la bouche. Les urines sont normales.

Le 15, il n'y a plus de fièvre. On continue la quinine pendant quelques jours, puis on prescrit du méthylarsinate de soude. De 85, le taux de l'hémoglobine était remonté à 100 en trois jours. Le malade peut sortir au bout de deux semaines, complètement rétabli.

Cette observation doit arrêter l'esprit sur ce point que l'absence d'hématozoaire pourrait favoriser l'erreur, car certains interventionnistes seraient capables de s'appuyer sur elle pour légitimer une opération. Il importe donc de rappeler que la découverte du parasite met sur la voie du diagnostic, mais que, en dehors de cette découverte, l'esprit clinique garde toujours ses droits. Et dans le cas particulier, c'est l'exemple du premier de nos malades qui a été notre meilleur guide pour soigner convenablement le deuxième. La constatation immédiate du parasite est, d'ailleurs, souvent très difficile, surtout quand on a affaire à des formes primitives non pigmentées qui ne se révèlent qu'à des yeux particulièrement exercés. C'est surtout dans les fièvres graves qu'elle se montre ardue. Il ne faut donc pas repousser le paludisme comme cause de symptômes péritonéaux, alors même qu'on ne peut pas le prouver autrement que par l'action de la quinine (1).

Ceci est pour parer à certaines objections. On a dit qu'il ne fallait pas « abuser » du paludisme comme cause morbide, ni de la quinine comme pierre de touche. Cela dépend un peu des cas. Je pense que dans des faits semblables à ceux que je viens de citer, lorsqu'on se trouve dans un milieu où la chirurgie active peut intervenir facilement, *il vaut mieux voir à tort l'influence du paludisme que de ne pas la voir du tout*, et donner de la quinine. Le terme « abuser » ne saurait recevoir d'application en semblable circonstance, où prescrire la quinine à cause du doute devient synonyme de prudence. Il n'y a pas d'exception à cette règle de prudence en pays paludéen, même lorsque les phénomènes péritonéaux paraissent relever d'une appendicite, d'un accident puerpéral, etc.

La grossesse elle-même ne doit pas servir de contre-indication : nous en eûmes la preuve chez une jeune femme de vingt et un ans, ancienne paludéenne, ayant eu déjà trois grossesses et enceinte de cinq mois, laquelle entra à l'hôpital le 1er septembre 1904 et dont voici l'observation :

Trois mois après le début de la présente grossesse, elle eut une forte hémorrhagie utérine qui dura quinze jours, cessa pendant une semaine, puis reprit pour quatre jours.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis deux mois, existent des douleurs de ventre, principalement dans la fosse iliaque droite et vers la région sus-pubienne. Les selles sont assurées d'une façon assez régulière.

A son entrée, cette jeune femme a quelques vomissements bilieux, mais pas de fièvre, pas de pertes, pas d'albuminurie. Le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal. Le fœtus est vivant. La rate est grosse. Au palper, l'abdomen se montre douloureux, surtout vers la fosse iliaque droite. On ne sent pas d'empâtement à ce niveau, et il n'y a pas d'hyperesthésie superficielle.

Le lendemain de cet examen, le 3 septembre au matin, survient brusquement un frisson, puis apparaissent des vomissements nettement porracés, à caractère péritonéal. On redoute la péritonite, car le ventre est très sensible. On fait en conséquence une application de glace sur l'abdomen et on ordonne de l'opium sous forme de lavements laudanisés. Le soir la température s'abaisse (*fig. 3*), les vomissements porracés cessent.

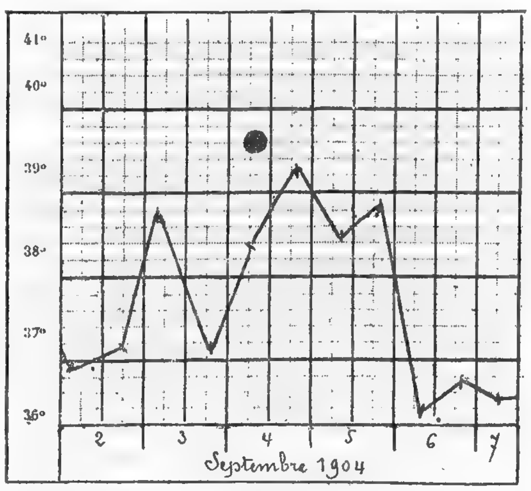


Fig. 3.

Le point noir correspond à l'administration de 0 gr. 75 centigr. de bichlorhydrate de quinine en injection sous-cutanée.

Le jour suivant, au matin, les phénomènes reparaissent. L'examen du sang est fait : il dévoile l'existence de nombreux hématozoaires (grosses formes pigmentées dans des globules rouges volumineux et un peu décolorés; quelques sphères granuleuses extraglobulaires et à petits grains de pigment, très mobiles). Une injection sous-cutanée de 0 gr. 75 centigr. de quinine est pratiquée pendant l'ascension de la fièvre, qui atteint 39° le soir; les vomissements porracés cessent peu après.

Le lendemain, la température reste entre 38° et 39°, mais la malade se sent mieux. Le jour suivant, tout est fini. Le taux de l'hémoglobine est à 85. Le 7, le thermomètre se maintient au-dessous de 37°. Notre malade ne souffre plus du ventre. Complètement rétablie, elle quitte le service quatre jours plus tard, sans troubles du côté de sa grossesse.

La dose de quinine administrée dans ce cas a été relativement minime, eu égard à l'état de gravidité, mais elle n'en a pas moins produit son effet salutaire. Le diagnostic de paludisme offrait certainement plus de facilité que dans les observations précédentes; il ne s'imposa cependant que par la constatation de l'hématozoaire.

IV

L'exposé de tous ces faits dispense de longs commentaires. Ils prouvent d'une façon péremptoire l'existence, la réalité de la *péritonite paludéenne*, séméiologiquement parlant. C'est l'essentiel.

Ces symptômes péritonéaux se montrent en été, aussi bien chez la femme que chez l'homme. Ils appartiennent au paludisme d'invasion et aussi au paludisme déjà manifesté. Ils surviennent assez brusquement au début ou au cours de fièvres palustres *continues* ou *rémittentes* et peuvent en imposer fort bien pour des complications d'autres maladies.

Le diagnostic précoce de cette sorte de péritonite est donc très important. Il s'appuiera avant tout sur la constatation de l'hématozoaire et, en dehors d'elle, sur l'efficacité thérapeutique de la quinine. Pour étayer ce diagnostic, la séro-réaction de Widal rendra la plupart du temps de grands services; d'autres fois ce sera la formule leucocytaire, car l'hyperleucocytose au cours du paludisme n'est qu'exceptionnelle, passagère et toujours très inférieure comme intensité à celle que l'on constate lorsqu'il s'agit de foyers de suppuration. Bref, tous les moyens d'investigation — de laboratoire ou cliniques — trouveront leur emploi suivant les cas.

Toujours on devra songer à la possibilité de l'absence de l'hématozoaire dans le sang périphérique (accès pernicieux ou paludisme déjà traité par la quinine); toujours aussi, il faudra penser à l'éventualité d'une typho-malaria. Mais, d'une façon générale, le diagnostic offrira peu de difficultés et, ce qui est désirable d'abord, c'est qu'il s'impose à la pensée de l'observateur et que, par conséquent, chirurgiens et médecins n'en ignorent point.

En présence du syndrome péritonéal dans le paludisme, le pronostic devra, bien entendu, être réservé. On ne doit pas dire de ces formes péritonéales qu'elles sont bénignes ou bien graves, elles peuvent être l'un ou l'autre.

Elles seraient, en vérité, plutôt bénignes. Elles guérissent seules, déclarent les auteurs grecs précités. Il ne faudrait pas trop s'y fier, surtout lorsqu'il ne s'agit pas de paludisme primaire. Elles pourront bien être pernicieuses, dans le sens simple du mot. Sans compter la menace chirurgicale !

C'est pourquoi le traitement d'une péritonite aiguë, en temps et en pays paludéen, doit recourir *d'emblée à la quinine*, ce qui est du reste sans grand inconvénient si la péritonite n'est pas de nature paludéenne.

C'est un précepte scientifiquement établi, et qu'il faut admettre en pratique courante dans nos colonies.

(1) « L'action de la quinine... fournit au diagnostic une donnée importante », écrit M. Laveran (*Loc. cit.*, p. 183).

V

Il serait prématuré, à propos des quelques exemples de paludisme à forme de péritonite que je viens de rapporter, et en raison de leur petit nombre, de tenter une explication nosologique ou pathogénique de ce type clinique si étonnant. Cependant, je ne puis me dispenser de faire à ce sujet quelques remarques générales.

Il s'agit là d'une manifestation paludéenne *excessivement rare*, ce qui explique que les auteurs ne l'aient pas décrite d'une façon spéciale, que la plupart même, comme je le disais au début, l'ignorent tout à fait.

On pourrait, à première vue, se demander si elle ne se rattache pas au groupe des fièvres bilieuses classiques, mais il est à remarquer que chez aucun de nos malades ne fut constaté d'*ictère*, symptôme cardinal de ces fièvres. Qu'on relise la description que font Kelsch et Kiener (1) des fièvres bilieuses et gastriques, et on se rendra compte qu'ils ne citent aucune observation analogue aux nôtres, aucun fait qui permette de penser qu'ils aient rien vu de semblable à une péritonite. Ils disent seulement : « Des vomissements de bile pure à flots porracés et d'abondantes évacuations intestinales de couleur verdâtre s'observent quelquefois dans la bilieuse grave des pays chauds », et plus loin : « Un des phénomènes les plus constants de cette fièvre est l'ictère », et ils rapportent tout à une polycholie d'origine hémohépatique. Ils ont donc simplement indiqué comme s'observant quelquefois en compagnie de l'ictère *des vomissements porracés* qui sont, comme on sait, un des signes principaux du syndrome péritonite.

Soit dit en passant, la pathogénie des vomissements porracés paraît bien plus compliquée qu'on ne le pense généralement. Je me demande si, dans les formes péritonéales du paludisme que j'étudie, ces vomissements ne se trouvent pas sous la dépendance de l'irritation nerveuse centrale (congestion bulbaire par exemple) ou même sous celle de l'irritation directe du péritoine. Et cette dernière pourrait n'être en définitive que vasculaire (congestion, embolie). Il y aurait alors quelque analogie avec la péritonite sans perforation, dite par propagation, survenant parfois au cours de la fièvre typhoïde et paraissant autant d'origine mécanique que toxique.

Cette digression pathogénique étant faite, je dois déclarer une fois pour toutes que le type présenté par nos malades et décrit ici même n'a rien à voir avec les formes du paludisme dites bilieuses, gastro-bilieuses, etc. On ne saurait le faire rentrer dans leur groupe. Sans doute les efforts de vomissement peuvent être si violents pendant l'accès de fièvre paludéenne (quarte surtout) que les substances rejetées deviennent bilieuses, porracées, mais le tableau ne trompe alors personne. Ici, le vomissement n'est qu'un épiphénomène et ce qu'on voit du premier coup, c'est l'*accès de fièvre* qu'on dénomme alors *gastrique* ou *gastralgique*.

C'est dans la catégorie des fièvres larvées du paludisme que doit être admise la forme clinique péritonéale du paludisme. C'est en cette qualité que M. Laveran en dit un mot, et l'on doit adopter sa manière de voir.

Cet auteur en effet a conservé au terme *fièvres larvées* le sens primitif des auteurs anciens, dont beaucoup se sont éloignés aujourd'hui : *larva* veut dire masque; une maladie larvée est celle qui simule une autre affection en en prenant le masque; on croit d'abord à la deuxième avant de penser à la première.

Il faut relire ce que dit M. Laveran dans son « Traité du paludisme » au sujet de ces fièvres larvées (2) pour saisir l'importance et l'intérêt des observations que j'ai recueillies à Alger et rassemblées en ce mémoire. « Les fièvres larvées, écrit-il, ne sont pas communes, je dirais même, si je m'en tenais à ma pratique, qu'elles sont *extrêmement rares*. Pendant cinq années de séjour en Algérie, malgré tout le désir que j'avais de compléter ma collection d'observations en y joignant quelques exemples de fièvres larvées, *je n'ai pas pu en recueillir un seul cas*.

» Je me console du peu de succès que j'ai eu dans cette recherche en voyant que des observateurs, tels que Maillot et Dutrouleau, n'ont pas été plus heureux que moi ». Et plus loin : « La question des fièvres larvées n'est pas encore bien élucidée..... Il sera indispensable d'apporter des *faits nouveaux recueillis avec soin* et tenir grand compte à l'avenir des résultats de l'*examen histologique du sang* pour le diagnostic des accidents larvés du paludisme. »

C'est ce que nous nous sommes efforcé de faire pour le paludisme à forme de péritonite aiguë.

Dr V. GILLOT,
Médecin des hôpitaux d'Alger.

(1) L.-F. KELSCH et P. L. KIENER. Traité des maladies des pays chauds; région prétropicale, p. 452. Paris, 1889.

(2) A. LAVERAN. (*Loc. cit.*, p. 206.)

HYGIÈNE INFANTILE

Etat actuel de la protection du premier âge en France.

Le rapport à l'Assemblée nationale, déposé le 9 juin 1874, par Théophile Roussel, au nom de la commission chargée d'examiner sa proposition de loi, indique très clairement quelle était l'idée directrice qui avait présidé à l'élaboration de la loi sur la protection des enfants du premier âge. A la suite de la guerre de 1870 qui avait coûté tant de vies françaises, « au lendemain d'un traité qui nous a enlevé 1,600,000 âmes », le dénombrement de 1872 accusait sur les chiffres du précédent recensement un recul d'autant plus pénible qu'il y avait lieu de le croire dû, en partie, à des causes non passagères.

On chercha le remède parmi ceux que préconisaient les sociétés protectrices de l'enfance dont la pratique charitable, venant en aide à l'action de la police administrative, avait suggéré, dès avant 1870, des projets de législation sur la matière.

Les conceptions les plus diverses se firent jour dans les travaux préparatoires. L'on alla jusqu'à proposer d'une part l'allaitement maternel obligatoire, d'autre part l'obligation d'établir des crèches dans toute agglomération industrielle un peu importante. On réclama aussi la création de nourriceries ou « fermes-crèches »; des mesures de protection en faveur des enfants, des nourrices; des pénalités contre l'abandon par les parents d'un enfant placé en nourrice, etc...

La commission parlementaire se livra à un examen approfondi de toutes ces propositions et marqua de longues hésitations avant d'arrêter un texte. Chose digne de remarque, l'auteur même du projet, Théophile Roussel vint, au cours des discussions, apporter un contre-projet, résultat de nouvelles réflexions. Sur un point seulement, l'opinion de la majorité se forma immédiatement; on s'accorda pour reconnaître l'opportunité de faire largement appel à l'initiative des particuliers, et la théorie d'une organisation administrative, soutenue avec autorité par M. Husson, ne triompha qu'à la condition de ménager une place importante aux concours désintéressés.

La surveillance médicale avait été envisagée dès l'origine comme un moyen de protéger l'enfant en nourrice. Les sociétés protectrices de l'enfance avaient déjà leurs « médecins inspecteurs » (il est vrai non rétribué); mais cet organisme n'apparaissait encore qu'à l'état de projet, d'exception même, et de fait, la loi de 1874 en a laissé la création facultative.

Le rapport de Théophile Roussel disait, à ce sujet, après avoir prévu une direction du service au centre de chaque département et des commissions locales partout où le nourrissage mercenaire est très développé :

« Il faudrait quelque chose de plus dans les contrées où les statistiques de la mortalité révèlent les plus affligeants ravages de l'industrie nourricière... Il faut que l'autorité soit en mesure d'y exercer un contrôle spécial par l'inspection médicale dont la nécessité a été si bien reconnue dans les grands services des enfants assistés de la Seine et du Rhône et de la direction municipale des nourrices de Paris. Cette inspection médicale spéciale, indispensable partout où l'allaitement mercenaire est très concentré, ne doit pas être considérée comme un rouage d'un emploi général, mais comme le plus important moyen de contrôle partout où, sur la demande même des comités départementaux et sur l'avis du comité supérieur, le ministre de l'intérieur reconnaîtra que les moyens locaux sont insuffisants. »

Aussi, Théophile Roussel, en traitant, à la fin de son rapport, de la question financière, ne prévoyait-il la création que « d'un certain nombre d'inspections médicales ». Par contre, il demandait le « vote d'un fonds d'encouragement à attribuer aux comités départementaux, dont les besoins seraient trop manifestement au-dessus des ressources locales ».

Le rapporteur rappelait incidemment qu'un projet, préparé en 1869-70, avait prévu des secours accordés non seulement par les comités départementaux, mais encore par les comités locaux, sans préjudice des récompenses honorifiques décernées par le ministre sur l'avis de la commission supérieure.

Tel était l'état d'esprit qui avait présidé à l'élaboration de la loi qui fut promulguée le 23 décembre 1874.

Cette loi a édicté principalement :

1° Un certain nombre de formalités administratives, applicables par toute la France, ayant pour objet de faire tenir une comptabilité exacte des enfants de moins de deux ans, placés, moyennant salaire, en nourrice, garde ou sevrage, hors du domicile de leurs parents et de soumettre à une surveillance particulière les personnes exerçant la profession d'intermédiaires pour le placement des enfants en nourrice;

2° L'obligation, pour le préfet de chaque département, d'être assisté d'un comité départemental rappelant par sa composition le comité supérieur de protection du premier âge placé près du ministre et dans lequel la bienfaisance privée a sa représentation marquée;

3° La prescription d'instituer des commissions locales dans les parties de département où l'utilité en serait reconnue, avec cette précision que les fonctions de membres de ces commissions seraient gratuites et que celles-ci comprendraient deux mères de famille;

4° Le devoir pour l'administration supérieure de publier annuellement les comptes rendus officiels de l'exécution de la loi;

5° La faculté d'instituer une inspection médicale des enfants en nourrice dans les départements où l'utilité en serait établie.

Le règlement d'administration publique du 27 février 1877 fut un premier pas vers les modifications que la pratique devait consacrer. Au premier plan figurent les commissions locales dans lesquelles on fait entrer les ministres des cultes; puis, l'institution des médecins inspecteurs se transforme; le décret réglementaire, de facultative et de spéciale qu'elle était, en fait un rouage général et obligatoire; enfin, l'inspection départementale apparaît, avec les comités départementaux, comme organes non d'action, mais de centralisation et de contrôle.

L'institution des médecins inspecteurs se propagea avec rapidité. La question de leurs émoluments avait fait l'objet de l'article 15 du décret réglementaire. Le système de rémunération à adopter fut étudié par le comité supérieur qui se prononça pour que les honoraires fussent tarifés à la visite. Certains départements avaient d'abord adopté l'abonnement.

Dès 1885, l'inspection médicale avait pris une place prépondérante dans le service de la protection. Le rapport dit expressément : « l'expé-

rience prouve de plus en plus que l'inspection médicale est l'organe essentiel de la protection du premier âge ». En même temps, les médecins inspecteurs se plaignaient de la complication des écritures qui leur étaient imposées, et le ministre, semblant passer condamnation sur la tenue véritablement difficile du registre réglementaire, se bornait à expliquer l'intérêt de premier ordre qui s'attache à ce que les médecins de la protection consignent leurs observations sur les carnets de nourrices, transmettent régulièrement les bulletins de visite et établissent avec soin leur rapport annuel.

I

D'après les renseignements recueillis au cours de la tournée 1904, le service de la protection ne restait à organiser que dans trois départements : Corse, Tarn-et-Garonne, Vendée. Il avait commencé à fonctionner dans la Haute-Saône en 1902.

On remarque, en se reportant aux annexes du rapport de 1885, que des crédits appréciables avaient été votés de 1878 à 1884, dans le Tarn-et-Garonne et dans la Haute-Saône pour le service de la protection et que dans ce dernier département on signalait alors, en plus de la tenue des registres dans les mairies, le fonctionnement d'une quinzaine de commissions locales.

D'ailleurs, la ligne de démarcation n'est pas nette entre les départements où le service fonctionne et ceux où il ne fonctionne pas. Dans le Tarn, par exemple, le conseil général refuse les crédits nécessaires, estimant la loi inutile; et dans la Vendée, on trouve au budget départemental un crédit de 200 fr. destiné à la rémunération des secrétaires de mairie, qui sert d'amorce à la partie du service concernant l'enregistrement des nourrissons. Dans le Maine-et-Loire, le crédit va en diminuant; il est tombé de 1,000 fr. à 800 fr., et le nombre des circonscriptions se trouve réduit de 33 à 22.

Au point de vue du nombre des enfants, la caractéristique du service de la protection est que son importance est des plus variables, suivant les départements. Les causes de cette diversité ne sont pas inhérentes à la nature du département, mais proviennent d'influences extérieures. C'est ainsi que le département de l'Ardèche compte en une année 5,027 enfants protégés, dont une grande partie (60 % environ) proviennent des départements voisins (2,236 appartenant au Rhône et 720 aux Bouches-du-Rhône), tandis que le département de la Seine-Inférieure, sur 7,981, n'en a pas reçu 600 du dehors (soit 7 % environ).

Il y a aussi des départements qu'on peut qualifier d'exportateurs, tandis que d'autres sont plutôt importateurs de nourrissons. D'une manière générale, les enfants placés en nourrice proviennent de grosses agglomérations urbaines et ils se répandent, soit dans la banlieue immédiate des grandes villes, soit plus généralement dans des régions rurales plus éloignées, où la vie est relativement bon marché et dont l'accès est facilité par les lignes de chemin de fer.

La même situation se retrouve, d'ailleurs, à l'intérieur même des départements où les centres de placement se forment en raison de leur proximité et des facilités de communications avec les agglomérations urbaines.

Quant aux nourrissons de nationalité étrangère, qui bénéficient de la loi de 1874, au même titre que les Français, leur nombre est fort peu considérable : il s'élevait à 382 au 31 décembre 1903.

Il résulte de cette répartition très inégale des enfants protégés qu'on ne retrouve presque nulle part une proportion constante entre la population de la région envisagée et le nombre des enfants protégés; or, comme l'inspection départementale est principalement constituée, aux fins de surveillance des enfants assistés, il s'ensuit que les moyens d'action lui manquent parfois ou lui sont parcimonieusement mesurés pour faire face aux obligations du service de la protection qui, en outre du contrôle général à exercer sur le service de l'inspection médicale et sur les écritures des mairies, exige toute une comptabilité à tenir pour la répartition des charges entre les départements nourriciers et les départements d'origine.

Il convient, toutefois, de remarquer que les enfants assistés du département de la Seine échappent à l'organisation générale pour la protection des enfants du premier âge. Leur surveillance, en tant que nourrissons, est assurée par les soins de l'Assistance publique de Paris. Mais, c'est la seule exception. Pour tous les autres départements qui placent des enfants assistés hors de leur territoire, le service de la protection du premier âge incombe, non au département d'origine, mais à celui du placement.

Les statistiques font ressortir, sur la plupart des points, une évolution constante dans le mode d'élevage des jeunes enfants. L'allaitement au sein perd du terrain et l'allaitement au biberon en gagne progressivement.

Le « recul » de l'allaitement au sein serait encore plus apparent si l'on allait au fond des choses; car assez fréquemment, l'enfant inscrit comme nourri au sein ne profite du lait de sa nourrice que pendant un très petit nombre de mois : la nourrice le sèvre prématurément, souvent parce qu'en réalité elle n'a plus de lait, ayant obtenu son nourrisson lorsque son lait était déjà trop vieux, souvent aussi pour vaquer plus facilement à ses occupations. Ces faits ont été constatés au cours de la dernière tournée dans plusieurs départements et notamment dans l'Ardèche. Il advient encore fréquemment que l'enfant porté comme élevé au sein est en réalité mis au régime mixte.

La supériorité de l'allaitement au sein n'est pas à démontrer, aussi comprend-on que des efforts doivent être tentés pour le propager le plus possible. Mais il ne faut pas méconnaître les difficultés qu'il y a à atteindre ce but. Le nombre des nourrices au sein n'augmente pas dans la proportion des placements en nourrice, soit du fait de la diminution des naissances rurales, soit en raison du nombre croissant de nourrices « sur lieu ».

A cet égard, si l'on pouvait établir le nombre des nourrices sur lieu, on constaterait que l'allaitement au sein n'est peut-être pas moins pratiqué, mais qu'il devient de plus en plus le privilège des nourrissons appartenant à des familles aisées, et qui peuvent payer une pension relativement élevée. C'est là en particulier une des difficultés que rencontre le service des enfants assistés pour le placement en nourrice des enfants en bas âge.

II

Etudions maintenant dans quelles conditions l'enfant est placé et surveillé pendant la durée du placement.

Aux termes des articles 27, 28 et 29 du décret du 27 février 1877, toute femme, qui veut prendre chez elle un enfant en nourrice, doit préalablement obtenir un certificat du maire de sa commune et un certificat médical.

Les certificats des maires contiennent presque toujours les mentions réglementaires : noms, état civil, renseignements sur la conduite et les moyens d'existence de la nourrice, sur la propreté et la salubrité de l'habitation. Mais la plupart du temps les maires considèrent comme une formalité sans importance l'apposition de leur signature au bas d'un imprimé qui comporte toutes ces certifications, se bornant à apprécier d'une façon générale la moralité de la nourrice.

En ce qui concerne la part d'appréciation laissée aux maires, c'est-à-dire pour tout ce qui n'est pas constatation d'état civil, les certificats sont pour la presque totalité favorables.

Les maires sont trop portés à tenir compte des préoccupations locales pour établir les certificats avec la rigueur qui serait désirable. Cela est si vrai que lorsqu'il s'agit d'enfants assistés à placer en nourrice et pour lesquels le même certificat est demandé, il arrive fréquemment qu'un accord tacite s'établit entre l'inspection départementale et les maires et qu'alors un signe conventionnel sur le certificat indique à l'inspecteur des enfants assistés que malgré les attestations favorables fournies sur la nourrice, il fera bien de ne pas lui confier d'enfant.

Enfin, en dehors de la moralité de la nourrice le maire est appelé à donner son avis sur l'hygiène de l'habitation. Ici, il faut bien le dire, il est excusable de donner des renseignements souvent inexacts, car il est, en général, peu compétent pour apprécier cette question.

D'autre part, comme le certificat établi par le médecin ne porte que sur l'aptitude nourricière et sur l'état de santé de la nourrice, il en résulte qu'en fait, tout ce qui touche à la salubrité de l'habitation ne fait l'objet d'aucun examen, non plus que la question importante cependant, de savoir si, indépendamment de la nourrice elle-même, il n'existe pas, sous son toit, une personne atteinte de maladie transmissible. Dans ces conditions, il serait nécessaire de transporter du certificat du maire à celui du médecin tout ce qui a trait à l'hygiène et à la salubrité de l'habitation. Si l'on voulait même avoir à cet égard toutes les garanties désirables, il conviendrait que le certificat médical ne fût établi que par le médecin de la circonscription et après visite du logement de la nourrice.

De plus, il y aurait peut-être lieu d'intervertir l'ordre des certificats : la question d'hygiène de l'habitation et de santé de la nourrice étant dans l'espèce prédominante; ou bien de réunir, sur un certificat unique, les diverses mentions portées à l'heure actuelle sur les deux certificats.

Les certificats de complaisance seraient ainsi moins nombreux, le refus de certificat pouvant toujours être attribué à des considérations médicales ne touchant pas à l'honorabilité de la personne.

En tout état de cause, il paraît nécessaire que le certificat soit toujours accompagné d'un extrait de naissance du dernier enfant de la nourrice. La mention de l'âge de cet enfant porté sur le certificat du maire n'en saurait tenir lieu, car cette mention est souvent donnée inexactement, tandis qu'on n'ose pas falsifier un acte de l'état civil.

L'enfant une fois placé et régulièrement déclaré, le médecin inspecteur est avisé du placement, et à ce moment commence la surveillance médicale instituée par le décret du 27 février 1877, notamment en son article 10, qui dispose : « Le médecin inspecteur doit se transporter au domicile de la nourrice, sevreuse ou gardeuse, pour voir l'enfant dans la huitaine du jour où, en exécution de l'article 24 ci-après, il est prévenu de l'arrivée de l'enfant dans la commune. Il doit ensuite visiter l'enfant une fois par mois et à toute réquisition du maire. »

En vue de faciliter l'application de ces dispositions, les départements ont été divisés en circonscriptions, dont chacune a été attribuée à un médecin.

Le fonctionnement de la surveillance médicale diffère d'un département à l'autre et, dans le même département, suivant les circonscriptions.

Il est des médecins qui remplissent leur mission avec un zèle et une abnégation à laquelle on ne saurait trop rendre hommage. On pourrait citer à cet égard, et à titre d'exemple, une circonscription médicale des environs de Clermont-Ferrand où chaque enfant, pesé et mesuré d'une façon aussi pratique qu'expéditive à chaque visite mensuelle, possède son graphique où se déroulent les trois courbes du poids, du périmètre ombilical et du périmètre thoracique sans préjudice des observations périodiques de son état de santé.

Dans beaucoup de circonscriptions, le médecin est un auxiliaire précieux de l'administration, non seulement par la façon dont il assure la visite des enfants, mais encore par le soin qu'il apporte à faire inscrire au service les nourrissons de sa circonscription, procurant ainsi le bénéfice de la protection à beaucoup d'enfants dont, sans lui, l'administration aurait ignoré l'existence.

Sans doute, le nombre est grand des praticiens qui, ayant accepté le service de la protec-

tion de l'enfance, le font avec conscience et dans des conditions satisfaisantes.

Néanmoins, on est obligé de constater que les prescriptions de la loi et du décret de 1877 sont loin d'être partout également observées. En effet, dans presque tous les départements, il existe un écart trop considérable entre le nombre des enfants inscrits au service de la protection et le nombre des enfants visités. Le nombre des enfants non visités est, pour 1903, d'environ 30 % dans l'Ain; 40 % dans l'Allier; 50 % dans l'Aveyron; 30 % dans la Charente et la Côte-d'Or; 40 % dans la Creuse; 60 % dans la Dordogne et dans les Landes; 25 % dans la Loire; 35 % dans la Lozère et dans la Mayenne; 40 % dans la Vienne, etc.

Dans un certain nombre de départements, la proportion n'a pu être établie, parce qu'il n'est tenu un compte que des visites effectuées et non des enfants visités.

Si l'on prend l'ensemble des départements où ces deux éléments sont existants, on trouve que sur 158,134 enfants inscrits, 132,823 seulement ont été visités, soit environ 17 % d'enfants non visités.

Mais si l'on tient compte : 1° des départements où ce calcul n'est pas établi, et parmi lesquels il en figure certains comme le Finistère, où dans vingt-trois circonscriptions, il n'y a eu aucune visite; 2° des départements où l'on a porté tous les enfants comme visités, ce qui, pour le plus souvent, la constatation en a été faite, est inexact et serait d'ailleurs matériellement impossible; 3° de l'absence presque totale de contrôle sur les visites dans la plupart des départements; 4° du nombre d'enfants qui, régulièrement, devraient être inscrits au service de la protection et qui échappent à cette inscription : on peut estimer, en restant certainement au-dessous de la vérité, que sur le nombre d'enfants, à qui légalement la surveillance médicale devrait être assurée, il y en a 20 à 25 % qui ne bénéficient pas de cette protection.

Cette absence de visites pour un certain nombre d'enfants emprunte un caractère particulier de gravité à ce qu'elle implique, bien entendu, que la première visite qui a une importance primordiale n'est point effectuée. Il en découle qu'il n'y a aucun contrôle sur les conditions dans lesquelles l'enfant a été transporté, sur l'état dans lequel il est arrivé, sur la salubrité de la maison; aucune indication ne peut être donnée non plus à la nourrice sur les conditions dans lesquelles l'enfant doit être élevé et sur les précautions spéciales que peut nécessiter son état. L'absence de cette première visite est donc particulièrement grave.

Quant aux visites mensuelles, il est assez difficile d'apprécier exactement dans quelles conditions elles sont effectuées.

Le plus souvent, en effet, aucune vérification n'est organisée à cet égard.

Dans certains départements, on se contente d'enregistrer les états annuels de visites qu'envoient les médecins. Dans d'autres, on a constaté que sur certains carnets, le premier visa était antérieur à la date de délivrance des carnets, ce qui implique que le visa a été établi rétroactivement; ailleurs, on a trouvé des bulletins fictifs au nom d'enfants morts ou sortis du service; enfin, des visites fictives d'un autre ordre ont été constatées, par exemple, les visas de livrets au domicile du praticien, sans que l'enfant lui ait été présenté.

Sans doute, dans les régions où ces faits ont été relevés, les médecins objectent que la rémunération est médiocre. Mais si, en effet, dans bien des cas, le prix payé pour la surveillance médicale (soit à l'abonnement, soit à la visite), ne constitue pas une rémunération suffisante, il n'en est pas moins vrai que c'est en vertu d'un contrat librement consenti que le médecin a pris le service, qu'il n'était pas obligé de l'accepter si les émoluments ne lui paraissaient pas en rapport avec les charges, mais que l'ayant accepté, il doit le remplir, et que ne le remplissant pas à l'égard d'une partie des enfants qui lui sont confiés, il encourt une lourde responsabilité au point de vue professionnel comme au point de vue social.

Ceci n'a point échappé à certains des comités départementaux qui fonctionnent.

C'est ainsi que le comité du Morbihan a émis le vœu que « les médecins inspecteurs qui n'ont pas fait un nombre suffisant de visites pour assurer une protection efficace soient considérés comme démissionnaires ».

Dans l'Isère, le comité départemental agit en quelque sorte comme un conseil de discipline officieux où, d'ailleurs, les médecins inspecteurs sont représentés.

Il importe, en tout cas, d'exercer un contrôle sur les visites médicales. En premier lieu, il est indispensable de faire cesser, dans les départements où elle est en usage, la pratique des états annuels de visite, qui ne permet aucune vérification. De plus, il convient de rechercher un système permettant le contrôle permanent des visites.

Afin de ramener la régularité dans le service de l'inspection médicale, il faut donc tout d'abord revenir à une stricte application du principe contenu dans l'article 11 du décret de 1877, qui veut que le médecin se dessaisisse sans retard des bulletins de visite; mais en même temps, la disposition réglementaire devrait être modifiée, de façon à exclure, pour la transmission des bulletins, l'intermédiaire du maire. Le bulletin devrait être adressé directement par le médecin à la préfecture.

La réforme est déjà en voie de se faire dans ce sens. Un certain nombre de préfectures exigent, sous peine de nullité, que le bulletin de visite leur soit transmis dans les trois ou quatre jours qui suivent l'expiration du mois de sa date.

Ceci ne paraît pas suffisant et, dans d'autres départements, on a demandé la transmission à la préfecture de chaque bulletin dans les trois jours qui suivent celui de la visite. Cette prescription devrait être généralisée et notamment être appliquée d'une manière rigoureuse en ce qui concerne la première visite à effectuer dans la huitaine de l'arrivée de l'enfant en nourrice. Si les tarifs d'honoraires sont insuffisants pour justifier ces exigences, il importe avant tout de les relever en tant que besoin; c'est là une dépense qui doit primer toutes les autres en matière de protection infantile.

Dans le même ordre d'idées, on peut signaler comme digne de retenir l'attention un système de carnet mobile en usage dans le Pas-de-Calais pour l'inscription des visites médicales et la correspondance du praticien avec l'inspecteur départemental.

A cette question des visites médicales réglementaires se rattache celle, encore discutée aujourd'hui, de savoir si le monopole de la délivrance des certificats d'aptitude nourricière ne devrait pas être réservé aux médecins inspecteurs. Cette question est ancienne. Le rapport de 1885 l'a soulevée et a conclu pour le *statu quo*, par ce motif qu'il s'agit en somme d'appréciations techniques dont il fallait laisser la responsabilité au médecin choisi par l'intéressée.

L'expérience semble avoir démontré que cette opinion ne peut plus être admise. Les lacunes que nous avons indiquées plus haut, en ce qui concerne l'établissement des certificats, l'importance même que doit avoir dans une application sérieuse de la loi le certificat médical de la nourrice, justifient amplement l'opinion que ce certificat ne doit être donné que par le médecin inspecteur.

En effet, si l'on se place, et c'est là le but même de la loi, au point de vue des garanties à donner à l'enfant, il ne suffit pas de constater l'aptitude nourricière de la nourrice. D'autres éléments doivent entrer en ligne de compte : la salubrité de l'habitation, les conditions hygiéniques permanentes ou passagères du village ou du hameau (il se peut, en effet, qu'en raison d'une épidémie, il y ait lieu, pendant un certain temps, de ne pas placer des enfants dans une région déterminée), le fait qu'il existe sous le même toit des personnes atteintes ou suspectes d'une maladie transmissible (1), la façon dont la nourrice a soigné les nourrissons qui lui avaient été confiés antérieurement, l'exercice d'une profession plus ou moins salubre exercée soit par la nourrice elle-même, soit à son foyer, etc., etc.

Dans l'intérêt de l'enfant, il est indispensable de tenir compte de ces divers éléments d'appréciation.

Or, il est bien évident que seul le médecin de la circonscription est en situation de le faire.

Quelques conseils généraux se sont d'ailleurs orientés dans cette voie en mettant à la charge du département le coût du certificat, mais dans le cas seulement où il était délivré par le médecin inspecteur.

Il est d'ailleurs nécessaire d'ajouter, qu'afin de prévenir les abus que la délivrance du certificat par les seuls médecins inspecteurs serait peut-être susceptible d'entraîner, les nourrices devraient pouvoir faire appel, pour ainsi dire, du refus du certificat.

III

En dehors des visites réglementaires de surveillance du nourrisson, il reste à examiner, comme étant encore du domaine médical, la question des soins à lui donner en cas de maladie.

Aux termes de l'article 14 du règlement d'administration publique de 1877, dès que le maire apprend qu'un enfant protégé manque de soins médicaux, il prévient le médecin inspecteur de la circonscription ou requiert les soins du médecin le moins éloigné de la résidence de l'enfant. Cette disposition s'expliquait parfaitement avant la loi du 15 juillet 1893 (Voir *Semaine Médicale*, 1893, Annexes, p. CLXXIV). Aujourd'hui, elle cadre mal avec le service de l'assistance médicale gratuite.

En effet, depuis que les secours médicaux et pharmaceutiques sont obligatoires en faveur de tout Français privé de ressources (et l'enfant manquant de soins loin du domicile de ses parents est manifestement privé de ressources, quelle que soit la situation de fortune de ses père et mère), on ne conçoit plus une visite de médecin qui ne comporte pas l'exécution des prescriptions pharmaceutiques. Or, l'avance des frais pharmaceutiques étant à la charge des nourrices, elles hésitent à faire demander le médecin.

Dans certains départements, le maire se borne à requérir le médecin inspecteur qui compte son déplacement comme deuxième visite mensuelle; dans d'autres, le maire requiert le médecin de l'assistance médicale qui peut être et qui souvent, dans la pratique, est le même que celui de la protection; mais, en général, les maires n'agissent qu'avec une excessive réserve, car les frais d'honoraires, comme le coût des médicaments, ne sont pas à imputer sur les crédits de la protection.

D'autre part, une difficulté d'un ordre différent se rencontre là où l'administration préfectorale a cru pouvoir inviter les municipalités à faire inscrire les enfants protégés sur les listes d'assistance médicale.

Les maires hésitent à faire soigner les enfants même aux frais de l'assistance médicale en raison de ce fait que, la loi de 1893 mettant à la charge du contingent communal les dix premiers jours de traitement, en fait la totalité de la dépense incombe presque toujours à la commune.

Le congrès national de Rouen avait, à la suite d'une discussion à laquelle prit part Théophile

(1) Signalons à ce propos que la nouvelle loi danoise sur la prophylaxie de la tuberculose — loi qui prescrit notamment la déclaration obligatoire des cas de cette affection (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 276) — n'a pas été sans se préoccuper de ce côté de la question : aux termes de l'article 8, en effet, toute personne qui désire se charger des soins d'un enfant doit produire un certificat médical établissant qu'au domicile de la personne en question la tuberculose n'existe pas sous forme contagieuse. Elle tend aussi, du reste, à protéger les propres enfants de la nourrice — ou les nourrissons qu'elle peut avoir déjà — contre les dangers éventuels de contagion par un nouveau nourrisson, car elle déclare que, dans le cas où il y a d'autres enfants au domicile de ladite personne, il faut qu'il soit spécifié que l'enfant dont elle désire se charger n'est pas lui-même atteint de tuberculose. — N. D. L. R.

Roussel, émis le vœu que, pour les enfants de moins de deux ans, les dix premiers jours de traitement mis à la charge des communes par la loi de 1893 fussent réduits à trois jours.

Peut-être même, en se plaçant au point de vue social que la loi de 1874 a eu pour objet, c'est-à-dire la protection et la conservation des nouveau-nés, pourrait-on demander qu'en ce qui concerne les enfants protégés, la commune n'ait dans les soins médicaux à leur donner aucune charge personnelle totale et que les frais résultant de l'assistance médicale soient, même à partir du premier jour, partagés suivant les barèmes entre le département, la commune et l'Etat.

Dans tous les cas, les secours doivent être assurés sans tarder à l'enfant qui tombe malade, hors du domicile de ses parents, et la charge en serait certainement diminuée dans une notable proportion si les administrations préfectorales, après avoir fourni l'avance, faisaient toute diligence pour suivre le recours de droit contre les personnes tenues de la dette alimentaire.

IV

En ce qui concerne le contrôle, l'article 16 du décret du 27 février 1877 confie à l'inspecteur des enfants assistés le contrôle sur pièces et le contrôle sur place du service de la protection du premier âge.

Le contrôle sur pièces comprend la direction administrative de ce service départemental. Ainsi se justifient les traitements et indemnités des employés de préfecture attachés au bureau de l'inspecteur pour le service de la protection. Le ministère de l'intérieur a admis la participation de l'Etat pour moitié dans ces dépenses de personnel, à condition que l'utilité lui en parut spécialement justifiée dans chaque département. Il s'ensuit que, dans un certain nombre de départements, les dépenses de personnel pour le service de la protection se composent d'une partie admise par l'Etat et à laquelle il participe; et d'une autre partie qui reste à la charge exclusive du budget départemental. Cette dualité est forcément une source d'abus.

D'autre part, il arrive fréquemment que des employés payés sur le service de la protection et avec le concours de l'Etat sont habituellement employés à d'autres besognes. Quand ils se bornent à partager leur temps entre la protection du premier âge et le service des enfants assistés, l'irrégularité n'a pas grande gravité. Mais l'inspection générale a relevé des cas où le personnel de la protection était employé dans les bureaux de la préfecture à des besognes tout à fait différentes de celle pour laquelle l'Etat avait consenti une participation.

Pour exercer la surveillance que la loi lui confie, l'inspection départementale doit tenir un registre matricule des nourrissons, un registre des circonscriptions médicales et des séries de fiches, elle doit correspondre, au sujet des placements, avec les mairies et avec les médecins inspecteurs; enfin établir le compte des honoraires médicaux.

Les registres n'ont pas été trouvés partout à jour, surtout celui des circonscriptions médicales sur lequel on enregistre les états de visite qui parfois ne sont fournis qu'annuellement.

Par contre, certains inspecteurs départementaux se sont ingéniés à améliorer ces instruments de contrôle, par exemple en ajoutant au registre matricule des colonnes mensuelles destinées à recevoir les dates des visites médicales faites à chaque enfant. Dans un grand département où le service est fort chargé, on a trouvé moyen de rendre triennal le registre annuel, de façon à éviter d'avoir à recopier au début de l'année les noms de tous les enfants restant soumis à la protection.

Les fiches sont généralement dressées avec soin, classées par ordre et tenues à jour. Il y a cependant des exceptions. Or, les documents centralisés dans les bureaux de l'inspection n'ont de valeur que si les éléments en ont été soigneusement recueillis et contrôlés, d'autant plus que les écritures des mairies offrent bien des lacunes.

En dehors de la tenue des registres et de la correspondance, la partie administrative du service comprend encore les rapports annuels des inspecteurs départementaux. Ces rapports contiennent souvent des renseignements intéressants. Le conseil général y apprend ce qu'il veut connaître du service de la protection. C'est surtout le reflet des rapports des médecins inspecteurs. On peut regretter que la plupart des inspecteurs départementaux n'y ajoutent le plus souvent d'autre note personnelle qu'une appréciation optimiste, mais sans démonstration bien probante des résultats obtenus par l'exécution de la loi de 1874, et qu'ils ne s'y livrent pas à une étude plus approfondie des questions intéressant le service, par exemple des causes qui déterminent sur tels et tels points du département une élévation persistante de la mortalité infantile.

Il serait assurément excessif de prétendre faire inspecter administrativement tous les enfants protégés, d'autant plus que dans certains départements où l'industrie nourricière s'est développée pour des raisons d'ordre divers, le service de l'inspection départementale n'a pas été renforcé en vue de l'application de la loi de 1874. Mais on pourrait demander néanmoins que le contrôle sur place fût parfois beaucoup plus actif de la part de l'inspection départementale, et surtout qu'on en fît porter l'effort sur les localités où l'on a constaté que les mairies et les médecins paraissaient avoir moins à cœur une exacte application de la loi Roussel.

En général, le contrôle sur place des enfants protégés est accessoire aux tournées concernant les enfants assistés.

V

La statistique exacte de la *mortalité des enfants protégés* est à l'heure actuelle et sera encore longtemps particulièrement difficile à établir.

Elle a pour base, d'une part, la déclaration; d'autre part, l'avis du décès. Or, ces deux éléments sont loin d'être fournis exactement.

Dans certains départements, on a constaté que la différence entre les déclarations, mutations ou décès, portées au registre n° 2 des mairies et les avis de placements, de retraits ou décès parvenus à l'inspection départementale atteignait le chiffre de 300 ou 400 et que, dans un département, elle s'élevait même à 700.

Les résultats pour chaque département se trouvent donc faussés en raison directe de la différence que nous venons de signaler.

Cet écart entre les indications portées aux registres des mairies et celles fournies à l'inspection explique la différence entre deux statistiques sur la mortalité des enfants assistés.

La statistique publiée par le ministère de l'intérieur a pour base les fiches fournies par les services départementaux et qui sont établies elles-mêmes d'après les avis de placement et de décès reçus par les inspecteurs.

Dans un très grand nombre de départements, les inspecteurs des enfants assistés présentent, au contraire, dans leur rapport annuel au conseil général, une statistique dont les chiffres sont empruntés aux rapports des maires, qui ne sont que le relevé des mentions portées au registre n° 2.

Or, dans la plupart des cas, ces deux statistiques sont très sensiblement différentes.

Il y a donc là une cause d'erreur importante. La vérité de toute statistique sur la mortalité des enfants protégés dépend donc de l'exactitude avec laquelle seront transmis à l'inspection départementale les avis de placements et retraits.

Et c'est là une raison de plus de modifier, comme nous l'avons indiqué précédemment, le mode de rémunération des secrétaires de mairies, en substituant à l'allocation fixe par placement une indemnité spéciale pour chaque avis envoyé à l'inspection.

Si cette modification s'accompagne d'une légère élévation des indemnités, on peut en espérer une amélioration réelle dans la façon dont seront recueillis les éléments nécessaires au calcul de la mortalité des enfants protégés.

En dehors de ces réserves sur les bases mêmes de la statistique de la mortalité, il faut en formuler d'autres sur une tendance que l'on a trop généralement à comparer, à ce sujet, certains départements entre eux sans tenir un compte suffisant de divers éléments qui lui sont particuliers.

On constate pour certains départements agricoles, comme les Hautes-Alpes, l'Aude, l'Aveyron, la Charente, la Drôme et la Haute-Loire, un taux de mortalité plus grand que dans les départements, soit limitrophes, soit analogues au point de vue ethnographique. Cela tient certainement, en dehors de ce qu'il peut y avoir d'imputable à la manière dont la loi est appliquée, à ce fait que ces départements sont le siège d'agences d'enfants assistés de départements plus ou moins éloignés et que le taux de la mortalité des enfants protégés s'y trouve augmenté du fait de la présence de ce surcroît des enfants assistés, parmi lesquels la mortalité de zéro à un an est beaucoup plus élevée: 1° en raison même de l'origine de ces enfants; 2° parce qu'aucun d'eux n'échappe à la statistique. En effet, très souvent, en ce qui concerne les enfants protégés qui ont une famille, celle-ci, lorsqu'ils sont malades, les retire de nourrice. Pour la statistique, c'est un « retrait », alors qu'en fait, dans nombre de cas, il y a décès. Pour les enfants assistés soumis à la protection, aucun n'échappe à la statistique, soit à son entrée, soit à sa sortie du service, par décès ou limite d'âge.

Inversement, certains départements comme le Rhône, la Gironde, les Bouches-du-Rhône, etc., etc., qui placent en dehors de leur périmètre leur population d'enfants assistés, voient de ce fait le taux de leur mortalité diminuer et présentent un chiffre qui ne correspond pas à la réalité des faits.

Il conviendrait peut-être également de tenir compte de la nature des départements et de l'origine des enfants. Il est certain, en effet, que les départements qui comptent de grosses agglomérations industrielles et particulièrement ceux où la main-d'œuvre féminine est employée dans les usines, ont un contingent de débiles plus élevé que les autres. Ils fournissent également, en général, proportionnellement à la population, un plus grand nombre d'enfants.

Il y a dès lors rupture de l'équilibre entre le nombre des enfants à placer et le nombre des nourrices, nous ne dirons pas bonnes, mais seulement passables. Les placements s'avilissent et le taux de la mortalité se ressent à la fois d'un plus grand nombre d'enfants débiles et de l'avilissement des placements. C'est évidemment là une des causes de la mortalité élevée que l'on constate dans des départements comme le Nord et la Meurthe-et-Moselle.

Quant aux statistiques de morbidité, elles sont également très sujettes à caution.

Il convient, à cet égard, de signaler une heureuse initiative prise dans le département de l'Isère. Dès réception d'un avis de décès d'un enfant, il est procédé à une enquête. La première question posée est de savoir si le médecin a été appelé à soigner l'enfant. Dans la négative, des observations sont faites soit au maire, soit à la nourrice.

Dans l'affirmative, l'enquête se poursuit auprès du médecin qui est chargé de fournir des renseignements sur les causes de la maladie, sur le point de savoir s'il a été appelé à temps, etc., etc.....

Toutes ces enquêtes sont soumises au comité départemental dans sa réunion mensuelle.

Outre son intérêt au point de vue statistique, cette enquête est un élément de contrôle important sur la marche du service, et il serait à souhaiter que la pratique en fût généralisée.

Enfin, on est trop généralement porté à tirer des conséquences des statistiques concernant le mode d'élevage. Ce serait une grave erreur de croire que les enfants portés comme élevés « au sein » ne reçoivent exclusivement que le lait de la mère. La vérité est que pour une grande proportion ou bien ils sont à l'allaitement mixte, ou plus encore que, dès le plus jeune âge, on

leur fait manger des soupes, voire même des aliments plus solides. Il s'ensuit que les déductions que l'on tire des statistiques, pour ou contre tel mode d'élevage, ne doivent être acceptées que sous les plus expresses réserves.

VI

En arrivant au terme de cet exposé, la question qui se pose et qui a été déjà publiquement discutée maintes fois est celle-ci : La loi Roussel a-t-elle produit des résultats?

L'affirmative n'est pas douteuse.

On l'a cependant contesté. Mais la plupart de ceux qui l'ont fait se sont, pour cela, appuyés sur des statistiques générales dont nous avons indiqué plus haut les lacunes. Au surplus, même en admettant la valeur relative de ces statistiques, il est un élément qui fait défaut pour établir une comparaison utile entre la mortalité infantile des protégés avant et depuis la loi; c'est la statistique de la mortalité des enfants en nourrice avant l'application de la loi.

Mais si les statistiques générales ne constituent pas une base assez ferme pour qu'on puisse en tirer une preuve en faveur de l'une ou l'autre opinion, l'efficacité de la loi apparaît nettement lorsqu'on considère, soit dans un même département, soit dans des départements voisins ou analogues au point de vue ethnographique et économique, deux régions ou deux localités où la loi est appliquée avec plus ou moins de rigueur. Là où le contrôle administratif et la surveillance médicale sont le plus consciencieux, la mortalité des enfants protégés diminue, et inversement.

De cette constatation que l'inspection générale a faite dans nombre de départements, il résulte avec évidence que la loi de 1874 a produit des résultats certains. Mais a-t-elle donné tout l'effet utile qu'on est en droit d'en attendre? L'affirmative serait ici hasardeuse. En réalité, si le principe de la loi ne peut être contesté, il faut reconnaître que les conditions de son application n'ont pas été toujours également bonnes et partout également fructueuses.

Ce n'est donc pas le principe de la loi qu'il faudrait modifier, mais bien les conditions de son application qui doivent être améliorées.

Nous avons mentionné déjà certaines modifications qui pourraient être utilement apportées à son fonctionnement. Nous allons les rappeler brièvement et signaler en même temps quelques autres améliorations dont on pourrait poursuivre l'étude.

En premier lieu, il importe d'assurer le plus exactement possible la déclaration des placements en nourrice, puisque c'est en raison même de cette déclaration que la protection est assurée à l'enfant.

Cette déclaration, aux termes des dispositions de la loi, doit être double. Elle est faite : 1° par les parents à la mairie de la commune du lieu de naissance de l'enfant ou à celle de la résidence actuelle des parents; 2° par la nourrice qui reçoit l'enfant, à la mairie de son domicile.

En ce qui concerne les parents, il conviendrait que lors de la déclaration de naissance il leur fût remis une note imprimée, rappelant simplement l'obligation de la déclaration, en cas de placement en nourrice, et les pénalités encourues pour absence de déclaration. Il serait bon même de leur en donner lecture afin qu'ils ne pussent, dans la suite, arguer d'ignorance.

Sans doute, on a déjà, dans la plupart des livrets de famille, inséré les dispositions principales de la loi de 1874. Mais ces dispositions, consignées à la fin du livret, comprennent en général tout ce qui concerne les parents, les nourrices et les bureaux de nourrices. Au surplus, le livret de famille est donné au moment du mariage, et c'est au moment de la naissance de l'enfant qu'il convient de rappeler aux parents les obligations de la loi à l'égard des enfants placés en nourrice. D'autre part, aux termes de l'article 20 du décret de 1877, l'officier de l'état civil qui reçoit une déclaration de naissance doit rappeler les dispositions de la loi de 1874. Mais en fait, on l'oublie généralement, et le rappel verbal des dispositions de la loi de 1874 ne peut avoir l'effet qu'aurait la remise et la lecture d'une note contenant ces dispositions et les sanctions qu'elles comportent.

En ce qui concerne les déclarations des nourrices, pour assurer leur transmission à l'inspection, il conviendrait de généraliser le système que nous avons indiqué plus haut et qui consiste à faire rémunérer les secrétaires de mairie suivant le nombre d'avis envoyés par eux à l'inspection départementale. On obtiendrait ainsi des résultats sérieux; surtout si on allouait une prime particulière pour les avis concernant les placements non déclarés, de façon à intéresser les secrétaires de mairie à la recherche de ces placements pour lesquels la déclaration aurait été omise volontairement ou non.

Ce système de primes pour la découverte des placements clandestins fonctionne déjà dans certaines régions où des allocations sont données aux gardes champêtres qui signalent des placements non déclarés, et il a donné des résultats appréciables.

Pour faciliter aux secrétaires de mairie l'envoi des divers avis qu'ils ont à transmettre, le carnet de nourrice devrait contenir des bulletins à souche de placement, de retrait et de décès. La nourrice ayant à présenter son livret à chacune de ces opérations, le secrétaire de mairie n'aurait qu'à détacher le bulletin à souche correspondant, à en remplir les blancs, et à l'adresser à l'inspection.

Les bulletins de placement, de retrait et de décès devraient être envoyés directement et seulement à l'inspecteur départemental. Celui-ci, après en avoir pris note sur ses registres, les adresserait le jour même de leur réception au médecin inspecteur. Ce mode de procéder occasionnerait un retard d'un jour dans la réception de l'avis par le médecin, mais en revanche on aurait, et c'est là le point important, la certitude que le médecin est averti.

L'inscription des enfants une fois assurée, la question la plus importante est une surveillance dans les placements. Il paraît indispensable à cet égard d'assurer le contrôle de la surveillance médicale. Pour cela, il faut tout d'abord réduire au minimum les formalités ou les écritures à demander aux médecins.

La tenue, par eux, du registre prévu à l'article 40 du décret de 1877 ne paraît pas d'une utilité primordiale et elle leur impose un travail de bureau auquel ils paraissent répugner en général. En fait, ce registre n'est presque jamais tenu.

Ce qui est important, c'est que l'enfant soit visité et que l'inspection départementale soit renseignée sur les constatations faites au cours de la visite.

Le résultat pourrait être obtenu plus facilement si les carnets de nourrices étaient munis de bulletins à souche que le médecin détacherait à chaque visite et qu'il enverrait directement à l'inspection départementale après y avoir consigné ses observations. Mais cet envoi devra être fait dans un délai très bref, dans les quarante-huit heures ou les trois jours de la visite par exemple, faute de quoi tout contrôle serait illusoire.

Ce système fonctionne, d'ailleurs, dans certains départements et rien ne paraît s'opposer à sa généralisation.

Enfin, il n'est pas douteux que dans quelques régions le prix de la visite devrait être relevé. Mais, à cet égard, il sera bon de ne pas rechercher une unité absolue. En effet, le prix de visite unique pour un département a pour résultat une injustice souvent très grande dans la rémunération des médecins. Avec ce système, dans telle circonscription où les placements sont nombreux et très groupés, le service est facile et très rémunérateur, alors que dans une circonscription où les placements sont épars, il est pénible et peu rémunérateur.

La situation faite au médecin pourra s'améliorer par le relèvement du prix de visite là où il sera nécessaire, mais aussi par le développement des consultations de nourrissons.

La consultation des nourrissons consiste à réunir, à jour et heure donnés, les nourrices avec leurs nourrissons dans un local déterminé où le médecin procède à la visite des enfants. Elle a pour le médecin l'avantage de lui rassembler, à date certaine, les enfants d'une localité soumis à sa surveillance et, partant, de lui éviter des déplacements, quelquefois sans résultats, par exemple quand la nourrice est absente au moment où il se présente à son domicile. Mais elle est également avantageuse pour le service, en ce que la visite, d'abord plus régulière, est moins hâtive et que, avec une installation des plus rudimentaires, elle permet de tenir pour chaque enfant une fiche où sont portées les variations de poids, leur cause, etc.

D'autre part, elle favorise, plus que la visite individuelle, l'éducation des nourrices. C'est là un point important du service. D'une manière générale, on a constaté à cet égard certains progrès; les recommandations de l'Académie de médecine insérées dans les livrets commencent à être lues, mais il semblerait préférable que ces recommandations fussent imprimées sur un placard, en gros caractères, que la nourrice afficherait dans sa maison. On pourrait également concevoir ces recommandations dans une forme différente avec, au besoin, des figures qui frapperaient plus l'esprit que ne peut le faire un simple texte imprimé.

Le biberon à tube commence à disparaître. Dans certains départements même on a pris des arrêtés, d'une légalité contestable d'ailleurs, en interdisant l'emploi. Une proposition de loi a été déposée en ce sens.

Cette interdiction légale serait la seule solution de la question. Si l'on estime que le biberon à tube est, comme on l'a dit, « un instrument de mort », il faut en interdire la vente, car les nourrices ne peuvent comprendre que le médecin leur défende l'usage d'un instrument publiquement mis en vente chez le pharmacien, praticien dont le diplôme, à leurs yeux, a la valeur du diplôme médical et, de plus, surveillé par l'Etat.

Sur ces divers points, on a obtenu des améliorations. Mais là où elles sont plus lentes à réaliser, c'est en ce qui concerne la propreté et l'alimentation des enfants. A cet égard, les préjugés sont plus tenaces, les progrès beaucoup plus difficiles à réaliser. Les conseils que peut donner le médecin au cours de ses visites n'arrivent pas à prévaloir contre les idées enracinées. Par exemple, beaucoup de nourrices ne peuvent admettre que de donner le sein à un enfant « toutes les fois qu'il le demande » soit contraire à sa santé, ni qu'un excès de nourriture puisse amener de la débilité et même être cause de la mort. Aussi, la plupart du temps semblent-elles acquiescer à ce que dit le médecin tant qu'il est là, et s'empressent-elles, après son départ, de revenir à leurs pratiques funestes.

A cet égard, les consultations de nourrissons constituent une méthode d'enseignement beaucoup plus féconde. Si les nourrices, en général, ne tiennent pas grand compte des observations ou des recommandations que leur font les médecins au cours des visites individuelles, il en est autrement lorsque ces conseils sont donnés dans une consultation publique. Les nourrices redoutent alors les critiques, car elles savent qu'elles seront connues autour d'elles, elles ont une crainte salutaire des appréciations du voisinage ou des autres nourrices; enfin elles ont, ce qui vaut mieux que les paroles les plus persuasives, l'exemple vivant de l'enfant bien soigné, c'est-à-dire dont l'alimentation est bien réglée, et qui est élevé suivant les données normales. De ces divers éléments naît une émulation et une confiance que la visite particulière ne peut, en général, pas faire naître.

Il conviendrait donc de multiplier le plus possible ces consultations, surtout là où l'industrie nourricière est agglomérée.

Mais il faudrait se garder de croire qu'elles peuvent être substituées absolument aux visites à domicile. D'une part, dans certaines régions où les placements sont très peu nombreux et disséminés, elles n'offrent pas d'avantages réels; d'autre part, les visites à domicile (notamment la première dans les dix jours du placement) resteront toujours indispensables pour permettre de constater la salubrité de la

maison, de la localité, les conditions de couchage, etc. La surveillance des enfants paraîtrait assurée dans de bonnes conditions si, là où peuvent fonctionner des consultations de nourrissons, on effectuait en outre des visites à domicile, à raison, par exemple, d'une par trimestre.

Le contrôle de l'inspecteur départemental devra également être plus actif. Ainsi que nous l'avons indiqué précédemment, on ne saurait exiger que l'inspecteur départemental visitât tous les enfants protégés. Mais il semble que dans certains départements on pourrait en visiter plus qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Ce qui serait surtout important, c'est que les visites ne fussent pas faites uniquement par accessoire aux visites d'enfants assistés, mais qu'elles eussent lieu de préférence dans les circonscriptions où la surveillance médicale est moins bonne, dans celles où la mortalité a été la plus grande, en un mot, que l'effort de ce contrôle se portât non au hasard, mais sur les points où l'expérience démontre qu'il est le plus nécessaire.

Il y a lieu également de modifier dans une certaine mesure l'organisation administrative du service. Il serait bon de donner des instructions d'ensemble sur la façon dont doit être suivi, dans les bureaux de l'inspection, le mouvement de la population des protégés en général et par commune, sur les conditions les plus propres à assurer le contrôle permanent et la rémunération des visites médicales. A l'heure actuelle, cette organisation est laissée dans chaque département à l'initiative et à la conception particulière du chef de service. Dans certains départements, on s'est ingénié à établir une organisation répondant bien aux besoins du service, et souvent on y a réussi. Il suffirait d'examiner et de comparer ces organisations pour en dégager quelques règles directrices que l'on pourrait appliquer d'une manière générale.

L'inspection départementale doit non seulement centraliser tout ce qui a trait à la protection du premier âge, mais encore être mise constamment en relation directe avec tous les agents qui concourent à l'exécution du service; elle doit être l'unique intermédiaire et l'intermédiaire obligé entre eux. En effet, si l'on veut surveiller l'application de la loi, il est indispensable que tous les avis concernant les enfants soient adressés directement à l'inspection, et transmis par celle-ci, s'il y a lieu, aux maires, aux médecins. C'est la seule façon d'obtenir l'inscription de tous les enfants au rôle de la loi, pourrait-on dire, et de leur assurer le bénéfice complet de la surveillance.

Un dernier point reste à examiner, c'est la protection de l'enfant de la nourrice.

Il y a là une question sociale de haute gravité. En effet, au premier rang des droits naturels se place le droit de l'enfant à sa mère. D'autre part, l'état des mœurs, les nécessités de la vie ont fait admettre qu'une femme peut légitimement trafiquer de son lait, mais à la condition que son propre enfant n'en souffre pas d'une façon appréciable.

On peut considérer plusieurs sortes de nourrices mercenaires: celles dont l'enfant est mort, celles dont l'enfant est précocement sevré, celles dont l'enfant est élevé au biberon. Quant à celles, très rares, qui font elles-mêmes appel à une nourrice, elles rentrent dans la catégorie des mères qui privent l'enfant d'une autre du lait auquel il a un droit naturel.

Il n'y a rien à dire des nourrices dont l'enfant est mort; on ne doit pas supposer qu'il y ait des enfants payant de leur vie le prix du lait de leur mère; mais il est difficile de nier qu'un certain nombre d'abandons sont déterminés chez les filles-mères par l'interdiction légale de se placer nourrices avant sept mois; c'est pourquoi il s'est rencontré des voix autorisées pour préconiser un abaissement notable de l'âge de sept mois au-dessous duquel le droit de l'enfant reste consacré par la loi Roussel.

Mais au cas où, comme cela a été demandé, une femme serait autorisée à prendre un nourrisson lorsque son propre enfant aurait atteint l'âge de trois mois, on aboutirait à des sevrages non seulement précoces, mais prématurés, et l'on se demande si les abandons seraient moins nombreux, puisque la mère qui n'hésite pas à abandonner son enfant n'a pas besoin d'attendre que celui-ci ait un âge quelconque pour le remettre à l'assistance publique.

Il est vrai que la misère qui pousse les mères à vendre leur lait peut ne s'être manifestée qu'après les premiers mois d'allaitement; mais alors, le remède à la situation paraît facile à appliquer; il est dans l'élévation à un taux convenable du secours temporaire dont l'institution vient d'être confirmée par la récente loi sur les enfants assistés.

Toutefois, on doit remarquer que dans certaines localités où l'industrie nourricière est devenue une profession courante, la femme prend un nourrisson au sein sans être dans l'indigence. Elle vend son lait comme elle vendrait son travail manuel pour obtenir un gain dont le ménage et ses enfants sont les premiers à tirer profit.

La loi Roussel n'a pas voulu décréter l'allaitement maternel obligatoire parce qu'il paraissait impraticable de forcer une femme à nourrir son enfant; mais elle a appliqué le principe de l'obligation dans le cas où la démonstration de la faculté de nourrir était formée par l'offre même de se placer comme nourrice. Il semble qu'il y ait lieu de s'en tenir à cette solution et de s'efforcer d'arriver à une exécution de plus en plus exacte du principe posé par la loi, et en vertu duquel il n'est permis à la femme de céder à l'enfant d'autrui le lait pouvant lui rester qu'après que son propre enfant a exercé son droit d'allaitement pendant un minimum de temps déjà fixé à sept mois par l'ordonnance royale de 1762.

En résumé, la loi du 23 décembre 1874 a produit des résultats incontestables. A l'heure actuelle son principe ne peut plus être mis en discussion. Mais il y a lieu d'apporter dans les conditions d'application certaines modifications pour que la surveillance tutélaire de tous les enfants, dont l'existence pendant le bas âge est rendue plus précaire encore par l'éloignement de leur mère, soit réellement exercée. C'est alors seulement que sera atteint le but que se proposait avec une conception très nette, consacrée par les faits, le vénéré Théophile Roussel dont la loi porte si justement le nom.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Etat de mal dû à l'usage prolongé du véronal et terminé par la mort.

A différentes reprises, nous avons attiré l'attention sur les accidents quelquefois très graves d'intoxication *aiguë* auxquels peut donner lieu l'administration du véronal (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 69 et 139). Or, d'après M. le docteur H. Kress (de Rostock), qui a déjà signalé antérieurement des phénomènes aigus d'intolérance dus à cet hypnotique, l'usage *prolongé* du véronal peut également déterminer des accidents toxiques graves, puisque, dans un cas que notre confrère a eu l'occasion d'observer, ils ont abouti à une issue fatale.

Le fait dont il s'agit a trait à une hystérique âgée de vingt-huit ans, à laquelle on avait prescrit du véronal pour combattre une insomnie d'origine nerveuse. Administré à la dose quotidienne de 0 gr. 50 centigr., le médicament eut raison de l'insomnie en trois jours; mais, des phénomènes d'accumulation s'étant manifestés, M. Kress ordonna d'en suspendre l'emploi. Peu à peu, cependant, on vit apparaître une série d'accidents assez obscurs, dont le simple diagnostic d'hystérie ne donnait pas une explication satisfaisante, et qui consistaient notamment dans un mauvais état général avec dénutrition progressive, une démarche vacillante, une écriture mal assurée, un tremblement à grandes oscillations disparaissant pendant l'acte d'écrire, de l'anorexie, des nausées et de la constipation, des vertiges, de l'affaiblissement de la mémoire et un état de confusion mentale. Ces troubles duraient déjà depuis un certain temps lorsque éclatèrent une série d'attaques d'épilepsie; ces crises aboutirent à un état de mal qui se termina par la mort dans le coma.

L'enquête poursuivie après le décès de la malade prouva que, depuis onze mois et demi, elle n'avait pas cessé — malgré les recommandations de notre confrère — de faire usage du véronal. Les doses quotidiennes, qui avaient été au début de 0 gr. 50 centigr., avaient progressivement été portées à 1 gramme et à 2 grammes. Cela étant, M. Kress estime que la mort de cette jeune femme ne saurait être imputée qu'à l'usage prolongé de l'hypnotique en question.

L'argile à haute dose contre le choléra asiatique.

En présence des résultats favorables qu'il a obtenus depuis cinq ans contre la gastro-entérite des enfants et de l'adulte par l'emploi de l'argile pulvérisée, M. le docteur J. Stumpf, professeur extraordinaire de médecine légale à la Faculté de médecine de Wurtzbourg, a profité de l'épidémie qui règne actuellement dans le bassin de la Vistule pour essayer le médicament dont il s'agit contre le choléra asiatique. Cette tentative thérapeutique a été réalisée sur des malades de la petite ville de Nakel, située près de Bromberg, par conséquent en plein centre épidémique. Tout le traitement consiste à administrer aux patients *à jeun* — c'est là une condition essentielle — de l'argile finement pulvérisée, à haute dose (soit de 70 à 100 grammes pour un adulte, 30 grammes pour un enfant, de 10 à 15 grammes pour un nourrisson) et délayée dans cinq fois son poids d'eau claire; ces quantités doivent être absorbées dans l'espace de vingt à trente minutes. Généralement, les vomissements cessent dès la première prise; il se produit presque aussitôt d'abondantes éructations avec sommeil invincible, et la fièvre tombe en moins d'une demi-heure, en donnant lieu à une crise analogue à celle de la pneumonie.

Un point important, d'après M. Stumpf, est de ne laisser prendre au malade ni aliment ni boisson alcoolisée pendant les dix-huit ou vingt-quatre heures qui suivent l'institution du traitement.

Pour notre confrère, l'argile agirait mécaniquement, en enrobant les microbes, ce qui en empêcherait la multiplication et ferait obstacle à la production de toxine.

La radiothérapie de l'ichtyose.

Les rayons de Röntgen agissant d'une manière particulièrement efficace sur les éléments épithéliaux, et les lésions de l'ichtyose étant tout à fait superficielles, M. le docteur S. Leduc, professeur de physique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes, a eu l'idée de recourir à la radiothérapie chez un enfant de douze ans, atteint depuis dix ans et demi d'une ichtyose généralisée que n'avait influencée aucune médication. Quinze jours après une première séance, qui avait eu une durée totale de douze minutes et au cours de laquelle on avait successivement exposé la tête, le tronc et les membres, on put déjà constater une amélioration notable, marquée par une desquamation abondante de l'épiderme et l'apparition d'îlots de peau saine. En présence d'un résultat aussi encourageant, on fit aussitôt une nouvelle séance de radiothérapie, puis, au bout de quinze jours, une troisième, et, un mois plus tard, une quatrième. Trois mois après le début du traitement, la peau avait repris un aspect normal dans toute son étendue et l'état général, qui jusqu'alors avait été des plus précaires, était devenu très satisfaisant : il ne subsistait plus que quelques mouvements involontaires des yeux et un peu d'agitation nerveuse.

Traitement de la fièvre jaune par les injections sous-cutanées de sérum glycosé.

Partant de cette considération que, en suppléant à l'insuffisance de la glycogénie, l'administration de sérum glycosé permet de combattre l'insuffisance des autres fonctions de

l'économie et donne à l'organisme le temps nécessaire pour réagir contre la toxine amarile, un médecin brésilien, M. le docteur M. Guimarães (de Petropolis), a eu l'idée d'employer contre la fièvre jaune des injections sous-cutanées d'une solution de chlorure de sodium à 1 ‰, additionnée de 5 % de glycose. Les résultats obtenus par notre confrère ont été des plus encourageants : dernièrement encore, il a observé un cas fort grave de fièvre jaune dont il croit pouvoir attribuer la guérison à l'emploi du sérum glycosé à la dose biquotidienne de 30 à 50 c.c. Il s'agissait en l'occurrence d'un sujet âgé de vingt-quatre ans, présentant, outre un degré très prononcé de prostration, une insomnie absolue, du subictère des conjonctives, un pouls petit et lent, de la fièvre, de l'oligurie et une albuminurie très abondante. Dès la première injection de sérum glycosé, l'adynamie s'amenda, le sommeil se rétablit, le pouls s'améliora et la diurèse augmenta notablement. Au bout de dix jours, pendant lesquels on eut recours au sérum glycosé à l'exclusion de tout autre mode de traitement, l'albumine disparut de l'urine, les selles se recolorèrent et le malade entra en convalescence.

Ajoutons que, de l'avis de M. Guimarães, il ne faut pas hésiter à forcer la dose de sérum en cas d'urgence et à injecter au besoin, lorsqu'on se trouve en présence d'un cas particulièrement grave, jusqu'à 50 c.c. toutes les six heures.

L'eau de chaux à l'intérieur contre les verrues.

Ayant vu disparaître une verrue qu'il portait au pouce après avoir pris pendant dix jours de l'eau de chaux pour une affection indépendante — un léger embarras gastrique —, M. le docteur J. Burdon Cooper (de Bournemouth) a eu l'idée d'essayer ce mode de traitement de propos délibéré contre les verrues qu'il a eu depuis lors à traiter dans sa clientèle. Or, dans tous les cas, la guérison complète a été obtenue dans l'espace de quatre jours à six semaines. Notre confrère s'est bien trouvé d'administrer l'eau de chaux, additionnée d'un peu de lait, à la dose quotidienne d'une verrée à prendre après le repas de midi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE LYON

Armand (Ch.). Contribution à l'étude des épistaxis.

Arnaud (Ch.). De l'anesthésie discontinue en chirurgie gastrique et intestinale.

Arnaud (P.). La rougeole en 1904 à la Charité, chez les filles.

Aurenche (A.-H.). Contribution à l'étude du chlorure d'éthyle comme agent d'anesthésie générale en obstétrique.

Balestre (P.-L.). Etude statistique sur la mortalité infantile de zéro à un an et de un à deux ans à Nice de 1887 à 1904; indications sur la prophylaxie de la mortalité infantile.

Balme (P.). Etude sur la fréquence de la tuberculose latente.

Bargeton (J.). Un cas de botryomycose de la cornée.

Beaudot (L.). Henri Cliet, accoucheur lyonnais (1789-1850).

Beaumont (E.-A.). De l'occlusion intestinale dans les éventrations post-opératoires.

Beck (Th.). De la psorospermose folliculaire végétante ou maladie de Darier.

Bériel (L.). La sclérose pulmonaire discrète d'origine tuberculeuse; ses rapports avec la bronchite et l'emphysème.

Berthezenne (J.). Traitement de la néphrite syphilitique secondaire.

Biros (G.-A.). Des psychoses d'origine thyroïdienne.

Blanc (F.). Variétés cliniques et traitement chirurgical des déviations de la cloison des fosses nasales.

Bloch (R.). Contribution à l'étude des caractères histologiques des tumeurs malignes chez l'enfant.

Boncourt (J.-V.). Contribution historique, expérimentale et clinique à l'étude de la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu et subaigu.

Bonier (M.). De la myomectomie abdominale dans le traitement des fibromes utérins.

Bonnamour (S.). Etude histologique des phénomènes de sécrétion de la capsule surrénale chez les mammifères.

Boulfroy (D.). Des hernies des organes génitaux de la femme.

Bourgeois (L.). Traitement par la ponction de l'hémothorax traumatique déterminant des accidents secondaires précoces hémorrhagiques.

Bouvier (J.). De l'état actuel de la thérapeutique radicale du cancer de l'utérus.

Bouvier (M.). Des ostéomes suppurés du sinus maxillaire.

Boyé (J.). Contribution à l'étude de la pleurésie traumatique non purulente.

Briançon (L.). De l'ankylostomiase et spécialement dans le bassin houiller de Saint-Etienne.

Cantenot (M.). Contribution à l'étude des fractures entraînant la perte des mouvements de pronation et de supination.

Cathala (J.-C.). La céphalée dans la tuberculose.

Causeret (P.). Pachyvaginalite et hématocèle de nature tuberculeuse.

Cazeneuve (J.). Engagement volontaire et dégénérescence mentale.

Cazottes (Y.). Etude sur la coloration et la décoloration des bacilles acido-résistants.

Chamba (P.). Epidémie de desquamation linguale associée à la perlèche.

Charrasse (L.). Indications réciproques du cathétérisme et de l'intervention chirurgicale dans l'hypertrophie prostatique.

Charrier (G.). De la palpation de l'épaule chez les primipares à bassins normaux.

Charton (F.). De la méthode de Dreyer en photothérapie.

Chatain (R.). Emploi de la cryogénine contre le rhumatisme tuberculeux.

Chauliac (J.). Hygiène alimentaire du nourrisson pendant le séjour de la mère à la Maternité.

Chon (H.). Indications pronostiques des variations du pouls chez les tuberculeux.

Clerc (L.). Actinomycose de l'amygdale.

Cordier (H.). Cure de déchloruration dans l'anasarque.

Coulon (M.). De la délivrance retardée dans la pratique des accouchements.

Cousin (G.). Traitement de l'actinomycose par la levure de bière et l'arsenic associés (méthode du docteur Martel).

Croidieu (A.). Contribution à l'étude de l'indol et de l'indoxyle; matières colorantes qui en dérivent; leur valeur séméiologique.

Crouzet (G.). Tuberculose cæcale; thérapeutique chirurgicale.

Debroye (E.). Volvulus du cæcum.

Delahousse (Ch.). Des formes frustes de quelques maladies infectieuses; leur importance épidémiologique.

Dellys (A.). Contribution à l'étude du paludisme à masque typhoïde.

Desgouttes (L.). Considérations pratiques sur le traitement des fractures des os longs.

Dizac (P.). De la rupture du varicocèle; hydro-hématocèle concomitante.

Donius (R.). Psoïtis actinomycosique.

Dorange (M.). Le mouillage du lait et la cryoscopie; réglementation de la vente du lait.

Douvre (E.). Du traitement de quelques néoplasmes par les rayons X.

Drouhet (G.). L'enseignement ménager, sa nécessité, son rôle hygiénique, son organisation.

Drouhin (J.). Contribution à l'histoire de l'ophtalmologie à Lyon.

Ducos (J.-J.). Contribution à l'étude de l'épithélioma sébacé du pénis.

Dufils (Ch.). Actinomycose primitive des centres nerveux.

Duteil (R.). De l'incision simple des collections appendiculaires suppurées; accidents consécutifs.

Eybert (A.). Du rétrécissement vrai de l'urèthre consécutif à l'atrésie du méat et au phimosis.

Favre (Ch.). L'agurine (observations cliniques).

Fay (P.). Du traitement secondaire des fractures.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bovo (P.). L'azione dell'ossigeno nelle infezioni stafilococciche. (*Clinica medica italiana*, mai.)

Chidichimo (F.). La manifestazione di fatica nell'utero che incomincia a lavorare dopo un lungo periodo di riposo. (*Arch. ital. di ginecol.*, avril.)

Cioffi (E.). Nuove ricerche sulla funzione protettiva dell'epiploon. (*Riforma med.*, 27 mai et 3 juin.)

De Vecchi (B.). Studii sperimentali sulla endocardite tubercolare. (*Riforma med.*, 22 avril.)

Dopter (Ch.). Effets expérimentaux de la toxine dysentérique sur le système nerveux. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

Eisler (M. von). Ueber Antihämolysine. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 juillet.)

Gatti (G.). L'anastomose intertesticulaire après la section d'un canal déférent. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 mai.)

Lamy (H.) et **Mayer** (A.). Etude sur la diurèse: sur les conditions physiques de la polyurie provoquée par l'injection intraveineuse de divers cristalloïdes. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Mayet. De la pathogénie des processus qualifiés de tumeurs malignes et réunis sous le nom générique de cancer; exposé et interprétation des résultats expérimentaux obtenus au laboratoire de pathologie générale de la Faculté de Lyon depuis le commencement de l'année 1903. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mai.)

Wasielewski (Th. von). Ueber die Technik des Guarnieri'schen Impfexperimentes und seine Verwendung zum Nachweis von Vakzinerregern in den inneren Organen von Impftieren. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 juin.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Allaria (G.-B.). Essai sur les propriétés physico-chimiques et sur la physiogenèse du liquide cérébro-spinal. (*Arch. de méd. des enfants*, avril et mai.)

Austin (A. E.) et **Barron** (E. W.). The complemental relations of glycuronic and ethereal sulphuric acids and their pairlings in auto-intoxication, typhoid fever, and cancer. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 9 mars.)

Bashford (E. F.) et **Murray** (J. A.). The statistical investigation of cancer. (Investigations of the Imperial Cancer Research Fund.) In-4°, 58 p. Londres.

Battelli (F.). Etude sur les vaso-constrictines des sérums sanguins. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Charrin (A.). Les poisons de l'organisme; poisons du tube digestif. 2e éd. In-16, 191 p.

Christian (H. A.) et **Leen** (T. F.). Some further observations on leucocytotoxins. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 6 avril.)

Doyon (M.). Modifications de la coagulabilité du sang consécutives à la destruction du foie; pathogénie des hémorrhagies symptomatiques des affections du foie. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

MÉDECINE

Amos (J.). Zur Pathologie der Thrombose der Vena mesenterica superior. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.)

Baduel (C.). Endocarditi infettive a lento decorso. (*Riv. critica di clinica medica*, 10 et 17 juin.)

Blad (A.). Et tilfælde af polyglobuli med miltsvulst. (*Ugeskrift for Læger*, 29 juin et 6 juillet.)

Blumenthal (F.). Stoffwechselkrankheiten. In-8°, 130 p. Vienne. — Les maladies de la nutrition.

Boas (I.). Ueber die Diagnose und Therapie der chronischen Perityphlitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 juillet.)

Boeri (G.). Note di semeiotica fisica relative alla presenza contemporanea di gas e di liquido nella pleura. (*Riforma med.*, 10 juin.)

Brand (J. D.). Over ongevallen bij pneumatische fundeeringen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1er juillet.) — Sur les accidents chez les ouvriers travaillant dans les cloches à plongeurs.

Ghedini (G.). Leucemie e sarcomatosi. (*Gazz. degli Osped.*, 11 juin.)

Giedgowd (W.). O ostrej rozstrzeni zoladka. (*Kronika lekarska*, 1er et 15 juin.) — Sur la dilatation aiguë de l'estomac.

Goodhart (J. F.). On disease of the heart. (*Lancet*, 1er juillet.) — Sur les cardiopathies.

Hill (L. E.). On the influence of atmospheric pressure on man. (*Lancet*, 1er juillet.)

Hofbauer (L.). Mechanik der Respirationsstörung bei pleuralen Erkrankungen : Die paradoxe Zwerchfellskontraktion. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 1er juillet.) — Mécanisme des troubles de la respiration dans les affections de la plèvre : la contraction paradoxale du diaphragme.

Holth (H.). Nogle fæcesundersögelser, særlig med henblik paa tyfusdiagnosen. (*Ugeskrift for Læger*, 8, 15, 22 et 29 juin.)

Keefe (D. E.). Observations on pneumonia with a report of two fatal cases of extrapulmonary suppuration; suggestions for treatment. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 30 mars.)

MALADIES INFECTIEUSES

Alexéiev (P.). Des épidémies (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 18 juin.)

Aufrecht (E.). Pathologie und Therapie der Lungenschwindsucht. In-8°, 279 p. avec fig. Vienne. — Pathologie et traitement de la phtisie pulmonaire.

Axhausen. Ueber lokalen Tetanus beim Menschen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 1-3.)

Bandel (R.). Ein Fall von Milzruptur infolge Abscessbildung bei Abdominaltyphus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.) — Abcès de la rate avec rupture consécutive de l'organe au cours de la fièvre typhoïde.

Blume (C. A.). Tidlig bakterioskopisk diagnose af lungetuberkulose. (*Hospitalstidende*, 21 juin.) — Diagnostic bactériologique précoce de la tuberculose pulmonaire.

Boinet. De la méningite cérébro-spinale épidémique. (*Marseille méd.*, 1er juillet.)

Bracci (C.). Sopra un caso di diplococcemia post-impetiginosa. (*Clinica moderna*, 14 juin.)

Breton (M.) et **Vansteenberghe** (P.). Rhumatisme tuberculeux franc aigu au cours d'une tuberculose pulmonaire. (*Echo méd. du Nord*, 2 juillet.)

Buckingham (E. M.). The communicability of cerebrospinal meningitis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 20 avril.)

Cioffi (E.). Malaria con emoglobinuria senza zanzare. (*Clinica moderna*, 14 et 21 juin.) — Malaria avec hémoglobinurie en l'absence de moustiques.

Clements (E. C.). Note on the recent outbreak of typhoid fever at Lincoln. (*Lancet*, 1er juillet.)

De la Combe. Deux cas de tétanos. (*Limousin méd.*, juin.)

Delor (J.). Un cas de tétanos consécutif à une injection de sérum [artificiel]. (*Limousin méd.*, juin.)

Grixoni (G.). Gonococcemia ricorrente di lunghissima durata. (*Giorn. med. del R.° Esercito*, juin.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Amaducci (A.). Su di un caso di emiparesi con emipoestesia ed emipoalgesia dolorosa. (*Nuovo raccoglitore med.*, mai.)

Bard (L.). De l'inversion unilatérale du phénomène des orteils dans un cas de paraplégie pottique. (*Rev. neurol.*, 30 mai.)

Billington (W.) et **Barnes** (A. S.). Charcot's disease of the ankle in a case of general paralysis of the insane. (*Lancet*, 1er juillet.) — Arthropathie tibio-tarsienne dans un cas de paralysie générale.

Bonnier (P.). L'aschématie. (*Rev. neurol.*, 30 juin.)

Donath (J.). Wiederkehr des Kniephänomens bei Tabes dorsalis, ohne Hinzutreten von Hemiplegie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juin.) — Réapparition du réflexe rotulien dans le tabes sans complication d'hémiplégie.

Dupré (E.) et **Camus** (P.). Hémiplégie homolatérale gauche chez un débile gaucher ancien hémiplégique infantile droit. (*Rev. neurol.*, 30 mars.)

Epstein (L.). Migraine und Epilepsie. (*Pest. med.-chir. Presse*, 2, 9 et 16 juillet.)

Féré (Ch.). Quelques mots sur l'onanisme. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 avril.)

Garnier (P.) et **Dromard**. Auto-identification romanesque (illusions de reconnaissance de sa propre personnalité). (*Arch. de neurol.*, mai.)

Gaussel. Les atrophies musculaires et l'hémiatrophie linguale des hémiplégiques. (*Montpellier méd.*, 14 mai.)

Holmboe (M.). De aandssvage og sindssyge i Norge ved folketællingen den 3die december 1900. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet.) — Les idiots et les aliénés en Norvège lors du recensement de 1900.

Howard (W. L.). Advanced scholarship and morbid mental conditions. (*Med. Record*, 1er juillet.)

Hunt (E. L.). Neurasthenia cured by exercise and forced feeding. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 juin.) — Neurasthénie guérie par l'exercice et la suralimentation.

Ingelrans (L.) et **Descarpentries**. Hématomyélie cervicale traumatique; paralysie des membres gauches et du membre supérieur droit; thermoanesthésie et analgésie de la moitié droite du corps; myosis bilatéral; abolition des réflexes tendineux avec conservation des réflexes cutanés; autopsie. (*Rev. neurol.*, 15 mai.)

Kouindjy (P.). La crampe professionnelle et son traitement par le massage méthodique et la rééducation. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

Lannois (M.) et **Clément** (H.). La trépidation épileptoïde du pied pendant l'anesthésie. (*Rev. neurol.*, 30 mai.)

Marandon de Montyel (E.). Le réflexe lumineux dans la paralysie générale. (*Arch. de neurol.*, juin.)

Meek (Edith R.). A case of neurofibroma (disease of Recklinghausen). (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 30 mars.)

Mirallié (Ch.). Névralgies radiculaires (radiculites postérieures). (*Gaz. méd. de Nantes*, 1er juillet.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Audry (Ch.). Dermatite pustuleuse prémycosique. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, mai.)

Bosc (F.-J.). Recherches sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement de la syphilis. (*Montpellier méd.*, 2 juillet.)

Brault (J.) et **Tanton** (J.). Etude clinique et anatomo-pathologique d'une tumeur paradoxale observée sur la plante du pied d'un indigène algérien. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mai.)

Capart. A propos du traitement de la syphilis. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 18 mars.)

Egdahl (A.). Report of a case of molluscum contagiosum. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Ehrmann (S.) et **Fick** (J.). Einführung in das mikroskopische Studium der normalen und kranken Haut. In-8°, 104 p. avec fig. Vienne. — L'examen microscopique de la peau à l'état normal et pathologique.

Lassar (O.). Ueber die Behandlung der Ekzeme. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 juillet.)

Mantel (P.). Purpura exanthématique. (*Arch. de méd. des enfants*, juin.)

Moberg (L.). Studier öfver eksem och impetigo contagiosa. (*Hygiea*, mai et juin.)

Petrini-Galatz. Sifilisul ereditar in prima si a doua generatiune; sifilis binaria. In-8°, 16 p. avec fig. Bucarest.

Ullmann (J.). Ueber Erkrankung des Nebenhodens im Frühstadium der Syphilis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juillet.) — Sur les lésions syphilitiques précoces de l'épididyme.

Vennes (J.). Chancres multiples du sein. (*Montpellier méd.*, 4 juin.)

Vörner (H.). Ueber Syphilis und Hämorrhagie. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXVI, 1.)

Wälsch (L.). Ueber die Verruca senilis und die aus ihr entstehenden Epitheliome. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXVI, 1.)

PARASITOLOGIE

Andrade (E.). A case of filaria sanguinis hominis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Carpi (U.). Sopra un caso di miasi intestinale nell'uomo. (*Clinica medica italiana*, mai.)

Frugoni (C.). Contributo alla patogenesi dell'anchilostomoanemia. (*Riv. critica di clinica medica*, 13 mai.)

Giemsa (G.). Bemerkungen zur Färbung der Spirochæta pallida (Schaudinn). (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 juin.) — Sur la coloration du spirochète pâle.

Ingals (E. F.). Actinomycosis of the lung. (*Med. Record*, 1er juillet.) — Actinomycose du poumon.

Jensen (V.). Om fund af spirochæte pallida (Schaudinn). (*Hospitalstidende*, 21 juin.)

Kiolemenoglou (B.) et **Cube** (F. von). Spirochæte pallida (Schaudinn) und Syphilis. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 juillet.)

Kogevnikov (G.). Contribution à l'étude des ennemis naturels des anophèles (en russe). (*Roussk. Vratch*, 25 juin.)

Mazzei (T.). La ricerca delle uova di bilarzia nelle urine e nelle feci; nota di microscopia clinica. (*Riforma med.*, 17 juin.)

Montoya y Flórez. Nuevo parásito del paludismo. (*Gaceta méd. de Costa Rica*, mai.)

Nichols (J. B.). Protozoa in the stomach and their diagnostic significance. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Siccardi (P. D.). L'ankylostoma americanum (Stiles); osservazioni su l'anchilostomiasi. (*Riforma med.*, 24 juin.)

Tchlenov (M.). Le *Spirochæta pallida*, découvert par Schaudinn et Hoffmann dans la syphilis (en russe). (*Roussk. Vratch*, 18 juin.)

Tusini (G.). Sopra un caso di varicocele linfatico da filaria. In-8°, 24 p. avec fig. Pise.

Zabolotny (D.). Les spirochètes dans la syphilis (en russe). (*Roussk. Vratch*, 11 juin.)

CHIRURGIE

Arce (J.). El empleo de la escopolamina en cirurgía. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril.)

Armand (Ch.) et **Bertier** (J.). Du danger des vapeurs chloroxycarboniques dans la chloroformisation. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Baracz (R.). W sprawie chirurgicznego leczenia szczeliny odbytu (fissura ani) na podstawie wlasnego doswiadczenia. (*Gaz. lekarska*, 27 mai, 3, 10 et 17 juin.) — Le traitement chirurgical de la fissure à l'anus.

Berger (P.) et **Hartmann** (H.). Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale : chirurgie du système nerveux (crâne et encéphale; rachis et moelle; nerfs). In-8°, 535 p. avec fig.

Bogolioubov (V.). Contribution à l'étude des néoplasmes des capsules articulaires (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XXI, 2.)

Borelius (J.). Bör gallblaasan aflägsnas eller bibehaallas vid vanlig gallstensoperation? (*Hygiea*, juin.) — De la cholécystectomie dans la lithiase biliaire.

Borthen (L.). Om den aabne saarbehandling. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet.) — Sur le traitement des plaies à ciel ouvert.

Brewster (G. W. W.). Immediate operation *vs.* delay in acute appendicitis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 23 mars.)

Brix. Zur Behandlung eingeklemmter Brüche. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 juillet.) — Du traitement de l'étranglement herniaire.

Bryant (F.). Report of a case of hemorrhagic pericarditis; aspiration; recovery. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 4 mai.)

Buch (M.). Ein Fall von Cæcumvolvulus. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, XI, 2.)

Burrell (H. L.). Subphrenic abscess as a complication of appendicitis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 23 mars.)

Cignozzi (O.). Sulla sindrome clinica degli endoteliomi gastrici a sede pilorica. (*Riforma med.*, 1er juillet.)

Cobb (Farrar) et **Simmons** (C. C.). The results in cases of cancer of the tonsils, tongue, and jaws, operated on at the Massachusetts General Hospital during the eight years from January 1, 1892, to January 1, 1900. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 13 avril.)

Coolidge (A.). A case of foreign body in the œsophagus. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 25 mai.) — Corps étranger de l'œsophage.

Cunningham (J. H.) et **Lahey** (F. H.). A method of producing ether narcosis by rectum, with the report of 41 cases. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 20 avril.)

Delagénière (H.). Un cas d'ostéomyélite totale du fémur guérie par désarticulation de la cuisse. (*Arch. provinc. de chir.*, avril.)

Dobrovolsky (L.). Application du procédé d'autotaxis des hernies inguino-scrotales étranglées, préconisé par M. Farmakovsky (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 30 juin.)

Ekehorn (G.). Ein Fall von isolierter Luxation des Calcaneus. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 4.)

Evenkhov (I.). Chloroformisation avec injection sous-cutanée préalable de sulfate de strychnine (en russe). (*Roussk. Vratch*, 18 juin.)

Ewald (K.). Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen und deren Ausführung in einfachen Fällen. 2 vol. In-8°, 565 p. avec fig. Vienne. — Les indications des opérations chirurgicales et leur technique dans les cas simples.

Fitz (R. H.). Some observations on appendicitis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 23 mars.)

Frank (K.). Zur Kenntnis der congenitalen Sacraltumoren. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 4-6.) — Sur les tumeurs sacro-coccygiennes congénitales.

Friedrich (P. L.). Prinzipielles zur operativen Behandlung der Ileocöcaltumoren, gleichzeitig ein Beitrag zur Symptomatik und Behandlung der Invaginatio cœci in Colon transversum. (*Arch. internation. de chir.*, II, 3.)

Frolov (V.). Blessure par arme à feu des cavités thoracique et abdominale; guérison (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juin.)

Geyer (R. F.). A proposito do balsamo do Perú. (*Brazil-medico*, 22 juin.)

Ghillini (C.). Bruch der unteren Epiphyse des Radius bei Automobilmechanikern. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 1.) — Fracture de l'extrémité inférieure du radius chez les automobilistes.

Giannettasio (N.). Echinococco primitivo suppurato in milza malarica; splenectomia; guarigione. (*Riforma med.*, 24 juin.)

Goldthwait (J. E.) et **Osgood** (R. B.). A consideration of the pelvic articulations from an anatomical, pathological and clinical standpoint. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 25 mai et 1er juin.)

Halbron (P.) et **Siegel** (R.). Occlusion intestinale d'origine rénale. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, avril.)

Hall (J. N.). Appendicitis in trained nurses. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er juillet.) — L'appendicite chez les infirmières.

Harrington (F. B.). Choice of method of opening the abdomen in appendicitis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 23 mars.) — Sur la méthode de choix pour l'incision de la paroi dans l'appendicite.

Haudek (M.). Simulation bei chirurgischen Erkrankungen. (*Wien. med. Wochensch.*, 27 mai, 3, 10, 17 et 24 juin et 1er juillet.)

Herold (J.). Carbolic acid gangrene. (*Med. News*, 1er juillet.)

Hildebrandt. Die Verwundungen durch die modernen Kriegsfeuerwaffen, ihre Prognose und Therapie im Felde. I. Band : Allgemeiner Teil. In-8°, 278 p. avec fig. Berlin. — Les blessures par les armes à feu modernes; leur pronostic et leur traitement en campagne.

Klemm (P.). Zur Frage der Frühoperation der Appendicitis. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 5.) — Sur l'intervention précoce dans l'appendicite.

Tourner (G.). Technique de l'arthrodèse du genou (en russe). (*Prakt. Vratch*, 14 et 21 mai.)

UROLOGIE

Allison (C. C.). Movable kidney; is it a surgical lesion? if so, how is it best corrected? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er juillet.) — Néphroptose.

Ayres (W.). Lavage of the renal pelves in the treatment of Bright's disease. (*Med. News*, 1er juillet.)

Beck (Carl). La technique de la dislocation de l'urèthre dans les hypospadias et autres vices de conformation et lésions de l'urèthre. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Cabot (H.). Some suggestions in regard to the diagnosis of seminal vesiculitis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 11 mai.)

Cammidge (P. J.). The reaction of phenylhydrazin with other substances than dextrose occurring in the urine. (*Lancet*, 1er juillet.)

Cumston (C. G.). Chronic gonorrheal prostatitis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 27 avril.)

Finger (E.). Die Blennorrhöe der Sexualorgane und ihre Complicationen. 6e éd. In-8°, 464 p. avec fig. Vienne.

Gardner (F.). Fistules rénales consécutives à la néphropexie. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 avril.)

Garnier (L.). Dosage de la potasse et de la soude dans l'urine par un procédé mixte dérivé des procédés d'Autenrieth et Bernheim, et de Garratt. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Glaser (E.). 100 Fälle functioneller Nierendiagnostik. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 1.) — 100 cas de diagnostic fonctionnel des reins.

Harris (M. L.). Newer aids to diagnosis in diseases of the urinary tract. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er juillet.)

Joseph (M.) et **Polano** (M. E.). Cytodiagnostische Untersuchungen gonorrhoischer Sekrete. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXVI, 1.)

Kaveczky (B.). Un cas de kyste échinococcique autour de la prostate, opéré et guéri. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er mai.)

Lebreton (P.). Le toucher rectal, moyen de diagnostic et de traitement dans l'uréthrite blennorrhagique aiguë. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 mars.)

Malherbe (A.). Note sur un cas d'hématurie grave d'origine hémophilique survenue chez l'homme à la suite d'un cathétérisme. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er mai.)

OPHTALMOLOGIE

Abadie (Ch.) et **Cunéo**. Traitement du blépharospasme grave par l'anastomose spino-faciale. (*Arch. d'ophtalmol.*, avril.)

Bertin-Sans (H.) et **Gagnière** (J.). Sur le mécanisme de l'accommodation et sur un nouveau procédé de mesure du rayon de courbure de la face antérieure du cristallin. (*Arch. d'ophtalmol.*, mai.)

Cassimatis (C.). Considérations sur les corps étrangers de l'œil. (*Arch. d'ophtalmol.*, mars.)

Demaria (E. B.). Infección mixta del ojo : tuberculosis y bacilo seudodiftérico; patogenidad para el ojo del bacilo seudodiftérico; contribución á la patogenia de la catarata experimental. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mars-avril.)

Duane (A.). Congenital deficiency of abduction, associated with impairment of adduction, retraction movements, contraction of the palpebral fissure and oblique movements of the eye. (*Arch. of Ophthalmol.*, mars.)

Kipp (C. J.). 2 cases of anomalies of the vascular system of the optic papilla. (*Arch. of Ophthalmol.*, mai.)

Krückmann (E.). Ueber Pigmentierung und Wucherung der Netzhautneuroglia. (*Graefes Arch. f. Ophthalmol.*, LX, 2.) — Pigmentation et prolifération de la névroglie de la rétine.

Lagrange (F.). Les variations de l'astigmie cornéenne avec l'âge. (*Arch. d'ophtalmol.*, avril.)

Lapersonne (F. de). Existe-t-il une iritis blennorrhagique? (*Arch. d'ophtalmol.*, mars.)

Posey (W. C.). Conjunctival irritation excited by proximity to a horse. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 juin.) — Conjonctivite due au voisinage d'un cheval.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Fromme. Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den Gynatresien. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 3.)

Gauss (C. J.). Perityphlitis und Schwangerschaft. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 juillet.) — Appendicite et grossesse.

Gilman (W. R.). Eclampsia. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 30 mars.)

Hartz (A.). Abnabelung und Nabelerkrankung. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — Ligature du cordon et lésions de l'ombilic.

Hellendall (H.). Zur manuellen Umwandlung der Gesichts- und Stirnlagen. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 juin.) — De la rectification manuelle en cas de présentation de la face ou du front.

Henkel. Beitrag zur Klinik und zur chirurgischen Behandlung chronisch-entzündlicher Adnexerkrankungen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.) — Les annexites chroniques au point de vue clinique et opératoire.

Hirst (B. C.). A contribution to the efficiency of plastic operations in the vagina. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Hofmeier (M.). Grundriss der gynäkologischen Operationen. 4e éd. In-8°, 590 p. avec fig. Vienne.

Holmes (R. W.). Cesarean section in late labor; a few remarks regarding its limitations. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Johnstone (A. W.). Retroversion of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Keller (C.). Ueber intestinale Autointoxication nach Laparotomie. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.)

Knorr (R.). Ueber die Ursachen des pathologischen Harndrangs beim Weibe, insbesondere Cystitis colli und Pericystitis, sowie deren Behandlung. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.) — Sur les causes et le traitement du ténesme vésical chez la femme, notamment la cystite cervicale et la péricystite.

Knott (Van B.). Wandering or aberrant uterine fibromyomata. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er juillet.)

Ludwig (H.). Ueber primäre maligne Degeneration der zystischen embryoiden Geschwülste der Ovarien. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 juillet.)

Lumpe (R.). Ein Beitrag zur Kasuistik der Lithopädien. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.)

Martin (G.). Ueber Retractionsring und inneren Muttermund. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXVI, 1.) — Sur l'anneau de Bandl et l'orifice interne de l'utérus.

Maximov (V.). Eine grosse, hängende Fettgeschwulst der rechten grossen Schamlippe. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 juillet.) — Lipome volumineux de la grande lèvre droite.

Merkel (H.). Ueber die Genese der weiblichen Genitaltuberkulose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.) — Pathogénie de la tuberculose génitale de la femme.

Otto (C.). Et par ord om den inoperable uterinkræft. (*Ugeskrift for Læger*, 15 juin.) — Sur le cancer inopérable de l'utérus.

Pfannenstiel (J.). Wie erreichen wir am besten das Ziel, den Uteruskrebs auf operativem Wege zu heilen? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 juillet.) — Quelles sont les meilleures conditions pour la guérison opératoire du cancer de l'utérus?

Theilhaber (A.). Die chronische Oophoritis. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 juin.) — L'ovarite chronique.

PÉDIATRIE

Cardamatis (J.-P.). Contribution à l'étude des méningites chez l'enfant. (*Arch. de méd. des enfants*, juin.)

Carrière (G.) et **Lhote**. Les rémissions prolongées de la méningite tuberculeuse chez l'enfant. (*Rev. de méd.*, juillet.)

Comby et **Isch-Wall**. Erythème noueux avec albuminurie. (*Arch. de méd. des enfants*, mai.)

Gianasso (A. B.). Sulle modificazioni indotte dalle iniezioni iodo-iodurate sulla formola emo-leucocitaria dei bambini. (*Riforma med.*, 27 mai.)

Haushalter (P.). Psychose transitoire chez un enfant, avec troubles du langage, à la suite d'une méningite aiguë. (*Arch. de méd. des enfants*, mai.)

Hirschsprung (H.). 107 Fälle von Darminvagination bei Kindern, behandelt im Königin Louisen-Kinderhospital in Kopenhagen während der Jahre 1871-1904; kurze tabellarische Darstellung. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 5.) — 107 cas d'invagination intestinale chez des enfants.

Hochsinger (C.). Ein Fall von Polymyositis heredo-syphilitica im Säuglingsalter. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er juillet.)

Hohlfeld (M.). Ueber rohe Milch als Säuglingsnahrung. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 1.) — Sur l'alimentation du nourrisson par le lait cru.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Alter (F. W.). The submucous resection of deflected nasal septi : the so-called Killian operation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er juillet.)

Bezold. La distance maxima d'audition de la voix chuchotée. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 1er avril.)

Bonain (A.). Emploi de l'intubation dans deux cas de sténose laryngée survenue à la suite de variole et de scarlatine. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 13 mai.)

Brindel. Un cas d'atrésie de la trachée et des grosses bronches par néoformation sclérémateuse d'origine traumatique. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 11 mars.)

Brunel. Otorrhée double; thrombo-phlébite des deux sinus latéraux; mort; autopsie. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 1er avril.)

Champeaux (P. de). Gomme de l'amygdale linguale. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 20 mai.)

Dench (E. B.). The operative treatment of diseases of the ear in children. (*Arch. of Otol.*, avril.) — Traitement chirurgical des affections de l'oreille chez l'enfant.

Gellé (G.). Les adénopathies dans les affections des fosses nasales et du rhino-pharynx. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 20 mai.)

Gorokhov (D.). La trépanation de l'apophyse mastoïde avec ouverture de l'oreille moyenne (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XXI, 2.)

Jacobi (A.). Otitis media in children. (*Arch. of Otol.*, avril.) — L'otite moyenne chez l'enfant.

Joal (J.). Odeurs et troubles cardiaques. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 29 avril.)

Katz. Un cas rare d'anévrysme du pharynx (en russe). (*Prakt. Vratch*, 25 juin.)

NOUVELLES

FRANCE

Le ministère de l'instruction publique vient de faire connaître les nouveaux programmes des trois années d'études dans les écoles normales d'instituteurs et d'institutrices. Ces programmes, plus développés que les anciens, sont aussi plus précisés en ce qui concerne l'hygiène; on y consacrera désormais, en troisième année, une vingtaine de leçons : les notions sur les maladies infectieuses occupent la première place, mais on n'est pas peu surpris de trouver dans ce chapitre les détails que voici : « Maladies dont la déclaration est obligatoire (pour le médecin). Maladies dont la déclaration est facultative ». En quoi la déclaration obligatoire pour le médecin regarde-t-elle les instituteurs et institutrices? Un pareil enseignement tendrait-il à faire surveiller le médecin par l'instituteur pour savoir si l'homme de l'art fait ou non la déclaration qui lui incombe? Et quand le maître adaptera cet enseignement de l'hygiène à l'école primaire, en quoi cela intéressera-t-il des enfants de dix à douze ans d'apprendre que le médecin est tenu de faire la déclaration de telle ou telle maladie? Pour vouloir trop détailler les programmes, on en vient à y comprendre des notions que contredit le simple bon sens et dont l'introduction est tout à fait hors de propos.

AFRIQUE ORIENTALE ANGLAISE

D'après un nouveau rapport de la mission anglaise chargée d'étudier la maladie du sommeil dans l'Ouganda, cette affection serait constituée, à son début, par une polyadénite reconnaissant pour agent pathogène le *Trypanosoma gambiense*. Dans l'Ouganda la moitié ou les trois quarts des habitants sont atteints de cette polyadénite spécifique, qui ne les empêche pas de vaquer à leurs occupations; bien qu'ils n'offrent, à cette période, aucun symptôme morbide, ils n'en sont pas moins des agents indirects de la maladie, puisqu'ils sont des foyers d'infection pour la mouche tsé-tsé, laquelle à son tour devient l'agent de propagation. En conséquence, la maladie du sommeil a tendance à se répandre partout où vit la *Glossina palpalis*, mais on ignore pour le moment si une espèce très voisine de la précédente, la *Glossina morsitans*, ne serait pas susceptible de jouer le même rôle.

D'autre part, il semble bien que les cas groupés sous la dénomination « fièvre à trypanosomes » ne correspondent qu'à une phase précoce de la maladie du sommeil : on y trouverait, en effet, une hypertrophie des ganglions lymphatiques, le liquide de ponction contenant des trypanosomes.

Au point de vue anatomo-pathologique, les rapporteurs ont constaté un état particulier de l'estomac caractérisé par des hémorrhagies interstitielles.

DANEMARK

La question de l'approvisionnement du lait pour les villes étant toujours actuelle, nous signalons que le lait danois arrivera bientôt à Berlin et dans d'autres localités de l'Allemagne. Le lait sera expédié dans des wagons à triple paroi; cette disposition permet la circulation de deux courants d'air indépendants, ce qui favorise la conservation de la température du lait. Il va sans dire que l'expédition satisfera à toutes les exigences qui pourraient être imposées par la douane allemande en ce qui concerne le « traitement » du lait.

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Les dernières nouvelles qui nous parviennent au sujet de l'épidémie de fièvre jaune qui règne actuellement à la Nouvelle-Orléans (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 384) sont très rassurantes : il semble que les mesures énergiques qui ont été adoptées aient permis d'enrayer l'extension du mal; on espère même que l'épidémie sera entièrement éteinte d'ici peu de semaines. A la fin du mois d'août, le nombre total des cas déclarés était d'environ 1,850; depuis lors, il n'a cessé de diminuer d'une façon progressive. Une comparaison de l'épidémie actuelle avec celle qui a sévi en Louisiane en 1878 est d'ailleurs des plus instructives à ce point de vue : tandis que le nombre des cas de mort pour le mois de juillet avait été de 26 en 1878, il a atteint cette année-ci un total de 62 décès; l'épidémie s'annonçait donc au début comme devant être beaucoup plus grave. Cependant, si l'on considère la période du 10 au 20 août, on trouve un total de 270 décès pour l'année 1878 et de 72 seulement pour la présente année; pour les cinq jours suivants, les chiffres correspondants sont respectivement de 280 et de 36.

C'est à l'énergique campagne organisée en vue de la destruction des moustiques que ces résultats favorables sont officiellement attribués.

INDO-CHINE

Un décret du président de la République française en date du 12 août 1905 approuve les dispositions des arrêtés du gouverneur général de l'Indo-Chine en date du 8 janvier 1902 et du 25 octobre 1904 créant et réorganisant l'Ecole de médecine de l'Indo-Chine, à Hanoï, qui a pour mission de former des médecins indigènes et des sages-femmes indigènes. La durée des études médicales y est de quatre ans, et l'examen définitif subi à la fin de la quatrième année donne droit à la délivrance du diplôme de médecin indigène.

Un second décret autorise l'exercice de la médecine indigène dans la colonie de Cochinchine. Les praticiens indigènes (médecins et sages-femmes) sont placés sous l'autorité des administrateurs chefs de province, et, pour l'exercice de leur art, sous la surveillance et le contrôle du directeur du service de santé; ils doivent se conformer à toutes les prescriptions relatives au bon fonctionnement du service dont ils sont chargés, donner gratuitement leurs soins aux indigènes, y compris la vaccination, et se conformer aux prescriptions de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, laquelle, par décret du 12 août 1905, est rendue applicable au Tonkin, en Annam, au Cambodge et au Laos.

PRUSSE

Depuis huit jours le nombre des cas de choléra a augmenté, mais l'épidémie reste localisée dans les provinces déjà atteintes : le total des cas s'élève actuellement à 172 et celui des décès à 63.

Aux détails que nous avons fourni précédemment sur l'importation du choléra en Prusse, il nous est possible aujourd'hui d'ajouter que le premier malade reconnu cholérique le 16 août provenait de Pinsk en Volhynie. Ce point est important, car il corrobore ce que nous avons dit sur l'origine russe de la maladie. Ce qui s'est passé à Padew (Galicie) plaide dans le même sens :

C'est sur un batelier galicien ayant traversé en chemin de fer la Pologne russe entre le 15 et le 17 août, à son retour de Prusse, qu'a été constaté le premier cas de choléra en Galicie. Cet homme, qui faisait le service des radeaux sur la Vistule, se trouvait bien dans la Prusse occidentale jusqu'au 15 août, mais à ce moment aucun cas n'avait encore été constaté dans la région prussienne de la Vistule; il a passé la frontière de la Galicie, à Sandomierz, le 17 août et est arrivé le même jour dans son pays natal, à Padew (district de Mielec), où il est tombé malade le 22 août. Lorsque l'autorité sanitaire eut connaissance de ce cas suspect, le malade était déjà guéri et il fut impossible de porter un diagnostic exact. Mais le 28 août, la femme de ce batelier et un de ses enfants succombèrent à une maladie présentant la plupart des symptômes du choléra; on procéda à l'autopsie de la femme et, sans qu'on pût affirmer qu'il s'agissait bien de cette affection, on prit néanmoins toutes les mesures que commandaient les circonstances : isolement et surveillance de la maison du batelier, désinfection des déjections et des locaux, destruction des effets et du linge de corps, stérilisation de tous objets ayant été en contact avec les malades, isolement et surveillance des membres de la famille.

Sur ces entrefaites, on apprit qu'un horloger de passage à Padew, qui avait couché du 23 au 25 août dans la maison du batelier et était ensuite allé habiter une maison isolée dans la même commune, était mort le 29 août. Sa maison fut gardée comme l'avait été celle du batelier; or, un des gendarmes chargés de la surveillance de la maison de l'horloger fut atteint par la maladie le 1er septembre, et à la date du 8 on pouvait le considérer comme guéri. Mais un autre gendarme tomba malade à son tour et présenta pendant plusieurs heures des symptômes suspects. Le 2 septembre, un second enfant du batelier fut reconnu malade; le lendemain il entra en convalescence.

Comme à la date du 1er septembre on avait reçu le rapport du laboratoire bactériologique de Lemberg, relatif à l'examen des déjections de la femme du batelier morte le 28 août, et que ce rapport constatait qu'on y avait trouvé des bacilles du choléra, on isola tous les malades, douteux ou avérés.

Depuis lors il ne s'est pas produit d'autres cas suspects à Padew et l'on peut dire que, grâce aux mesures prises, ce petit foyer ne présente plus de danger.

D'autre part, et presque en même temps, on a bien constaté à Grodzisko (district de Lancut) quelques symptômes suspects de choléra chez un individu retourné de Thorn le 31 août, mais le malade était guéri le 2 septembre, sans qu'il se soit produit d'autres cas dans la localité.

Ainsi donc, à l'heure actuelle, il n'y a plus de cas de choléra en Galicie, et il est à espérer que les mesures de surveillance prises à la frontière empêcheront toute nouvelle importation de la maladie.

L'épidémie de méningite cérébro-spinale tend toujours à diminuer dans le royaume : c'est ainsi que dans la dernière quinzaine du mois de juillet il ne s'est produit que 60 cas nouveaux dont 7 seulement en dehors de la Silésie; le district d'Oppeln, qui était le plus touché, puisque à lui seul il a enregistré 3,105 cas avec 1,925 décès du 14 novembre 1904 au 20 août 1905, a vu sa morbidité et sa mortalité décroître très sensiblement depuis un mois, de telle sorte qu'on peut prévoir la disparition prochaine de la maladie.

Cette épidémie n'aura pas été cependant sans causer beaucoup de ravages, car, à fin juillet dernier, on comptait en tout 3,274 cas et 1,808 décès, soit une mortalité de 55.2 %.

En même temps qu'elle diminuait en Prusse, la méningite cérébro-spinale frappait moins de personnes dans la Silésie autrichienne, où il n'a plus été observé de malade depuis le 15 juillet, et en Galicie, où la morbidité est tombée à 1 cas par jour à partir du 23 juillet.

RUSSIE

A la suite des résolutions prises par la commission chargée, par le ministre de l'instruction publique, de dresser les règlements fondamentaux des Universités, et par l'assemblée des hauts fonctionnaires dudit département, il a été décidé que le ministre demanderait à l'empereur l'autorisation : 1° de prendre en considération l'avis des collèges des professeurs et de terminer dans le plus bref délai la rédaction des nouveaux règlements pour les Universités, en basant la réforme sur le principe de l'indépendance absolue des professeurs quant à la direction de chaque établissement d'instruction supérieure ainsi que des études, et dans la protection de la marche régulière et tranquille de la vie académique ; 2° de procéder sans retard, dans le but de garantir aux collèges des professeurs toute l'autorité et l'indépendance voulues sous le régime des nouveaux règlements, à l'étude de règlements temporaires pour la direction des établissements d'instruction supérieure du ministère de l'instruction publique, et de soumettre ces règlements à l'appréciation de l'empereur.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Broussais. — M. Œttinger.

Des sténoses méconnues du pylore dans l'ulcère gastrique.

Le diagnostic de la sténose du pylore n'offre le plus souvent pas de grandes difficultés: l'étude des symptômes présentés depuis plus ou moins longtemps par le malade, les vomissements espacés mais abondants, alimentaires, tardifs, les signes physiques fournis par l'examen de l'estomac, la dilatation de cet organe, les contractions péristaltiques dont il est le siège sont d'ordinaire suffisants pour qu'on puisse sans hésitation formuler un diagnostic. D'un autre côté, si l'on a recours à l'emploi de la sonde, la constatation à jeun de débris alimentaires dans l'estomac, débris mélangés à une plus ou moins grande quantité de liquide sécrété, et ayant subi souvent des altérations fermentatives prononcées, vient confirmer l'impression qui, spontanément et de prime abord, s'imposait à l'esprit.

A côté de ces cas classiques, il en est d'autres où la sténose, moins serrée, se traduit par des symptômes moins caractéristiques, et d'autres encore où l'estomac, rétracté ou adhérent, ne tolère qu'à peine une faible quantité d'aliments ingérés; le vomissement devient alors d'une fréquence extrême et l'estomac, non dilaté, ne semble point rétréci à son orifice pylorique. Le diagnostic est ici beaucoup plus difficile; néanmoins, s'il a été méconnu, il a le plus souvent été discuté, ou tout au moins on y a songé.

Au contraire, dans une autre catégorie de faits, plus nombreux qu'on ne le croirait, et sur lesquels je désire attirer tout particulièrement votre attention, la sténose du pylore peut être tout à fait méconnue pendant un temps fort long, parfois même durant des années.

Les grands symptômes du syndrome pylorique font en effet défaut : les vomissements n'existent pas, ou bien ils sont intermittents, se présentent sous la forme de crises paroxystiques dans l'intervalle desquelles la santé reste parfaite et l'état fonctionnel de l'estomac excellent, du moins en apparence.

Quelques malades que nous avons pu observer durant plusieurs années, et chez lesquels une intervention chirurgicale a démontré l'existence non douteuse d'un rétrécissement pylorique, ont ainsi présenté des crises intermittentes de douleurs et de vomissements, qui auraient pu, à un trop rapide examen, être désignées sous l'étiquette de crises gastriques essentielles, de gastrosucorrhée à forme intermittente.

Quoique nous ne puissions affirmer que ces divers syndromes soient toujours liés à une sténose du pylore, nous croyons cependant qu'il en est ainsi bien plus souvent qu'on ne le suppose et qu'il est utile, avant de formuler un tel diagnostic, d'étudier avec soin l'état des fonctions de l'estomac; l'erreur peut être le plus souvent évitée et le diagnostic de sténose être formulé en temps utile au point de vue de la thérapeutique et du pronostic.

Pour que la sténose apparaisse ainsi comme un symptôme ou latent, ou intermittent, deux conditions sont, à notre avis, nécessaires : il faut d'abord qu'elle soit incomplète, et cela se comprend aisément, sans qu'il soit besoin d'insister à ce sujet; il faut aussi qu'elle soit provoquée par un ulcère juxtapylorique; cela est vrai surtout dans les cas où la sténose se manifeste sous la forme de crises paroxystiques, avec douleurs et vomissements périodiques. Nous en chercherons plus tard les raisons, mais disons tout d'abord que nous n'aurons ici en vue que les sténoses latentes du pylore que l'on peut observer dans l'ulcère gastrique.

Parmi les observations de malades que nous avons pu suivre, en voici une qui nous paraît bien démonstrative.

Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, naguère encore dans le service, et que nous vîmes pour la première fois le 28 décembre 1898 : il souffrait alors de troubles digestifs depuis cinq ans, mais ceux-ci n'étaient pas continus; ils apparaissaient par périodes et duraient d'ordinaire quelques jours; c'étaient surtout des douleurs se manifestant généralement trois heures après les repas, avec siège épigastrique et irradiations dans les deux hypocondres et la région dorsale; elles étaient particulièrement intenses la nuit et empêchaient le malade de dormir; parfois, mais rarement, elles s'accompagnaient de vomissements liquides et alimentaires, survenant de préférence la nuit.

Cet homme est un sujet très nerveux, très impressionnable, présentant, quand on le découvre, un érythème vasomoteur prononcé au niveau de la poitrine et de l'abdomen. Les douleurs étaient alors intenses, presque continues; les vomissements avaient au contraire cessé quand nous l'examinâmes après son entrée à l'hôpital.

Le lendemain matin, à jeun, on constatait un léger clapotage stomacal, et un tubage ramena 125 c.c. d'un liquide de coloration ambrée, sans odeur, mais contenant quelques débris alimentaires qui formaient une très mince couche dans le fond du verre. L'analyse chimique donna les chiffres suivants : acidité totale, 1.62; acide chlorhydrique libre, 1.41; chlore combiné, 0.34; chlore total, 3 28; chlore fixe, 1.53.

Après un repas d'épreuve, le cathétérisme permit de recueillir un liquide assez abondant (environ 200 c.c.), mal émulsionné et très acide, ainsi qu'en témoignent les chiffres que voici : acidité totale, 2.61; acide chlorhydrique libre, 1.46; chlore combiné, 1.31; chlore total, 4.01; chlore fixe, 1.24.

Ces deux examens, la constatation à jeun d'une stase alimentaire, quoique très minime, avec hypersécrétion, enfin la présence bien nette de quelques rares contractions péristaltiques de l'estomac, fort légères à la vérité, nous firent supposer qu'il s'agissait d'un ulcère gastrique juxtapylorique.

Néanmoins, après très peu de jours, grâce à un régime spécial, les douleurs se calmèrent à peu près complètement, ne réapparaissant qu'à de très rares intervalles et durant fort peu de temps. Plusieurs cathétérismes pratiqués à jeun ne ramenèrent ni liquide, ni aucun débris alimentaire, et le malade sortit de l'hôpital si complètement guéri que nous doutâmes de l'exactitude du premier diagnostic posé.

En avril 1900, il revient nous voir : il nous raconte que durant les huit mois qui ont suivi son séjour à l'hôpital, il a joui d'une santé parfaite, n'a jamais souffert et n'a suivi aucune espèce de régime alimentaire; depuis six mois, cependant, à deux reprises différentes, pendant deux ou trois jours, il a ressenti les mêmes douleurs que précédemment; celles-ci, voici huit jours, sont devenues plus violentes, presque continues; il n'a vomi qu'une seule fois, depuis la dernière semaine, une quantité assez notable de liquide acide contenant quelques débris alimentaires. Un tubage à jeun, pratiqué dès le lendemain de son entrée, ne ramène pas de liquide résiduel.

Au bout de quelques jours de repos et de régime lacto-farineux, les douleurs se calment et le malade reprend ses occupations après une courte interruption.

Nous le revoyons de nouveau au mois de mars 1901, présentant les mêmes troubles gastriques que précédemment, qui disparaissent encore sous l'influence du repos; puis en 1902 pendant quelques jours, enfin en mai 1904; mais à ce moment les accidents sont beaucoup plus accusés qu'ils ne l'ont été jusque-là et ils n'ont, depuis six mois environ, presque jamais disparu : c'est à l'occasion d'une période de treize jours que le malade, qui se portait fort bien, a commencé de nouveau à souffrir et, dès lors, les douleurs n'ont pour ainsi dire pas cessé; elles ont les mêmes caractères que jadis, apparaissent deux ou trois heures après les repas, présentent une localisation épigastrique avec irradiations dans la région dorsale et dans les côtés et ont une intensité extrême. Les vomissements sont également plus fréquents qu'autrefois, ils sont plus abondants et sont formés non seulement par du liquide acide, brûlant la gorge et la bouche, mais souvent aussi par des matières alimentaires; c'est la nuit qu'ils surviennent le plus habituellement. Le jour de son entrée à l'hôpital, le 9 mai 1904, le patient est en état de crise; il souffre beaucoup et vomit en deux fois 1,500 c.c. environ d'un liquide très acide, contenant des débris d'aliments, en particulier des fragments d'asperges ingérées la veille; l'analyse révèle une acidité de 4.18 ‰ et une proportion d'acide chlorhydrique libre de 2.25 ‰.

Le 11 mai, le malade n'ayant pas mangé depuis la veille à une heure du soir, un tubage à jeun ramène un quart de litre d'un liquide verdâtre, qui, placé dans une éprouvette, laisse déposer une couche de débris alimentaires occupant le tiers de la hauteur de celle-ci; l'analyse donne les résultats suivants : acidité totale, 3.8; acide chlorhydrique libre, 2.4; chlore combiné, 1.3; chlore total, 5 46; chlore fixe, 1.70.

L'insufflation de l'estomac faite avec les plus grandes précautions permet de constater que l'estomac n'est point ptosé, mais très sensiblement dilaté; il a une forme comparable à celle d'une cornemuse et l'on peut, sans provoquer la moindre gêne douloureuse, insuffler plus de 1,700 c.c. d'air.

Notre malade a beaucoup maigri depuis son dernier séjour à l'hôpital et nous découvrons, en outre, un léger début de tuberculose au sommet du poumon droit.

Le diagnostic de sténose pylorique n'étant plus douteux, nous conseillons une intervention chirurgicale, qui est pratiquée le 1er juillet par M. Ricard; celui-ci constate une sténose manifeste du pylore avec induration à ce niveau, provoquée très vraisemblablement par un ulcère ancien, et il pratique une gastro-entéro-anastomose postérieure.

Je n'insisterai pas sur les suites de cette opération, qui furent des plus simples; je me contenterai de vous dire qu'aujourd'hui l'état local est excellent : vomissements, douleurs, tout a disparu, et le malade, malgré quelques lésions tuberculeuses en évolution, a repris des forces et a augmenté de poids d'une façon très sensible.

En résumé, voici un homme qui, durant onze ans, a souffert de troubles gastriques ayant abouti à une sténose pylorique confirmée; pendant toute cette période fort longue, jusqu'aux derniers mois du moins, ces troubles ont offert des caractères particuliers qui méritent d'être étudiés.

Tout d'abord, ils se sont présentés comme des accidents intermittents, de véritables crises, entre lesquelles la santé semblait parfaite, sans qu'aucun malaise, aucune douleur, sauf à titre exceptionnel, fussent ressentis par le malade; c'est chose si peu habituelle d'observer une intermittence aussi nette dans les symptômes d'une sténose pylorique, que l'on pourrait se demander si réellement celle-ci existait déjà dès le début des premières crises. Cela ne nous paraît point douteux, car à ce moment nous avions constaté, à titre d'exception, il est vrai, une stase alimentaire avec hypersécrétion et des contractions péristaltiques de l'estomac — celles-ci ne s'observent jamais, croyons-nous, en dehors de la sténose vraie — et avions discuté la probabilité de ce diagnostic. La disparition complète et rapide de tous les accidents nous avait éloigné de cette idée qui, la première, s'était présentée à notre esprit.

Au fur et à mesure que la sténose, probablement très peu serrée au début, s'est accentuée,

les crises se sont rapprochées et, pendant les derniers six mois ayant précédé l'opération, les troubles digestifs ont été permanents.

Ces crises, d'une durée variable, de quelques jours ou davantage, ont toujours offert les mêmes allures : douleurs paroxystiques extrêmement violentes, survenant deux ou trois heures après les repas, surtout la nuit, s'accompagnant ou se terminant souvent, mais pas nécessairement, par des vomissements de liquide acide ou d'aliments. N'est-ce point là quelque chose de très analogue à ce qui a été décrit sous le nom de gastrosucorrhée intermittente?

L'étude de l'état local de l'estomac et de son contenu est, d'un autre côté, bien intéressante : au moment des crises ou peu de temps après, on retirait fréquemment à jeun, par le tubage, de 125 à 150 c.c. d'un liquide contenant très peu ou pas de débris alimentaires, liquide très riche en acide chlorhydrique libre (de 1.41 à 2.32), doué d'un pouvoir peptique considérable, puisqu'il digérait en vingt-quatre heures une longueur de 25 à 28 millimètres d'un tube d'albumine de Mette, c'est-à-dire, en tenant compte de la loi de Borissov, environ dix fois plus qu'un suc gastrique normal.

Parfois, au moment où la crise se terminait, le tubage ne ramenait aucune quantité, même minime, de liquide, ou bien, au contraire, alors que la santé semblait être revenue à son état normal, on pouvait extraire de 50 à 100 c.c. d'un liquide dépourvu en apparence de tout débris alimentaire, mais toujours très riche en acide chlorhydrique.

Je ne vous citerai point, du reste, les nombreuses analyses qui ont été faites et qui, toutes, ont fourni des résultats analogues.

Ainsi donc, suivant le jour, suivant le moment où le cathétérisme de l'estomac était pratiqué, on aurait pu, en ne tenant compte que de ce seul résultat, parler d'hypersécrétion avec stase alimentaire, d'hypersécrétion sans stase, de gastrosucorrhée intermittente, ou encore conclure que l'estomac n'était que peu ou pas troublé dans sa motricité. Par contre, pendant les derniers mois qui ont précédé l'opération, alors que le diagnostic de sténose ne pouvait plus être douteux, on trouvait toujours, le matin à jeun, plusieurs centaines de centimètres cubes de liquide résiduel et même, le lendemain d'un lavage stomacal, l'estomac contenait encore, mais en proportion moindre, une certaine quantité de suc gastrique pourvu de ses propriétés caractéristiques.

On pourrait donc dire, en employant la nomenclature usuelle, que ce patient, durant les six années pendant lesquelles nous avons pu l'observer à des intervalles assez fréquents, a été atteint de crises gastriques, de gastrosucorrhée intermittente et enfin de la forme chronique de cette dernière affection, alors qu'il s'est agi d'une même maladie, d'un ulcère juxtapylorique ayant, au début, rétréci légèrement le pylore pour produire finalement une sténose relativement serrée. En dehors des probabilités fournies par l'évolution des troubles morbides, l'apparition d'une hématémèse, peu abondante, il est vrai, est venue confirmer ce diagnostic.

L'observation de cet homme, suivi pendant tant d'années, est instructive à plusieurs points de vue. Tout d'abord, elle vous montre qu'une sténose pylorique, quand elle est incomplète, peut, durant de longues périodes, être entièrement latente, ne se manifester que d'une façon intermittente par des crises paroxystiques de douleurs, de vomissements ou d'hypersécrétion; c'est là un fait qui n'est point commun, mais que plusieurs auteurs, M. Bouveret en particulier, ont déjà signalé.

En second lieu, elle peut jeter un certain jour sur la valeur clinique de ces divers syndromes encore mal connus, les crises gastriques, la gastrosucorrhée intermittente. Enfin, elle vous indique que la présence de liquides résiduels dans l'estomac *n'est pas constante* dans la sténose pylorique, et qu'il ne faudrait pas, en son absence, repousser le diagnostic d'une façon absolue.

Est-ce à dire qu'il y ait toujours sténose du pylore dans les cas de crises gastriques et de gastrosucorrhée intermittente? Telle n'est point notre pensée. Pour ce qui concerne les crises gastriques, il n'est point douteux qu'il s'agisse fréquemment d'accidents initiaux du tabes, tabes parfois méconnu, tant les symptômes en sont légèrement esquissés, ou bien encore de crises de nature hystérique ou de ces accidents qu'à défaut de toute pathogénie on a désignés sous le nom de crises essentielles.

Quant à ce qui a été décrit par Reichmann et par ses élèves sous la désignation de gastrosucorrhée intermittente, il faut reconnaître que les quelques rares observations qui ont été publiées sont tellement identiques aux accidents présentés par notre malade, qu'on peut se demander s'il ne faut pas, dans ces cas, invoquer l'existence d'une sténose pylorique relative, d'autant qu'aucune observation n'a été suivie d'examen anatomique, et qu'il est dit que cette forme n'est souvent que la première étape de la variété chronique de la maladie de Reichmann, ou gastrosucorrhée continue : or, on sait, depuis les travaux de M. Schreiber, de M. Hayem et d'autres, que dans cette affection l'existence d'un ulcère pylorique est la règle la plus habituelle. En pareil cas, comme chez notre malade, la sténose, jusqu'au moment où elle est relativement serrée, resterait pendant longtemps un rétrécissement incomplet.

Comment peut-on comprendre la pathogénie de ces différents symptômes, aux divers stades de l'affection, chez notre malade?

Il faut, pensons-nous, pour qu'ils se produisent, que deux conditions se trouvent réalisées : un obstacle au niveau de l'orifice pylorique, un état d'irritabilité anormale de la sécrétion de l'estomac, autrement dit une lésion de la muqueuse stomacale, susceptible de déterminer non seulement une sécrétion abondante de suc gastrique sous l'influence de l'excitation alimentaire, mais encore une sécrétion très riche en principes actifs, acide chlorhydrique et pepsine. Or, ces deux conditions ne se trouvent réunies que lorsqu'il existe de la gastrite parenchymateuse, compliquée—comme le cas est fréquent — d'un ulcère juxta-pylorique déterminant une sténose plus ou moins serrée.

Celle-ci est-elle prononcée, les aliments séjournent longtemps dans l'estomac, et cet organe contient encore, à une période de la digestion où il devrait être vide, des débris alimentaires; une minime proportion suffit alors pour déterminer une abondante sécrétion de suc gastrique. Souvent même, accumulés qu'ils sont dans le bas-fond de l'estomac, on n'en retire que d'insignifiantes parcelles, et seul le liquide afflue dans la sonde. On prononce alors le mot de gastrosucorrhée avec ou sans stase alimentaire.

Parfois même, en pareil cas, alors que le diagnostic de sténose n'est guère discutable, il suffit de modifier le régime alimentaire, de remplacer une alimentation plus substantielle par le régime du lait qui, vous le savez, est un faible excitant de la sécrétion gastrique, pour voir tous les symptômes s'atténuer et disparaître en peu de jours.

Le fait n'est point exceptionnel. Certains d'entre vous se rappellent peut-être une femme qui entra dans le service, le 1er avril 1903, souffrant de troubles gastriques depuis plusieurs mois et vomissant depuis huit jours presque tout ce qu'elle prenait. L'estomac était dilaté, présentait des contractions péristaltiques et, quoique la malade, au moment où nous l'examinions, vînt de vomir plus de 1 litre 1/2 de liquide, on retira encore par la sonde 1 litre 1/4 d'un liquide très acide (3.18 ‰), contenant une forte proportion d'acide chlorhydrique (2.16 ‰). On pratiqua un grand lavage avec de l'eau bouillie, on mit cette femme au régime lacté et tous les accidents, douleurs, vomissements, disparurent. Les jours suivants, le tubage à jeun ramena encore une certaine quantité d'un liquide très acide, renfermant des débris alimentaires, puis, peu à peu, cette quantité diminua, sans que cependant la stase disparût complètement. Le diagnostic de sténose, malgré l'atténuation des symptômes, n'en était pas moins évident, mais le repos, le régime, en atténuant l'excitabilité de l'estomac, avaient entièrement modifié le tableau clinique, et le diagnostic primitivement posé de sténose par ulcère juxtapylorique — et que deux hémorrhagies intestinales vinrent confirmer — aurait pu facilement passer inaperçu durant le mois pendant lequel cette malade fut soumise à notre observation; la crainte d'une opération dont nous avions exprimé devant elle la possibilité, lui fit quitter l'hôpital.

Si, dans un fait de sténose bien avérée, il peut se produire de telles rémissions, à plus forte raison peuvent-elles s'observer dans les cas où la sténose est peu serrée, et ce n'est que par intervalles que surviennent alors des crises de douleurs et de vomissements. Le patient est-il au repos, à un régime approprié, prend-il une alimentation qui laisse son estomac dans un calme relatif, l'évacuation du contenu gastrique peut, même avec une sténose relative, se faire sinon normalement, du moins sans un retard trop considérable. A jeun, le tubage ne ramène souvent rien. Nous avons ainsi observé chez notre malade de longues périodes de bien-être complet.

Mais, si quelques excès sont commis, excès de toute nature : de fatigue, de travail et surtout excès ou abus alimentaires, alors éclate la crise; la sécrétion gastrique devient plus abondante — sinon plus riche en acide chlorhydrique, car le chiffre de celui-ci varie peu au moment et en dehors des crises — par le fait du séjour prolongé des aliments dans l'estomac, et ce dernier évacue d'autant moins rapidement son contenu que les débris d'aliments sont plus volumineux, plus indigestes ou plus irritants.

D'une part, la fatigue générale, le surmenage du système nerveux qui ont rendu l'estomac plus sensible, plus irritable et, d'autre part, l'abondance d'une sécrétion gastrique hyperacide provoquent un spasme pylorique qui se produit d'autant plus facilement que l'orifice stomacal est déjà par lui-même rétréci. On a alors ces crises extrêmement douloureuses, le plus souvent avec rejet de grandes quantités de liquide, qui durent plus ou moins longtemps, quelques jours ou davantage, pour faire place ensuite à une période de calme relativement complet.

Il est probable que le plus grand nombre de ces cas dits de gastrosucorrhée intermittente décrits par Reichmann, et dont M. Albu rapportait naguère encore un exemple (1), doivent être considérés comme des faits de gastrite parenchymateuse, de catarrhe hyperacide, pour employer l'expression de MM. Jaworski et Korczynski, compliqués d'ulcère prépylorique avec sténose relative. Il ne nous paraît point douteux qu'il en soit de même pour nombre d'observations relatées par MM. Johnson et Behm (2) dans leur travail sur la gastrosucorrhée.

Affirmer l'existence d'une sténose du pylore dans les cas dont je viens de vous parler n'est point chose toujours aisée; si la présence, à jeun, d'une certaine quantité de liquide acide dans la cavité gastrique était un signe suffisamment caractéristique, que ce liquide fût ou non mélangé de débris alimentaires, la tâche serait singulièrement facilitée. Mais, ainsi que je vous le disais tantôt, suivant les périodes où

(1) A. Albu. Klinische und anatomische Beiträge zur Lehre vom Magensaftfluss. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 oct. 1903, p. 934, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 181.)

(2) E. Johnson et K. Behm. Beiträge zur Kenntnis der krankhaft gesteigerten Absonderung von Magensaft. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1893, XXII, 4-5.)

l'examen est pratiqué, selon les jours, le régime suivi par le malade, on peut constater que l'estomac est absolument vide.

D'autre part, la présence d'une certaine quantité de liquide résiduel, le matin à jeun, n'indique pas nécessairement qu'il existe une sténose pylorique; nous avons pu, en effet, à maintes reprises, chez des sujets atteints de troubles gastriques tout à fait indépendants d'une sténose, retirer par la sonde une certaine quantité de suc gastrique variant de 10 à 50 c.c.; dans ces conditions, le suc gastrique est le plus souvent très acide et ne contient pas de débris alimentaires, ou du moins ceux-ci sont-ils insignifiants et constitués par des dépôts microscopiques.

On ne peut donc pas donner à un seul examen une valeur diagnostique absolue : néanmoins, si plusieurs examens permettent de constater la présence d'une quantité assez notable de liquide stomacal, dépassant 40 ou 50 c.c., le diagnostic de sténose devient infiniment probable; il l'est encore davantage s'il existe des débris alimentaires bien caractérisés. Enfin, il sera rare que, dans ce cas, ne survienne pas un jour ou l'autre une véritable crise de rétention gastrique, avec douleurs, vomissements et hypersécrétion.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic est toujours, comme vous le voyez, chose délicate, et un examen suivi du malade, durant un temps parfois assez long, peut seul permettre de le poser; cela se comprend du reste, car, entre la gastrite hyperacide qui s'accompagne habituellement d'hypersécrétion et de retard dans l'évacuation de l'estomac avec ou sans spasme pylorique, d'une part, et l'ulcère juxtapylorique avec sténose relative — que cet ulcère soit cicatrisé ou encore en activité — que nous venons d'étudier, d'autre part, il existe une transition souvent bien difficile à établir, la seconde de ces maladies n'étant le plus ordinairement qu'une complication de la première.

MÉDECINE PRATIQUE

Le signe de Kernig est-il pathognomonique de la méningite ?

Tout comme le clinicien russe auquel on doit la connaissance du phénomène en question, un certain nombre d'auteurs ont attribué au signe de Kernig une valeur quasi pathognomonique dans les méningites (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 281-284, et 1900, p. 187), et cela non seulement en raison de sa grande constance dans ces affections, mais encore parce qu'ils le considéraient comme apparaissant exclusivement au cours des processus inflammatoires des méninges. Or, il s'en faut que cette opinion soit conforme à la réalité des faits, le phénomène dont il s'agit ayant, depuis lors, été signalé dans des états morbides autres que les méningites, notamment au cours de la fièvre typhoïde et de la pneumonie, ainsi que dans les hémorrhagies méningées, les lésions cérébrales en foyer et, tout dernièrement, dans la paralysie générale (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 405, 1902, p. 371 et 1905, p. 382).

De son côté, M. le docteur A. Amaducci (de Bertinoro) a récemment fait connaître 2 cas qu'il a eu l'occasion d'observer dans le service de clinique médicale de la Faculté de médecine de Bologne, alors dirigé par M. le professeur V. Patella, et dans lesquels, malgré la présence du signe de Kernig, on ne constata, à l'autopsie, aucune lésion du côté des méninges.

Le premier de ces faits a trait à une jeune fille de seize ans, admise à l'hôpital pour une pleurésie avec épanchement et qui, après avoir subi une thoracentèse, présenta, au cours du traitement ultérieur (salicylate de soude à la dose quotidienne de 4 grammes, administré sous forme de lavement), une hyperthermie intense (41°5) avec obnubilation psychique, délire, rigidité pupillaire, dyspnée, céphalée et dermographisme très accentué. Comme on constatait, en même temps, du côté de l'appareil respiratoire, des râles généralisés à toute l'étendue des poumons, on crut avoir affaire à une granulie avec méningite tuberculeuse probable. La présence du signe de Kernig paraissait confirmer ce diagnostic et rendait le pronostic absolument désespéré. Or, l'usage du salicylate de soude ayant, sur ces entrefaites, été suspendu, on ne fut pas peu surpris de voir bientôt disparaître le signe de Kernig et tous les autres phénomènes que l'on avait mis sur le compte d'une méningite, alors qu'il s'agissait, en réalité, d'une intoxication par le médicament en question. Et, de fait, la malade ayant succombé, au bout de plusieurs jours, à une hémoptysie grave, on fut à même de se rendre compte, à l'examen nécroscopique, de l'intégrité absolue des méninges cérébro-spinales.

La seconde observation recueillie par notre confrère se rapporte à une vieille femme, admise à la clinique pour un néoplasme malin du médiastin avec luxation du sternum et métastases au foie. La patiente présentait, en outre, une dilatation de l'aorte, avec myocardite et insuffisance mitrale, ainsi que des phénomènes de tabes (signes de Westphal et d'Argyll-Robertson, douleurs fulgurantes). Quelques jours après avoir été admise dans le service, cette femme fut prise brusquement de convulsions avec frissons et tremblement à grandes secousses, et, pendant la période pré-agonique, elle présenta le signe de Kernig, en l'absence de tout autre symptôme susceptible de faire croire à l'existence d'une phlegmasie des méninges. Cela étant, et en se basant précisément sur la valeur en quelque sorte pathognomonique que l'on attribue généralement au phénomène en question, on supposa que si, en l'espèce, il n'existait pas de méningite, il devait, tout au moins, y avoir quelque noyau néoplasique nouvellement formé et qui était venu se loger entre les racines lombaires et sacrées. Et, pourtant, là encore, l'autopsie révéla l'intégrité anatomo-pathologique des enveloppes cérébro-spinales et l'absence de toute métastase néoplasique dans le canal rachidien.

D'autre part, un médecin américain, M. le docteur R. N. Willson (de Philadelphie), a récemment eu l'occasion d'observer le signe de Kernig chez 2 sujets atteints de méningite cérébro-spinale (avec issue favorable), mais qui lui déclarèrent n'avoir jamais pu, même avant leur maladie, étendre complètement les jambes quand ils étaient assis. En répétant l'expérience sur lui-même, notre confrère remarqua qu'il éprouvait une difficulté assez considérable, dans la position assise, à redresser la jambe jusqu'à 180°.

En présence de ces constatations, il lui parut utile de rechercher, d'une manière systématique, le signe de Kernig chez tous les malades hospitalisés dans les services de médecine du Philadelphia Hospital et complètement exempts de symptômes méningitiques. Le résultat de l'examen était considéré comme négatif au point de vue du signe de Kernig toutes les fois que, la cuisse étant fléchie à angle droit sur le tronc, on parvenait, sans user d'une force notable, à étendre la jambe jusqu'à ce que l'angle formé par l'axe de celle-ci avec la cuisse fût d'environ 120°.

Les recherches en question ont porté sur 120 sujets (73 adultes et 47 enfants), atteints d'affections très diverses (rhumatisme, fièvre typhoïde, cardiopathies, tuberculose pulmonaire, etc.). Or, sur ce nombre, 32 individus (29 adultes et 3 enfants), c'est-à-dire 26.66 %, présentaient le signe de Kernig en l'absence de tout symptôme de méningite et de tout antécédent de cette nature.

Si l'on tient compte que des constatations à peu près analogues avaient déjà été faites par un autre confrère américain, M. le docteur J. L. Miller (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 294), on reconnaîtra que le signe de Kernig ne saurait en aucune façon être considéré comme pathognomonique de la méningite et qu'il est même loin de témoigner nécessairement d'une participation du cerveau ou de la moelle au processus morbide. Sans doute, lorsqu'il est associé à d'autres symptômes de méningite, il rend ce diagnostic très plausible, mais il serait tout à fait imprudent de vouloir lui attribuer une valeur clinique plus grande et d'affirmer l'existence d'une méningite en se basant uniquement sur la constatation de ce phénomène, alors que les signes classiques de l'inflammation des méninges font défaut.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

L'analgésie tendineuse à la pression et en particulier l'analgésie achilléenne dans le tabes, par M. J. Abadie.

Lorsque, chez un sujet normal, on saisit entre deux doigts le tendon d'Achille au niveau de sa partie la plus accessible, c'est-à-dire en arrière des malléoles, et qu'on exerce ainsi sur lui une compression de plus en plus forte, le patient éprouve une série de sensations désagréables allant jusqu'à la douleur, au fur et à mesure que la compression augmente d'intensité. Il va sans dire que pareil phénomène peut être constaté au niveau de tout autre tendon; mais le tendon d'Achille, par son volume et sa situation toute superficielle, se prête au mieux à cette exploration. Il est facile, d'autre part, de s'assurer que c'est bien ici d'une sensibilité tendineuse qu'il s'agit, et que la douleur ne prend nullement sa source dans la peau, ni au niveau du muscle qui donne origine au tendon examiné ou de l'os sur lequel celui-ci s'insère.

Or, l'auteur a pu se convaincre que chez les tabétiques il y a le plus ordinairement analgésie achilléenne absolue ou relative, et ce signe aurait même une haute valeur diagnostique, puisque, sur 40 tabétiques pris au hasard et examinés à ce point de vue, la sensibilité du tendon d'Achille était diminuée 10 fois et abolie 22 fois, soit en tout dans 80 % des cas. Chez ces mêmes malades, on ne constatait le signe de Westphal que dans 77.5 % des cas, celui d'Argyll-Robertson que dans 67.5 %. Seules les douleurs fulgurantes seraient plus constantes : M. Abadie les a notées chez 92.5 % de ses malades. Quant à l'abolition des réflexes achilléens, sa fréquence est sensiblement égale à celle de l'analgésie achilléenne (80.5 % au lieu de 80 %), mais il ne semble pas y avoir entre ces deux symptômes un lien commun, car il n'est pas rare de trouver les réflexes supprimés alors que la sensibilité persiste, et réciproquement.

Ce trouble de la sensibilité est intéressant à connaître non seulement en raison de sa grande fréquence, mais aussi à cause de sa précocité : sur les 40 malades étudiés par l'auteur, 20 présentaient des formes de tabes non ataxique, de celles qu'on désigne en clinique sous les noms de *tabes incipiens*, de tabes sensitif, etc.; or, parmi eux, la proportion des cas où la sensibilité achilléenne était diminuée ou abolie était exactement la même que chez les tabétiques avérés, soit 80 %; seulement, dans la première série, il y avait 25 % de diminution des sensations douloureuses contre 55 % d'abolition, tandis que dans la seconde ces pourcentages étaient respectivement 20 et 60 %; en d'autres termes, l'analgésie paraît augmenter avec les progrès de l'affection.

Il convient d'ajouter que le tabes ne serait pas la seule maladie où l'on rencontrât l'analgésie tendineuse : M. Abadie lui-même l'a notée aussi chez quelques hystériques, ainsi que dans des cas de compression médullaire; mais en pareille occurrence elle accompagnait toujours une analgésie totale, intéressant la peau et les organes profonds; de sorte que l'analgésie tendineuse *pure* n'en conserve pas moins à ses

yeux une valeur séméiologique incontestable en tant que stigmate du tabes. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 27 août 1905.) — F. F.

Sur l'ophtalmia nodosa, par M. E. VALUDE.

C'est à une affection peu connue encore, surtout en France, et d'étiologie bien spéciale, que ressortit le fait observé par l'auteur.

Un homme de trente-six ans, sans passé oculaire, reçut dans l'œil gauche, en voulant détruire un nid de chenilles processionnaires, quelques poussières provenant de ce nid. Très rapidement l'œil devint gonflé et rouge, avec aspect œdémateux de la conjonctive, photophobie et vives douleurs; celles-ci s'atténuèrent en quelques jours, mais, au bout de trois semaines, la photophobie persistait, accompagnée de trouble de la vision.

Trois mois environ après l'accident, quand M. Valude examina le malade, il nota une légère hyperémie périkératique limitée au segment inféro-interne de l'œil gauche; la portion correspondante de la cornée offrait un semis de points grisâtres, irrégulièrement distribués, parfois saillants et constituant de véritables nodosités, entre lesquels existaient une série de petites stries parallèles très fines. La conjonctive était indemne, de même que les milieux transparents et le fond de l'œil; l'iris, quoique un peu terne, réagissait bien; des traces de pigment sur la partie inféro-interne de la surface du cristallin témoignaient d'un peu d'iritis antérieure.

Par grattage de la cornée au niveau des lésions dont il vient d'être question, l'auteur put enlever des lamelles d'épithélium cornéen, qui paraissaient normales, mais dont une renfermait le corps du délit sous forme d'un poil de chenille à pointe barbelée et profondément enfoncée dans une cellule épithéliale.

Telle est, en effet, la cause de cette *ophtalmia nodosa*, comme l'a nommée Sämisch. La chenille incriminée dans les cas de ce genre serait, d'après M. R. Blanchard, la *Cnethocampa pityocampa*, espèce pourvue de poils nombreux et sécrétant, en outre, une substance irritante analogue à l'acide formique, si bien que ce n'est pas pour l'œil seulement que le contact de cette chenille est nocif, mais bien aussi pour la peau et les diverses muqueuses.

Le pronostic fut, du reste, bénin, dans le fait relaté par M. Valude : sous l'influence du grattage de la cornée et d'un certain nombre de pansements antiseptiques, le malade put être renvoyé chez lui dans un état satisfaisant. (*Ann. d'oculist.*, juillet 1905.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Paralysie générale consécutive à un traumatisme, par M. G. REINHOLD.

Les traités classiques n'accordent généralement, dans l'étiologie de la paralysie générale, qu'une place très restreinte aux traumatismes, et encore un certain nombre d'auteurs — von Krafft-Ebing entre autres — ont-ils en vue exclusivement le trauma crânien. Or, grâce à l'extension considérable que l'assurance contre les accidents a prise au cours de ces dernières années, on a pu enregistrer quelques cas dans lesquels des lésions traumatiques ou des commotions de diverses parties du corps autres que la tête ont paru étiologiquement responsables de la paralysie générale survenue ultérieurement. Les faits de ce genre étant encore peu nombreux, il nous paraît intéressant de signaler l'observation publiée par M. Reinhold, et cela d'autant plus qu'elle est très probante, tant en raison de l'absence d'autres facteurs étiologiques susceptibles d'être incriminés qu'à cause de la certitude du diagnostic, celui-ci ayant été confirmé par l'autopsie.

Il s'agissait d'un homme d'une quarantaine d'années, d'une constitution vigoureuse, exempt de tout antécédent héréditaire ou personnel (pas de syphilis, ni d'alcoolisme) et qui ne s'était jamais livré à aucun excès. Un jour, en portant sur son dos un lourd sac de farine, il fit un faux mouvement et tomba sur le siège. Au même moment, il éprouva, dans la région du sacrum, une vive douleur, qui persista les jours suivants. Ce symptôme mis à part, on ne constata d'abord rien d'anormal, et, au bout d'un mois et demi environ, le patient essaya même de reprendre son travail, sans, toutefois, y réussir. Mais, quelques semaines plus tard, on notait déjà toute une série de troubles nerveux, tels que paresse de la réaction pupillaire, raideur de la démarche, douleurs dans les bras, sensation de faiblesse et de lassitude dans les membres, etc. Le pronostic n'en parut pas moins bénin à cette époque-là, et ce ne fut que dix mois après l'accident — le malade ayant commencé à éprouver des vertiges et une forte diminution de l'acuité visuelle — que l'on soupçonna quelque lésion organique du cerveau. L'évolution ultérieure de l'affection ne fit que confirmer cette manière de voir; on ne tarda pas, en effet, à assister à l'éclosion de troubles psychiques, de parésies des muscles oculaires, de l'embarras de la parole, etc. Finalement, survinrent des attaques apoplectiformes et des accès épileptiformes, et, au cours d'une de ces crises, le patient succomba brusquement, vingt-deux mois après le traumatisme.

A l'examen microscopique du système nerveux central, on constata l'existence de lésions de dégénérescence, caractéristiques de la paralysie générale.

Ce fait indique combien on doit se montrer réservé dans l'appréciation des troubles nerveux consécutifs à un accident : un état morbide que l'on serait porté à considérer, au début, comme une simple « névrose traumatique » peut parfaitement, par la suite, évoluer comme une paralysie générale, et le diagnostic primitif risque fort d'être démenti à la fois et par cette évolution ultérieure de la maladie, et par les résultats de l'autopsie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juillet 1905.) — L. CH.

Rupture totale du pancréas, guérie par la suture, par M. C. GARRÈ.

Un homme de vingt-trois ans est saisi entre deux tampons de chemins de fer : il est heurté d'avant en arrière dans la région abdominale supérieure; il tombe, ressent des douleurs dans le ventre, mais ne perd pas connaissance; deux heures après, on l'apporte à la clinique chirurgicale de Königsberg; il n'a pas de shock, il se plaint peu, le pouls est à 62, la température à 37°, le ventre est seulement très tendu, et l'on réveille de la douleur à la pression dans la région pylorique. Une heure plus tard, le blessé se met brusquement à vomir du liquide ressemblant à du café et un peu de sang pur, et les douleurs de ventre deviennent très aiguës; la tension de l'abdomen a grandement augmenté, le pouls reste bon, il n'y a pas de signes d'anémie.

Croyant à une rupture de l'intestin, on intervient. On fait, sous anesthésie à l'éther, la laparotomie de l'appendice xiphoïde à l'ombilic; on trouve l'épiploon infiltré de sang, et du sang répandu entre les intestins; le palper du foie, de la rate et des reins, l'examen de l'estomac et d'une certaine zone d'intestin ne donnent d'abord aucun renseignement sur l'origine de l'hémorrhagie. La plaie est agrandie, et l'intestin est examiné minutieusement, sans résultat. On retourne alors aux organes de la région abdominale supérieure; l'estomac montre quelques sugillations, mais rien de plus; il est un peu abaissé, et c'est au-dessus de lui que suinte le sang. Le petit épiploon est déchiré en quelques points, on agrandit la solution de continuité avec le doigt, et l'on parvient sur le pancréas, rompu verticalement, et dont les deux segments sont séparés l'un de l'autre de l'épaisseur du pouce. La rupture est nette; elle occupe le côté gauche de la colonne vertébrale : la portion détachée de l'organe mesure bien 10 centimètres. Sur le bord supérieur, on voit la veine splénique, intacte; on n'aperçoit pas l'artère.

Les deux tranches pancréatiques saignent. On les ramène au contact, et la capsule est suturée par trois points postérieurs et trois ou quatre points antérieurs, à la soie fine, chargeant un peu de parenchyme. L'hémorrhagie s'arrête. Un tamponnement isole le foyer et les lamelles sortent par l'extrémité supérieure de la plaie, dont les deux tiers inférieurs sont réunis.

Les douleurs cessent, et les suites de l'intervention sont très bonnes : il survient seulement quelques hémorrhagies gastriques. Un suintement abondant se dégage du tampon ; on y découvre les ferments pancréatiques. A son contact, la peau rougit et s'irrite, et il se produit quelques îlots de nécrose graisseuse dans le tissu sous-cutané. Au dixième jour, on retire les lamelles qui adhèrent beaucoup, et on les remplace par un tamponnement plus lâche, qui, lui-même, fait bientôt place à un drain. Opéré le 23 janvier, l'homme était guéri au début de mars.

C'est le premier cas de rupture *isolée* du pancréas guéri par l'intervention. On sait, en effet, que les traumatismes pancréatiques sont rarement réduits à eux-mêmes : sur 30 cas de rupture sous-cutanée qu'il a rassemblés, M. Garrè n'en trouve que 8 rentrant dans cette catégorie, 9 avec son fait personnel; des 8 observations relatées par d'autres auteurs, 3 ont fourni matière à opération, mais avec résultat mortel.

Chez le malade de M. Garrè, on pouvait se demander si la queue du pancréas, après la section totale, pourrait encore échapper à la nécrose ; grâce à l'intégrité des vaisseaux spléniques, elle est restée parfaitement vivante, et l'on en peut conclure que, dans ces conditions, la suture de l'organe rompu est tout indiquée. Il en serait autrement si l'artère splénique était intéressée, et, au lieu de suture, l'extirpation deviendrait alors nécessaire.

D'autre part, le suc pancréatique a provoqué peu d'accidents, mais, pour qu'il en soit ainsi, le tamponnement paraît indispensable; von Mikulicz avait, d'ailleurs, insisté sur ce point : il évaluait à 80 % la mortalité des cas de chirurgie pancréatique où le tamponnement n'avait pas été fait, à 38 % celle des cas « tamponnés ». (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 1.) — L.

Uréthrite primitive sans gonocoques, mais avec de très nombreux bacilles de la grippe, par M. P. COHN.

Dans ces derniers temps, on a insisté à plusieurs reprises sur certaines uréthrites aiguës qui, tout en reconnaissant une origine vénérienne, n'ont cependant en aucune façon le gonocoque pour cause. C'est un cas de ce genre qui est relaté dans le présent mémoire.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans qui, au moment de l'examen — trois semaines après un coït suspect —, présentait un écoulement d'ailleurs peu douloureux de l'urèthre. Datant de deux semaines et demie, cet écoulement n'offrait pas les caractères qu'il affecte habituellement dans la blennorrhagie; son aspect rappelait plutôt celui des crachats muco-purulents. L'urine, légèrement trouble et renfermant quelques filaments dans la première portion, était absolument limpide dans la seconde.

A l'examen microscopique, on trouva dans le pus uréthral, outre des microorganismes banaux, de volumineuses bactéries plus colorées au centre qu'à la périphérie, mais aucun gonocoque. Des ensemencements, pratiqués en différents milieux, révélèrent la présence de deux principaux microbes : l'un, volumineux, appartenait au groupe des bacilles encapsulés; l'autre donna lieu, sur gélose-sérum de pigeon, à de petites colonies transparentes, constituées par des cultures pures de bacilles de la grippe. Dans les analyses bactérioscopiques qui furent faites ultérieurement, on isola constamment ces deux catégories de microbes; jamais on ne put déceler de gonocoques.

Au point de vue de l'évolution clinique de l'affection, il est intéressant de noter qu'une épididymite gauche se déclara quatre jours après l'entrée du malade à l'hôpital; elle guérit rapidement sous l'influence du traitement habituel. En outre, ce jeune homme présenta, à la septième semaine depuis le début de son affection, quelques accidents de cystite (ténesme vésical, mictions douloureuses), mais, à part cela, la situation demeura stationnaire pendant les deux mois qu'il séjourna à l'hôpital, sans qu'on parvînt à améliorer l'état local ni par l'administration d'iodure de potassium à forte dose ou d'essence d'anis, ni par des injections ou des instillations de nitrate d'argent.

Quant à savoir auquel des deux microbes, le bacille encapsulé ou celui de la grippe, il convient d'attribuer la part essentielle ou exclusive dans la pathogénie du présent cas, M. Cohn ne croit pas qu'il soit possible de trancher la question. L'un et l'autre sont, en effet, susceptibles d'exercer une action pyogène sur les muqueuses de l'homme. L'auteur serait cependant disposé à faire pencher la balance en faveur du bacille de la grippe, tant à cause de son abondance extrême dans l'écoulement uréthral que de la coexistence, constatée vers la même époque, d'une épidémie d'influenza. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 juillet 1905.) — F. M.

Le Spirochaete pallida dans le torrent circulatoire, par M. H. Raubitschek.

M. Reckzeh ayant récemment fait connaître que, sur 6 cas de syphilis à la période d'éruption de l'exanthème, il a pu 2 fois déceler dans le sang la présence d'éléments susceptibles d'être considérés comme des formes d'involution du spirochète pâle (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 273), il nous paraît intéressant de signaler les constatations hématoscopiques que M. Raubitschek a récemment eu l'occasion de faire chez une jeune fille de vingt-trois ans, admise à l'hôpital pour croup et qui, deux mois et demi auparavant, avait contracté la vérole. Au moment de son admission dans le service, la malade présentait sur tout le corps une éruption syphilitique maculo-papuleuse, d'un rouge cuivré, ainsi que de larges condylomes confluents à l'anus. Après avoir nettoyé à l'éther et frotté avec un tampon stérilisé la surface d'un de ces condylomes, on le comprima entre deux doigts et le suc exprimé fut examiné au microscope d'après les procédés de Giemsa et de Reitmann : dans toutes les préparations, on trouva le *Spirochaete pallida* décrit par MM. Schaudinn et Hoffmann. Or, le lendemain, en examinant le sang recueilli par piqûre de la pulpe d'un doigt de la patiente, on constata, également dans toutes les préparations, la présence de spirochètes formant, le plus souvent, des agglomérations; mais çà et là on voyait aussi des parasites isolés, qui, tout en étant très ténus et faiblement colorés, étaient, cependant, parfaitement nets. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 juillet 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Appendicite typhoïdique sans autres lésions intestinales, par MM. W. R. Stokes et A. L. Amick.

On a maintes fois signalé des cas d'appendicite consécutive à une fièvre typhoïde, mais le fait publié par MM. Stokes et Amick paraît unique en son genre, puisqu'il se rapporte à une appendicite éberthienne *primitive*, non associée à des lésions intestinales récentes.

Il s'agit d'un étudiant en médecine, âgé de vingt-quatre ans, qui avait subi une dothiénentérie très grave à l'âge de onze ans, et qui fut pris brusquement de douleurs violentes, d'abord généralisées à tout l'abdomen, puis localisées à la fosse iliaque droite, avec nausées, vomissements et légère diarrhée. Au moment de l'admission du patient à l'hôpital, la température était de 37°7, mais aussitôt après l'opération, pratiquée le même jour, elle retomba à la normale, et la guérison se fit sans encombres. Or, en pratiquant l'examen bactériologique de l'appendice réséqué, on parvint à isoler deux microorganismes, qui, d'après leurs caractères culturaux, étaient le bacille pyocyanique et le bacille d'Eberth; par contre, on ne trouva pas de *Bacterium coli commune*. D'autre part, les lésions anatomo-pathologiques de l'appendice présentaient également un caractère mixte : à côté de l'infiltration purulente diffuse des diverses tuniques, due probablement à l'infection pyocyanique, on remarquait des altérations prolifératives dans les espaces lymphatiques et la couche sous-muqueuse, altérations qui paraissaient avoir été déterminées par la présence du bacille typhoïdique.

Fait curieux, le sérum sanguin du patient, recueilli huit jours après l'intervention et dilué à un cinquième, agglutinait le bacille d'Eberth isolé de l'appendice, tout comme un bacille typhoïdique d'une autre origine; le bacille fourni par l'appendice réséqué donna également une réaction positive avec plusieurs échantillons de sérum provenant de dothiénentériques avérés. Encore que l'on ait signalé des cas où le bacille d'Eberth a subsisté dans la vésicule biliaire longtemps après l'atteinte du mal, il paraît plausible, en l'espèce, d'attribuer la séroréaction à une infection récente plutôt qu'à une dothiénentérie remontant à treize ans, et comme, immédiatement après l'opération, la température était redevenue normale, les auteurs du présent mémoire seraient portés à voir dans ce fait une infection typhoïdique limitée à l'appendice. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, août 1905.) — L. CH.

La fréquence de la tuberculose pulmonaire dans les familles nombreuses, par M. H. L. Shively.

S'il est incontestable que les grossesses fréquemment répétées, l'allaitement prolongé et la vie sédentaire qui en résulte, ainsi que les charges domestiques croissantes dans une famille nombreuse, constituent autant de facteurs étiologiques susceptibles de favoriser l'éclosion de la tuberculose pulmonaire chez les femmes mariées, il s'en faut que l'on soit fixé sur la valeur nocive de ces mêmes facteurs pour les enfants. Brehmer crut, il est vrai, pouvoir admettre que, dans les familles nombreuses, les plus jeunes enfants sont beaucoup plus prédisposés à contracter la tuberculose que les premiers-nés. Or, M. Shively a pu se convaincre que cette manière de voir, qui théoriquement paraît très vraisemblable, est cependant loin de correspondre à la réalité des faits.

L'enquête à laquelle s'est livré l'auteur en vue de vérifier la thèse soutenue par Brehmer a porté sur 1,450 cas de tuberculose pulmonaire. Toutefois, 229 de ces faits furent exclus comme se rapportant à des sujets appartenant à des familles de moins de quatre enfants; d'autre part, M. Shively crut également devoir ne pas tenir compte des familles comprenant plus de treize enfants, leur nombre étant trop restreint (46) pour pouvoir servir de base à des conclusions à portée générale.

En groupant les familles des 1,175 autres malades d'après le nombre des enfants qu'elles comptaient, et en analysant les chiffres obtenus pour chaque groupe, l'auteur a pu se rendre compte qu'il n'existe pas, pour la tuberculose, de progression numérique constante et uniforme en allant du premier enfant au dernier-né. C'est ainsi que, sur 153 cas de phtisie dans des familles de quatre enfants, on en note 40 intéressant l'aîné, 42 le second enfant, 23 seulement le troisième et 48 le quatrième; pour le deuxième groupe (familles de cinq enfants), les 162 faits se distribuent dans l'ordre suivant : 28 cas pour le premier-né, 41 pour le second, 39 pour le troisième, 21 pour le quatrième et 33 pour le cinquième. Nous voyons donc que, dans ce groupe, le nombre des seconds enfants devenus tuberculeux est presque le double de celui des quatrièmes enfants atteints de la même maladie. On relève des irrégularités plus ou moins analogues dans les familles plus nombreuses : pour ce qui est, par exemple, du troisième groupe, qui comprend 171 familles possédant six enfants chacune, la tuberculose fait 26 victimes parmi les seconds enfants et 32 parmi les troisièmes, tandis que les quatrièmes et les cinquièmes enfants ne fournissent respectivement que 23 et 22 cas.

D'autre part, en additionnant les nombres des tuberculeux dans les familles ayant de huit à treize enfants, M. Shively a constaté que le total est sensiblement supérieur pour les premiers enfants (52), les seconds (57) et les troisièmes (64) que pour les sixièmes (45), les septièmes (44) et les huitièmes (46).

Tous ces faits vont complètement à l'encontre de l'opinion de Brehmer, dans laquelle on ne saurait, par conséquent, voir autre chose qu'une hypothèse qui, pour plausible qu'elle paraisse *a priori*, n'en est pas moins démentie par la statistique. (*New York Med. Journ.*, 8 juillet 1905.) — L. CH.

Diagnostic et traitement des fractures du scaphoïde carpien et de la luxation du semi-lunaire, par MM. E. A. Codman et H. M. Chase.

Méconnue, une fracture du scaphoïde carpien ou une luxation du semi-lunaire détermine souvent une impotence définitive. Aussi les auteurs du présent mémoire ont-ils tenu à étudier de près ces lésions, dont ils ont observé 30 cas (18 de la première, 12 de la seconde).

Les symptômes de la fracture du scaphoïde sont habituellement les suivants : le malade, généralement un homme dans la force de l'âge, tombe sur le poignet, la main étant en extension. Comme on ne constate pas de fracture du radius, on diagnostique une simple entorse. Mais, au bout de quelque temps, l'impotence et la douleur persistent, ou même s'aggravent, si le patient cherche à reprendre son ouvrage. Cette persistance des accidents est déjà un bon signe de fracture. En réexaminant alors la région traumatisée, on s'aperçoit que les mouvements du poignet sont limités de moitié, et que cette limitation, de même que dans les arthrites tuberculeuses, est surtout due au spasme musculaire. A vouloir forcer les mouvements, on provoque des douleurs intolérables. On n'observe pas de crépitation, rarement on constate une ecchymose; mais la moitié radiale du poignet est tuméfiée, le relief des tendons du pouce est moins net, et l'on détermine de la douleur à la pression du scaphoïde, notamment au niveau de la tabatière anatomique. Quand on fléchit le poignet, le relief du scaphoïde est beaucoup plus marqué du côté malade que du côté opposé. Par les rayons X enfin on voit d'ordinaire un trait de fracture séparant l'os en deux moitiés, l'une interne et l'autre externe; mais, pour obtenir une image un peu nette, il faut placer le tube en avant des deux mains rapprochées et portées toutes deux en pronation.

Le danger de ces fractures, c'est qu'elles ne se consolident pas ou, si elles se consolident, qu'elles laissent un chevauchement des fragments dont la saillie du côté du radius amène l'irritation chronique de la jointure. Le meilleur traitement, lorsqu'on ne peut obtenir une bonne consolidation dès le début, c'est d'enlever le fragment externe de l'os.

Quant aux luxations du semi-lunaire, qu'on décrit quelquefois comme des luxations du grand os, elles se produisent généralement de la façon que voici : le poignet étant en extension forcée, les ligaments fixant le semi-lunaire en arrière sont relâchés et l'os, pris entre le radius et le grand os, est chassé en avant comme un noyau de cerise hors du fruit; s'il tient encore au radius par quelques fibres des ligaments antérieurs, cette adhérence le fait basculer, de telle sorte que sa face inférieure regarde en avant; pendant ce temps le grand os vient au contact du radius. De cette disposition des os il résulte que la réduction est à peu près impossible par de simples tractions.

Au point de vue clinique, les luxations du semi-lunaire rappellent à première vue les fractures du radius : le dos de fourchette est ici représenté par la tête du grand os, qui fait relief au-dessus du niveau de la face postérieure du radius. Mais, en palpant la face antérieure du poignet, on y découvre également une tumeur osseuse formée par le semi-lunaire déplacé : c'est à son niveau que la douleur atteint son maximum. En outre, la main paraît plus courte, si bien qu'en comparant les deux mains du sujet on croirait voir celles de deux personnes différentes. L'extension et la flexion des doigts sont de plus impossibles, et ce signe a la plus grande valeur. Par les rayons de Röntgen, enfin, on pourra constater parfois l'existence simultanée d'une fracture du scaphoïde, dont le fragment adjacent au semi-lunaire aura été entraîné par ce dernier.

Pour opérer la réduction, il faut, comme dans la luxation du pouce, augmenter d'abord l'extension, puis fléchir la main, tout en pressant sur la saillie osseuse; cette réduction est possible même après un mois, et elle devra toujours être tentée. Si elle échoue, il ne reste que la ressource de réséquer l'os déplacé. (*Ann. of Surgery*, mars et juin 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Influence du froid et de la chaleur sur le développement de certaines maladies, par M. E. Leonardi.

Il est généralement admis que l'hémorrhagie cérébrale est beaucoup plus fréquente pendant la saison froide qu'au cours de l'été, et, comme nombre d'autres auteurs, M. Leonardi a été frappé par cette fréquence des attaques d'apoplexie durant l'hiver; en étudiant les faits de plus près, il n'a toutefois pas tardé à se convaincre que les cas d'hémorrhagie cérébrale augmentent non seulement pendant les mois *les plus froids* de l'année, mais aussi durant les mois *les plus chauds*. Il a été ainsi amené à admettre que, en définitive, le froid et la chaleur agissent sur l'organisme de la même manière et produisent les mêmes effets. Du reste, il a été à même de vérifier le bien fondé de cette opinion à l'égard d'états morbides autres que l'apoplexie.

Les observations que l'auteur a recueillies relativement à l'influence des oscillations de la température sur certaines maladies se rapportent à une localité située à 1,000 mètres environ au-dessus du niveau de la mer, et dans laquelle le thermomètre descend, en hiver, jusqu'à 12° ou 15° au-dessous de zéro, tandis qu'en été, la température y atteint de 30° à 32°. Au cours de ces quatorze dernières années, on y a compté 107 décès par hémorrhagie cérébrale, dont 75 survinrent pendant la saison froide, allant de novembre à avril inclusivement, tandis que du mois de mai à octobre il ne s'en produisit que 32. En d'autres termes, le total des cas mortels d'hémorrhagie cérébrale se rapportant à la saison froide constitue plus que le double du nombre des décès par apoplexie survenus pendant la période allant de mai à octobre. Mais, en analysant les chiffres mois par mois, on voit que, entre les périodes d'extrême froid et celles d'extrême chaleur, il existe une période intermédiaire, pendant laquelle le nombre des cas d'hémorrhagie cérébrale tombe au minimum : celui-ci correspond aux mois de septembre, octobre et novembre, tandis que le maximum de fréquence des attaques d'apoplexie s'observe pendant les mois de janvier, février et mars; puis, la courbe s'abaisse pour subir une nouvelle ascension avec les fortes chaleurs de juillet et d'août.

Ces faits cadrent bien avec les observations recueillies récemment par M. Russell, qui, sur 241 cas d'hémorrhagie cérébrale, en a compté 134 se rapportant à la période allant de novembre à avril, et 107 seulement du mois de mai à octobre (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 160). L'auteur anglais n'a pas, il est vrai, étudié spécialement l'influence des mois *les plus chauds* sur la fréquence de l'apoplexie, mais il a constaté, lui aussi, que l'élévation de la température — qu'elle soit ou non associée à une hausse barométrique — semble favoriser l'éclosion de l'attaque.

D'autre part, l'analogie entre les effets du froid et ceux de la chaleur se manifesterait, d'après M. Leonardi, surtout pour les affections gastro-intestinales. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir survenir, sous l'influence du froid, des coliques intestinales plus ou moins fortes avec diarrhée, qui rappellent les diarrhées estivales et qui, tout comme celles-ci, frappent principalement les enfants en bas âge et les vieillards. (*Gazz. degli Osped.*, 27 août 1905.) — L. CH.

Sur un élément morphologique, non encore différencié, du sédiment urinaire, par M. E. U. Fittipaldi.

D'après l'expérience de l'auteur, il existerait dans les urines des sujets atteints de diverses formes de néphrite un type de cylindres qui n'entrerait pas dans la classification commune des éléments que l'on désigne habituellement sous ce nom, et qui, en raison de sa morphologie particulière, mériterait une place à part. Tout en rappelant les cylindres granuleux opaques, les éléments en question ne s'en distinguent pas moins par toute une série de caractères propres : et d'abord, ils sont loin de présenter toujours une forme nettement cylindrique; en outre, plus petits et beaucoup plus fins que les cylindres granuleux, ils sont constitués par des granulations albuminoïdes de dimensions moyennes, médiocrement réfringentes et qui ne paraissent pas cimentées entre elles. Il se peut, sans doute, qu'il existe entre ces granulations une substance intermédiaire, à moins qu'elles n'adhèrent les unes aux autres par leur seule viscosité; toujours est-il que le lien qui les unit est tellement faible que les cylindres dont il s'agit se fragmentent facilement; aussi se présentent-ils souvent sous la forme de tronçons, reconnaissables d'ailleurs à leur structure, en raison de laquelle M. Fittipaldi propose de désigner les éléments en question sous le nom de *cylindres miliaires*.

Encore que ce type morphologique soit relativement facile à reconnaître pour peu que l'on ait l'habitude de l'examen microscopique des sédiments urinaires, il peut, cependant, être confondu avec un certain nombre d'autres produits, notamment avec des pseudo-cylindres d'oxalate de chaux ou d'urates, ainsi qu'avec des cylindres granuleux ou des cylindres hémorrhagiques. Toutefois, leur solubilité dans l'acide acétique permettra de les différencier d'avec l'oxalate de chaux, sans compter que les cristaux de ce sel sont plus brillants et ne se laissent pas colorer, alors que les cylindres miliaires se colorent fortement par l'éosine, l'acide anilacétique, etc. Pour ce qui est des cylindres granuleux, le diagnostic différentiel se basera sur les caractères distinctifs susmentionnés, et notamment sur la nature des granulations, qui, dans les cylindres miliaires, sont fines, égales et régulières. Pour les pseudo-cylindres uratiques, on se souviendra qu'ils se dissolvent dans la solution physiologique de chlorure de sodium, même à froid. Enfin, quant aux cylindres hémorrhagiques, ils se laisseront facilement distinguer par leurs granulations inégales et leur coloration brun noirâtre, propre à l'hématine.

Comme l'élément morphologique en question s'observe soit associé aux cylindres ordinaires, soit à l'état isolé, mais avec albuminurie concomitante, et que, d'autre part, l'auteur ne l'a jamais noté en l'absence de tout symptôme d'une altération rénale, il y a lieu de lui attribuer une certaine valeur pour le diagnostic des néphrites. Il convient, toutefois, de se rappeler que, en raison de leur fragmentation fréquente, la recherche des cylindres miliaires nécessite souvent beaucoup d'attention. M. Fittipaldi est, du reste, persuadé que ces éléments ont été vus par maints observateurs, mais qu'ils ont toujours été méconnus et confondus soit avec des cylindres granuleux ou des pseudo-cylindres, soit avec des agglomérations microbiennes. (*Gazz. degli Osped.*, 13 août 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS RUSSES

Traitement de l'érysipèle par la levure de bière, par M. A. Strélkov.

Les bons effets obtenus par MM. Presta et Tarruella dans le traitement de l'érysipèle au moyen de la levure de bière (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 359-360) ont engagé M. Strélkov à expérimenter, à son tour, ce remède contre la même affection. Ces essais ont porté sur 30 sujets, admis à l'hôpital militaire de Siédletz pour érysipèle plus ou moins grave. Le traitement a consisté à administrer aux malades de la levure de bière fraîche, à la dose d'une cuillerée à bouche dans un demi-verre de bière, répétée trois fois par jour.

En procédant de la sorte, l'auteur a été à même de se convaincre que le médicament en question abrège l'évolution de l'érysipèle : dans la plupart des cas, la durée de l'affection fut réduite à une dizaine de jours. De plus, la plaque érysipélateuse ne manifesterait qu'une faible tendance à s'étendre, et l'évolution générale du processus morbide présenterait un caractère très bénin; parfois, l'emploi de la levure de bière paraîtrait même exercer une action abortive sur la marche de la maladie. Dans certains cas, on n'en voit pas moins survenir des rechutes, et, pour les éviter, M. Strélkov recommande de continuer la médication jusqu'à ce que la rougeur ait complètement disparu et que la température soit redevenue normale. La plupart du temps, la défervescence se produit par crise, coïncidant avec l'arrêt de la marche envahissante de la lésion; mais, quelquefois, l'extension de la plaque érysipélateuse se prolonge pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures encore, malgré le retour du thermomètre à la normale. Toujours est-il que la chute de la température indique la fin de la maladie.

D'après l'expérience de l'auteur, l'usage de la levure de bière permettrait de se dispenser de tout autre moyen thérapeutique, sauf dans les cas d'hyperthermie excessive, où l'on pourra, avec avantage, recourir à l'application d'une vessie de glace sur la tête.

En résumé, M. Strélkov considère la médication dont il s'agit comme supérieure à tous les procédés de traitement habituellement employés contre l'érysipèle; mais il estime qu'il serait prématuré de vouloir, d'ores et déjà, attribuer à la levure de bière une véritable action spécifique sur l'infection streptococcique. (*Voïenno-méd. journ.*, août 1905.) — L. CH.

Sur les effets dérivatifs des lésions primitives ou symptomatiques des téguments, par M. L. Einisse.

On sait qu'il n'est pas rare de voir, au cours d'une affection plus ou moins grave, survenir une amélioration considérable sous l'influence de l'éclosion d'une maladie intercurrente. C'est ainsi que, pour sa part, l'auteur a eu l'occasion d'observer 2 cas d'érythème noueux avec douleurs articulaires extrêmement vives, où tous les phénomènes morbides s'atténuèrent à la suite d'une éruption de scarlatine dans le premier cas, et d'une roséole idiopathique dans le second; chez un troisième malade, qui fut pris brusquement de douleurs dans la région iléo-cæcale, avec constipation, vomissements, etc., ces symptômes inquiétants ne tardèrent pas à se dissiper aussitôt après l'apparition d'une éruption typique de rougeole.

Comment doit-on interpréter les faits de ce genre? M. Einisse estime qu'en pareille occurrence il se produit, en quelque sorte, une application naturelle de la méthode dérivative, qui consiste à soustraire à l'organe primitivement atteint une certaine quantité de liquide sanguin, destinée à faire les frais de la phlegmasie cutanée; l'organe en question se trouverait ainsi débarrassé, en partie du moins, de substances pathogènes, ce qui faciliterait le processus de guérison.

Cela une fois admis, l'auteur s'est demandé s'il ne conviendrait pas d'étendre cette manière de voir aux exanthèmes qui se montrent au cours des fièvres éruptives, telles que la scarlatine, la rougeole, etc. En d'autres termes, ces exanthèmes, que l'on considère habituellement comme faisant partie intégrante du processus morbide, ne constitueraient-ils pas plutôt un phénomène réactionnel, une sorte de *dérivation* naturelle?

M. Einisse relate un certain nombre de faits cliniques qui semblent corroborer cette opinion, soit qu'il s'agisse de fièvres éruptives sans exanthème ou bien avec éruption tardive ou incomplète, et qui ont présenté une évolution beaucoup plus grave que les cas avec exanthème normal, soit que l'apparition d'une éruption abondante ait coïncidé avec une atténuation considérable, voire même avec la disparition complète de phénomènes généraux graves.

Ce qui paraît également militer en faveur de la thèse soutenue par l'auteur, c'est la cessation des accès de malaria que l'on observe assez souvent à la suite d'une éruption d'herpès, la disparition des prodromes de la syphilis secondaire au moment de l'apparition des altérations secondaires de la peau, etc.

Quoi qu'il en soit, M. Einisse voit une certaine utilité à s'inspirer de cette idée sur les effets dérivatifs des éruptions cutanées dans le traitement des fièvres éruptives : toutes les

fois qu'il y a lieu de soupçonner l'existence d'une de ces affections, il surveille attentivement l'état des téguments, et pour peu que l'exanthème tarde à se manifester ou se développe mal — surtout lorsqu'on constate en même temps des phénomènes de congestion des organes internes, et notamment du système nerveux central —, il s'applique à provoquer l'hyperémie de la peau, afin de faciliter l'éruption. Ce qui convient le mieux à cet effet, ce sont les bains tièdes avec enveloppement consécutif du corps dans des couvertures de laine. (*Vratcheb. Gaz.*, 13 août 1905.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'anémie pernicieuse aplastique par l'opothérapie médullaire associée aux injections sous-cutanées d'arsénite de potasse.

En faisant tout récemment connaître un cas de guérison obtenue par l'opothérapie médullaire chez une femme atteinte d'anémie pernicieuse, M. Ménétrier attribuait ce succès à la présence, chez sa malade, d'une réaction myéloïde marquée, et notre confrère signalait l'accord des auteurs au sujet de l'inefficacité d'un pareil traitement dans les formes aplastiques de l'affection (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 175). Or, à en juger par un fait qu'ont observé M. le docteur A. Chauffard, médecin des hôpitaux de Paris, et M. L. Laederich, interne desdits hôpitaux, on pourrait néanmoins obtenir une guérison parfaite, même en l'absence de toute réaction myéloïde, en associant à l'opothérapie médullaire des injections sous-cutanées d'arsénite de potasse.

Il s'agissait en l'espèce d'une femme de trente-six ans, atteinte depuis trois mois d'une anémie cachectisante extrême avec formule hématologique indiquant l'absence de toute réaction myéloïde.

Les injections d'arsénite de potasse furent faites avec une solution préparée d'après la formule de M. le professeur Bouchard :

Arsénite de potasse	0 gr. 20 centigr.
Chlorure de sodium	0 gr. 27 —
Eau distillée	20 c.c.

Cette solution fut injectée à doses progressivement croissantes à raison de VI à XX gouttes par jour, avec intervalles de repos de huit jours toutes les deux ou trois semaines. Très peu douloureuses, souvent même complètement indolores, ces injections furent bien supportées et ne donnèrent lieu à aucun phénomène d'intolérance.

Simultanément, pour réaliser l'opothérapie médullaire, on fit prendre *per os* de la moelle rouge de veau à l'état frais à des doses progressives de 40 à 100 grammes par jour, dans un peu de bouillon tiède.

Sous l'influence de ce traitement, il se produisit une amélioration rapide et régulière, et lorsque, au bout de sept semaines, la malade quitta l'hôpital, on pouvait la considérer comme entièrement guérie.

Les lavages de l'estomac contre le rétrécissement pylorique du nourrisson.

Préconisés par certains auteurs dans le traitement du rétrécissement du pylore chez le nourrisson, les lavages de l'estomac seraient pour d'autres complètement inefficaces contre cette affection (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 261-263). Aussi nous semble-t-il intéressant de signaler le succès que ce moyen thérapeutique a donné entre les mains de M. le docteur A. E. Garrod, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades de Great Ormond Street à Londres.

Le petit malade en question, un enfant de quatre mois, présentait un degré d'émaciation très prononcé; son poids qui, au moment de la naissance, atteignait 10 livres, était tombé à 8. A mi-distance de l'ombilic et du rebord des fausses côtes, on sentait nettement une tumeur qui correspondait au pylore hypertrophié.

Différentes tentatives thérapeutiques avaient échoué lorsqu'on eut l'idée de recourir à des lavages biquotidiens de l'estomac : aussitôt, les vomissements cessèrent entièrement pour ne reparaître, après onze jours, que deux fois par semaine en moyenne. Au bout de cinq semaines, on put se contenter d'un seul lavage par jour; enfin, sept semaines plus tard, deux lavages hebdomadaires furent jugés suffisants. Quand l'enfant quitta l'hôpital, après quatre mois de traitement par les lavages, la tumeur pylorique, ainsi que les vomissements, avait complètement disparu, et le poids du corps était monté à 12 livres 1/2.

C'est donc là un exemple de guérison parfaite d'un rétrécissement congénital du pylore, obtenue par l'usage exclusif des lavages méthodiques de l'estomac.

Le formiate de soude en instillations comme moyen de traitement de l'asthénopie oculaire de fixation.

Chez des malades qui, en l'absence de tout vice de réfraction, ou malgré la correction parfaite de leur amétropie, présentaient au travail — à la lecture, par exemple — une fatigue visuelle sensible, M. le docteur A. Jacqueau (de Lyon) s'est bien trouvé de l'usage d'instillations abondantes, pratiquées trois fois par jour avec une solution de formiate de soude de 2 à 3 %. A part quelques cas exceptionnels, où l'on a noté des picotements et du larmoiement, le collyre en question a toujours été parfaitement supporté.

Chez la plupart des sujets qui furent soumis à ce mode de traitement, ces instillations amenèrent une amélioration telle qu'un travail assidu de plusieurs heures redevint possible. Quelquefois même, cette amélioration équivalait à une guérison momentanée. C'est ainsi que chez un négociant âgé de quarante-cinq ans et qui, depuis six mois, souffrait d'une asthénopie progressive au travail, caractérisée par l'apparition de troubles de la vue et de céphalée après un quart d'heure de lecture, le formiate de soude détermina, dès le troisième jour, une amélioration sensible, et le quatrième jour toute fatigue avait disparu; la guérison toutefois ne se maintint que cinq jours après la cessation des instillations, puis les phénomènes d'asthénopie reparurent.

Ajoutons que dans les cas où c'est l'accommodation, et non la convergence, qui constitue le principal facteur de l'asthénopie, l'amélioration, d'après notre confrère, serait toujours beaucoup moins constante et moins marquée.

Traitement de certaines névroses par la gymnastique respiratoire.

D'après l'expérience de M. le docteur M. Löwy (de Marienbad), on obtiendrait d'excellents résultats dans certaines névroses telles que la neurasthénie, l'hystérie, l'hypocondrie, etc., en soumettant le sujet à une gymnastique respiratoire particulière et qui consiste dans l'exécution des mouvements suivants :

Le malade respirant lentement, profondément et sans effort, à la fois par le nez et par la bouche, on lui prescrit de fermer la bouche à la fin de l'inspiration et d'expirer immédiatement sans marquer de temps d'arrêt. Ce mouvement se répète cinq fois de suite, puis on accorde un repos de quelques instants et l'on recommence plusieurs fois même s'il est besoin.

Dans tous les cas où notre confrère a eu recours à cette gymnastique respiratoire, celle-ci lui a rendu d'excellents services, en supprimant, par exemple, des obsessions, des bouffées de la ménopause, etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 4 et 11 septembre 1905.

Sur l'acide glycuronique du sang.

MM. R. Lépine et **Boulud.** — Il n'est ici question que de l'acide glycuronique, devenu réducteur après avoir été libéré de sa conjugaison par le chauffage, en présence d'un acide. Sa proportion est très forte dans le sang artériel des chiens sains et neufs (de 15 à 45 %); elle est légèrement augmentée après une heure de séjour à 39°. Dans le sang veineux, elle est toujours moindre, mais elle s'élève beaucoup après une heure de chauffage à 39°.

L'acide glycuronique est non seulement localisé dans les globules (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 152 et 1905, p. 331), mais ces derniers sont nécessaires à sa formation : il ne s'en produit pas dans le sérum. Il s'en forme, au contraire, beaucoup dans l'eau glucosée additionnée d'un dixième de son poids de sang; mais, dans ce cas, l'acide glycuronique ne provient pas du glucose du commerce, car il s'en produit autant dans l'eau *lévulosée* additionnée de la même quantité de sang. Donc il se produit aux dépens du glucose du sang, soit préexistant, soit formé *in vitro* aux dépens du sucre *virtuel*, glucoside existant presque toujours en forte proportion dans le sang (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 330 et 354). On est d'autant mieux fondé à l'admettre que, dans la plupart de nos expériences, nous avons constaté, dans le mélange de sang et d'eau sucrée, la production d'une forte proportion de sucre. L'un de nous l'avait autrefois également observée dans des mélanges de sang et d'eau pure.

Sur l'origine du lactose.

M. Porcher adresse une note relative à des expériences démontrant que, si l'on injecte à des animaux (vaches, chèvres, chiennes) en pleine lactation du glucose sous la peau, dans le péritoine ou dans les mamelles par les trayons, c'est du lactose qui est éliminé par les urines, à moins que la quantité de glucose injectée ne soit par trop excessive, auquel cas il y a glycosurie. Ces faits expérimentaux peuvent être rapprochés des faits cliniques où l'on voit de la glycosurie apparaître, chez la femme enceinte, à la fin de la grossesse, pour faire place à de la lactosurie après la délivrance, c'est-à-dire au moment où le sein entre en pleine activité (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 120).

Pour l'auteur, on peut parler d'*insuffisance mammaire* toutes les fois que la glande se montre incapable de transformer le glucose en lactose, mais, comme il vient d'être dit, cette insuffisance peut tenir simplement à l'excès de glucose introduit dans l'organisme.

Le clignement vibratoire des paupières et les affections rénales.

M. G. Ullmann. — Depuis plus de dix ans, j'ai pu constater, chez un certain nombre d'individus atteints ou menacés d'une affection rénale, un clignement vibratoire qui se manifeste par accès au niveau des paupières, surtout des paupières supérieures, le plus souvent d'un seul côté. Ce symptôme n'existe pas chez tous les sujets en imminence ou en possession de néphropathie, mais, autant que j'ai pu en juger, il n'existe que chez eux.

Au point de vue pathogénique, l'association fréquente de ce clignement vibratoire avec le myosis permet de l'attribuer avec quelque vraisemblance à un processus d'auto-intoxication agissant sur l'appareil visuel, en particulier sur les fibres émanées du trijumeau et du facial.

LETTRES DE BELGIQUE

Bruxelles, le 18 septembre 1903.

Le premier Congrès de la Société internationale de chirurgie.

Un nouveau Congrès s'est ouvert aujourd'hui à Bruxelles : celui de la Société internationale de chirurgie. C'est le premier; fondée il y a trois ans, la Société, qui compte actuellement sept cents membres, de tous les pays civilisés, n'avait pas encore tenu d'assises. Aussi un très vif intérêt s'attache-t-il à la présente tentative, que nos confrères belges ont préparée avec une méthode et une activité des plus remarquables : il est permis d'attendre beaucoup d'une pareille réunion internationale, composée exclusivement de chirurgiens de carrière, et travaillant suivant un programme réglé d'avance.

L'ordre du jour du Congrès ne comporte pas, en effet, de communications isolées, sur des

sujets variés : six questions ont été choisies il y a dix-huit mois par le Comité international; pour chacune d'elles, plusieurs rapporteurs, de différents pays, ont été désignés; c'est à la discussion de ces rapports, à l'étude de ces questions que toutes les séances seront consacrées. On ne saurait reprocher, d'ailleurs, au comité, de s'être arrêté à de minces problèmes; les sujets sont larges, s'il en fût.

La séance d'ouverture a eu lieu au Palais des Académies, devant une assistance chirurgicale très nombreuse. Parmi les discours, signalons celui du président du Congrès, M. le professeur Kocher (de Berne), qui a étudié le traitement chirurgical du cancer, le seul que nous ayons encore : il s'est attaché à démontrer que les succès, même définitifs, de l'exérèse sont, en somme, plus fréquents qu'on ne le croit; qu'ils le sont devenus, surtout, depuis que l'on opère plus tôt, et que cette précocité de l'intervention représente le progrès à réaliser. M. Kocher propose que le Congrès international prenne l'initiative d'une campagne de publicité, destinée à vulgariser cette idée bienfaisante.

Le reste de la séance a été consacré à la discussion de la première question :

Valeur de l'examen du sang en chirurgie,

et des rapports de MM. Depage (de Bruxelles), Ortiz de la Torre (de Madrid), Sonnenburg (de Berlin) et Keen (de Philadelphie).

Il faut avouer que le thème paraît un peu usé, qu'il a été l'objet, dans ces derniers temps, d'importants travaux d'ensemble et qu'il figurait à l'ordre du jour du dernier Congrès français de chirurgie. Ces enquêtes avaient abouti, d'ailleurs, à des conclusions un peu décourageantes; on avait trop présumé, en général, des résultats de l'hématologie nouvelle, on en attendait trop souvent des certitudes quasi mathématiques, des éléments pathognomoniques de diagnostic et de pronostic : on a dû en rabattre, et l'on en est venu naturellement à douter trop. C'est là ce qui assure une réelle utilité à un exposé nouveau de la question hématologique, telle qu'elle se présente au chirurgien, dans la pratique courante.

L'examen du sang n'a que la valeur d'une exploration clinique; tout seul, il ne donne aucune réponse sûre, il a besoin d'être interprété, d'être rapproché des autres signes; il peut conduire à des erreurs : n'en est-il pas de même du thermomètre, de l'auscultation, de la percussion? Les quatre rapporteurs insistent également sur cette façon de comprendre l'hématologie clinique, et d'en limiter à leur valeur réelle les applications.

D'ailleurs, l'étude du sang comporte toute une série de recherches qui n'ont, avec la chirurgie pratique, que des rapports fort éloignés, et l'exposé très complet et très documenté de M. Depage montre bien quelle est la complexité du problème hématologique, envisagé sous tous ses aspects. Pour le chirurgien, l'étude des leucocytes, de leur nombre, de leurs variétés, de leurs altérations reste, en fait, le type d'examen le plus courant; il convient d'y joindre la détermination de la teneur en hémoglobine, et aussi, quoique de résultats beaucoup plus restreints, la recherche des microbes dans le sang. Quant à la cryoscopie, les rapporteurs signalent les difficultés que l'on rencontre souvent à interpréter ses données, et la formule de M. Kümmell, à savoir qu'un point de congélation supérieur à —0°60 est une contre-indication suffisante à la néphrectomie, est discutée et rejetée : la question reparaîtra dans quelques jours, à propos du diagnostic des affections chirurgicales du rein.

M. Keen étudie le temps de coagulation du sang, ou « hématopexis »; il en donne la mesure dans 38 cas d'affection cholélithiasique. Normalement, il faut de trois à cinq minutes pour que le sang se coagule hors des vaisseaux; or, bien que, dans 7 des cas précédents, « l'hématopexis » fût de dix à quatorze minutes, le rapporteur n'a observé qu'un exemple d'hémorrhagie post-opératoire mortelle; chez aucun des 37 autres malades, la perte de sang, au cours de l'opération, ne fut anormale. La présence de l'ictère influe nettement sur le retard de la coagulation : en mettant à part deux faits incertains, les 36 observations restantes se départagent en deux groupes égaux, 18 avec jaunisse, 18 sans jaunisse; dans la première série, le temps moyen de coagulation a été de huit minutes onze secondes, dans la seconde, de cinq minutes vingt-quatre secondes. A ce propos, M. Keen cite deux faits relatifs à l'action de l'extrait thyroïdien dans l'hémophilie : une femme de trente-huit ans, hémophile, chez laquelle le temps de coagulation était de onze minutes et demie, et qui devait subir la néphropexie, prit par intermittences de l'extrait thyroïdien pendant deux mois : au bout de cette période, l'hématopexis était réduite à deux minutes six secondes; l'opération eut lieu et fut très peu sanglante. Un garçon de dix-huit ans avait été opéré d'une nécrose du péroné : la plaie ne guérissait pas et saignait depuis des semaines; l'extrait thyroïdien fut administré pendant huit jours : l'hémorrhagie cessa et l'état général s'améliora de façon remarquable.

Mais revenons aux trois modes principaux d'examen clinique du sang : la recherche des microbes pathogènes, la mesure de l'hémoglobine, l'étude des leucocytes. Bien entendu, la numération des globules rouges est toujours utilisée, quoique les chiffres obtenus, et de variations souvent considérables, n'aient par eux-mêmes qu'une valeur relative; M. Ortiz de la Torre insiste sur ce point, et signale qu'il a observé des sujets atteints de cancer de l'estomac, presque agoniques, et chez lesquels on comptait par millimètre cube de sang cinq millions et demi ou six millions d'hématies.

La recherche des microbes pathogènes dans le sang, dont les difficultés techniques sont connues, ne semblait pas appelée jusqu'ici à fournir des indications importantes; M. Sonnenburg est d'un avis contraire, et s'appuie sur les observations faites par un de ses anciens assistants, M. Canon : dans les infections d'origine obscure, la détermination des microbes contenus dans le sang peut en révéler le point de départ; de plus, on peut tirer de cette invasion microbienne du sang des indications opératoires : dans les phlegmons étendus des extrémités, par exemple, elle commande l'amputation. Le chirurgien berlinois cite un fait de gangrène des deux jambes, où le nombre des staphylocoques charriés avec le sang se réduisit notablement après l'amputation de l'un des membres, où les microbes disparurent après l'amputation du second.

C'est surtout au point de vue de l'anesthésie générale que la teneur en hémoglobine demande à être relevée. On sait que la quantité moyenne d'hémoglobine, chez l'adulte, est d'environ 14 grammes pour 100 c.c. de sang : sous des influences multiples, parmi lesquelles une large place doit être réservée aux infections, ce taux s'abaisse plus ou moins. S'il est tombé au-dessous de 30 ou de 40 % du chiffre normal, la narcose générale devient dangereuse et serait contre-indiquée; mais la règle est loin d'être constante, et, à plusieurs reprises, le chloroforme ou l'éther ont été administrés, sans accident, à des malades dont le taux hémoglobinique était de 20 %. Toutefois, au-dessous de 30 %, il y a toujours lieu d'être méfiant et de ne recourir à l'anesthésie générale que lors d'opération urgente et si l'anesthésie locale ne peut suffire. M. Keen fait observer que cette réduction — périlleuse — du taux de l'hémoglobine est surtout fréquente dans l'ulcère de l'estomac : dans 17 cas d'ulcère gastrique sur 48 (35.4 %), l'hémoglobine était abaissée de 50 à 20 %; dans 35 cas de cancer sur 181 (19.4 %), l'abaissement était de 50 à 10 %; dans 2 cas de sarcome sur 19 (10.5 %), il était de 50 à 30 %; dans 13 cas de cholélithiase sur 144 (seulement 9 %), il variait de 50 à 10 %; ainsi dans 1 cas sur 3 d'ulcère, et 1 cas sur 5 de cancer, l'hémoglobine est abaissée à un chiffre qui vaut d'être connu avant l'opération.

La réduction hémoglobinique traduit aussi, dans une certaine mesure, le degré de l'infection : lorsqu'elle est très marquée, à 30 ou 20 %, et qu'elle s'associe à une leucocytose très faible ou même à l'hypoleucocytose, l'avenir devient fort grave. C'est, en effet, la réaction propre de l'organisme vivant à l'infection que la leucocytose exprime, et, à ce titre, son étude — suivie — fournit surtout d'importants éléments au pronostic. Cette recherche est particulièrement utile dans l'appendicite et les affections abdominales, et M. Sonnenburg estime que la courbe leucocytaire doit être jointe à la courbe du pouls et de la température. Le chiffre élevé et croissant des leucocytes indique la suppuration; les réascensions brusques du tracé, après une première chute, sont spécialement révélatrices. Dans les formes suppurées de l'appendicite, le chiffre moyen de la leucocytose est supérieur au chiffre maximum qu'elle atteint dans les formes catarrhales; M. Keen relate, sous ce rapport, 275 cas d'appendicite suppurée ou non suppurée : dans 86 cas non suppurés, le chiffre le plus élevé a été de 17,100; 5 fois seulement (6 %) la leucocytose a été au-dessus de 15,000, 81 fois (94 %) au-dessous, et, dans 49 de ces derniers faits (57 %), elle était inférieure à 10,000; au contraire, dans 189 appendicites suppurées, le chiffre le plus haut a été de 58,500, 112 fois (59.3 %) la leucocytose a été supérieure à 15,000, 77 fois (40.7 %) plus faible que ce taux, et dans 24 seulement de ces derniers cas (12.7 %) elle était au-dessous de 10,000.

Enfin, la constatation de la leucocytose peut servir au diagnostic entre l'appendicite et la fièvre typhoïde : dans la dothiénentérie, en effet, le chiffre leucocytaire n'augmente pas et se réduit même notablement; l'accroissement ultérieur de ce chiffre est de nature à faire soupçonner — et rechercher — une complication. M. Sonnenburg rappelle encore que l'absence de leucocytose est un élément de diagnostic entre l'iléus paralytique post-opératoire et l'infection péritonéale.

On sait, d'autre part, qu'une opération même aseptique est suivie, en général, d'une leucocytose temporaire, que la leucocytose s'observe après les traumatismes, dans un grand nombre de conditions physiologiques, etc. Les résultats exigent donc une interprétation fort délicate; de plus — et tous les rapporteurs y insistent — les examens doivent être répétés au moins deux fois par jour, et une courbe régulière est seule en état de fournir, au diagnostic et au pronostic, des données sérieuses et utilisables. Aussi, avec beaucoup de raison, M. Depage admet-il qu'il s'agit, en somme, dans la grande majorité des cas, d'une besogne de laboratoire réservée à des travailleurs spéciaux.

C'est pour cela, peut-être, et parce que le chirurgien, en général, n'intervient pas personnellement dans cet examen du sang, que la question hématologique semble mal appropriée à servir de thème à une discussion. En réalité, il n'y en a pas eu : M. Rouffard (de Bruxelles) a montré que les applications de l'exploration sanguine étaient assez restreintes en gynécologie; M. Legrand (d'Alexandrie), d'après l'étude de la leucocytose dans 22 cas d'abcès du foie — chez 14 malades, le chiffre des leucocytes variait de 16,000 à 32,000, mais un autre, opéré d'un énorme abcès et qui guérit, n'en avait que 5,100; chez un autre encore, le chiffre montait à 50,000, et l'on ne trouva pas d'abcès —, conclut qu'il ne faut accorder qu'une confiance modérée à l'examen leucocytaire. M. Peugniez (d'Amiens) rapporte les examens globulaires qui ont été faits dans 2 cas de splénectomie, avant l'opération et plusieurs mois après. Enfin, M. Gross (de Nancy) a analysé, dans 30 cas, l'urine et le sang, dans les deux premiers jours qui suivent la laparotomie; il a constaté une augmentation constante et très élevée de l'élimination azotée, urée, acide urique, corps xantho-uriques, et, en même temps, surtout dans les premières vingt-quatre heures, la leucocytose; il rapproche les deux phénomènes, et conclut que la présence des sédiments dans l'urine, après les opérations, est de bon augure, et qu'une urine claire et rare est de mauvais pronostic, car elle traduit une défense organique peu active.

Tous ces faits sont intéressants, mais il n'est pas douteux que certaines autres questions soulèveront des discussions plus animées.

Dr F. Lejars,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

LETTRES DE RUSSIE

Mourom, le 11 septembre 1905.

Un cas de grossesse quintuple.

Vu la rareté des grossesses quintuples — la littérature médicale n'en renferme qu'un petit nombre de cas —, nous croyons devoir publier

un fait de ce genre dont nous avons été les témoins oculaires.

Une paysanne, âgée de vingt-cinq ans, entra le 27 août 1905 dans le service d'accouchement de l'hôpital de cette ville. Dans ses antécédents héréditaires, nous relevons que son père est né d'une grossesse gémellaire, que ses deux tantes paternelles ont eu des jumeaux. Sa mère, par contre, n'a eu que des grossesses simples, et on ne note pas non plus de grossesses gémellaires dans la famille de son mari. Ses antécédents personnels sont les suivants : elle a été réglée à douze ans, et toujours régulièrement depuis lors; mariée à seize ans, elle a eu cinq grossesses, dont trois simples (un garçon et deux filles) et deux gémellaires (deux garçons, puis un garçon et une fille); sur ces sept enfants deux seulement sont encore vivants : le fils aîné et la fille cadette, née de la deuxième grossesse gémellaire. Pour ce qui est de la grossesse actuelle, l'époque des dernières règles et des premiers mouvements fœtaux ne peut être précisée; toutefois, la patiente affirme que son accouchement se produit à terme. Les mouvements fœtaux ont été très faibles pendant toute la deuxième période de la grossesse.

Tous les fœtus sont du sexe masculin; quoique très maigres et atrophiés, ils semblent être presque à terme. Leur longueur atteint 37 centimètres pour trois d'entre eux, 34 centimètres et 32 centimètres pour les deux autres; la circonférence de la tête est de 26 centimètres 1/2 chez tous, le poids total des 5 fœtus ensemble est de 4,800 grammes. Ils sont recouverts de poils ordinaires et non de lanugo; les ongles des mains et des pieds arrivent presque au bout des doigts et des orteils; les testicules ne sont pas descendus dans le scrotum, sauf le testicule droit de l'un d'eux. Ils ne présentent pas d'anomalies de développement, si ce n'est le deuxième, dont l'oreille droite est déformée et privée de conduit auditif externe, tandis que l'oreille gauche porte deux petits appendices pédiculés.

Tous sont nés vivants et ont vécu de trois à trente-neuf heures; tous ont crié, quoique faiblement; tous ont uriné, un a eu une selle. Celui d'entre eux qui a vécu plus de vingt-quatre heures a reçu quelques gouttes d'eau qu'il a avalées après de longs efforts de déglutition.

La période puerpérale de la mère s'est écoulée normalement, sans la moindre fièvre; l'in-



Photographie des cinq fœtus, prise après la mort de quatre d'entre eux.

L'examen de la malade nous montre une femme amaigrie, à l'air fatigué, ayant 1 m. 60 de taille; l'utérus est très volumineux (la mensuration n'a, malheureusement, pas été faite); les grosses extrémités fœtales ne sont pas perceptibles au palper; les battements du cœur fœtal se font entendre en deux endroits différents. L'orifice utérin n'est pas dilaté; on constate la présentation d'une tête très petite; les eaux se sont écoulées depuis deux jours, mais il n'y a pas de contractions utérines.

Le lendemain, à midi, la malade commence à se plaindre de douleurs violentes; à une heure de l'après-midi, elle accouche d'un premier fœtus en position occipito-sacrée, puis aussitôt d'un second en présentation des fesses. Le troisième fœtus était en position oblique, les deux derniers en position transverse; on procéda successivement à la version et à l'extraction de tous les trois. Entre la naissance du troisième et du quatrième se produisit une hémorrhagie assez abondante, arrêtée par la rupture de la quatrième poche des eaux. Les membranes des quatre derniers fœtus furent toutes rompues artificiellement; chaque rupture, sauf celle des membranes du troisième fœtus, donna issue à une très grande quantité de liquide amniotique.

Aussitôt après la naissance du cinquième fœtus deux placentas furent spontanément expulsés : le premier portait trois cordons ombilicaux, le second deux.

volution de l'utérus a été très rapide, avec tranchées fort douloureuses pendant les deux premiers jours. Malgré la distension énorme de la paroi abdominale, devenue très flasque après l'accouchement, il y a eu chaque jour une selle spontanée. Seul, l'état d'extrême surexcitation nerveuse, produit chez cette femme par l'effroi qu'elle éprouva à la suite d'un accouchement si inaccoutumé, a pu faire craindre quelque temps pour sa raison, mais, au bout de trois jours, elle s'est tranquillisée. Elle est sortie de l'hôpital le 6 septembre, en bonne santé; l'utérus à ce moment était presque entièrement caché derrière le pubis.

Drs S. Pekhov et N. Akimov, Mme Vissokov,
Médecins de l'hôpital de Mourom. Sage-femme de l'hôpital.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE LYON

Fléchet (G.). Ablation totale de l'humérus.

Fonsagrives (M.). Tuberculose inflammatoire; iritis d'origine tuberculeuse.

Francoz (P.). Contribution à l'étude du xeroderma pigmentosum.

Fulconis (L.). Maladie de Dercum et lipomatose douloureuse symétrique.

Fulcrand (M.). Des compressions porte consécutives aux opérations sous-hépatiques.

Gary (A.). Bacilles de Koch dans le sang; nouvelle méthode de recherche des microbes dans le sang (procédé de la sangsue).

Gauthier (L.). Des kystes des maxillaires d'origine dentaire (kystes folliculaires et kystes paradentaires); étude de quelques points de leur histoire.

Geay (A.). Troubles psychiques dans la sclérose en plaques.

Genairon (L.). Contribution à l'étude de l'auscultation buccale.

Genevois (E.). Contribution à l'étude des myomes cutanés.

Gerbier (J.). Le traitement des tics par la rééducation.

Goruschine (Mlle A.). La suppuration des kystes dermoïdes de l'ovaire et son traitement.

Gottenkiény (Ch.). Contribution à l'étude de la pneumonie gravidique et de ses rapports avec l'allaitement.

Granier (A.). Myélites par toxines tuberculeuses.

Grégoire (M.). De l'influence du chimisme stomacal sur le pouvoir saccharifiant de la salive.

Groc (E.). Des troubles gastro-intestinaux chez les adénoïdiens; étude pathogénique.

Grondone (J.). De l'épilepsie choréiforme.

Guillemin (E.). Actinomycose des conduits lacrymaux.

Guillois (A.). Etude médico-psychologique sur Olympe de Gouges; considérations générales sur la mentalité des femmes pendant la Révolution française.

Guionie (F.). Etude sur l'alimentation en eau potable de la ville d'Oran (Algérie).

Hinglais (G.). Sur les tumeurs dites mixtes de la glande sous-maxillaire.

Hornus (G.). Etude médico-légale des traumatismes par armes naturelles.

Hornus (P.). Hémoglobinurie paroxystique; essai pathogénique.

Hugel (R.). De l'ostéopathie palustre; sa forme trophoneurotique.

Jammes (E.). Du diagnostic de l'hydrocéphalie congénitale pendant la grossesse et le travail; sur un signe nouveau : le « coup de hache circulaire ».

Jandot (P.). Des tératomes de la région sacrococcygienne considérés principalement dans leur étude clinique.

Jaume (Ch.). De la perte de poids du nouveau-né.

Kœnig (P.). Ostéomalacie infantile.

Labougle (P.). Contribution à l'étude du véronal (diéthylmalonylurée).

Laloy (A.-G.). De la durée de l'isolement dans les maladies contagieuses.

Lannes-Dehore (L.). Contribution à l'étude de la tuberculose du col de l'utérus.

Larroque (E.). Du traitement de l'épilepsie essentielle par la section du sympathique cervical.

Lavis (M.-A.). Recherches expérimentales et cliniques sur la pathogénie de l'urémie; sécrétion interne des reins et cytotoxines.

Lefèvre (R.). De la valeur des inhalations d'oxygène dans le traitement de la chlorose.

Lémonon (A.). Possibilité de l'ouverture, à la paroi thoracique, des abcès pulmonaires.

Le Petit (F.). Des arthrites consécutives à l'ostéomyélite et développées à distance du foyer primitif.

Liabot (H.). Décollements épiphysaires du calcanéum chez l'enfant.

Louis (A.). Contribution à l'étude de la pleurésie parapneumonique.

Madon (M.). Les maîtres-chirurgiens avignonnais; notes et documents pour servir à leur histoire.

Maës (A.). Le tuménol et son emploi en dermatologie.

Magneval (G. de). Des myotonies atrophiques.

Mahaut (A.). Le bacille d'Eberth dans l'urine des typhiques; application à la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

Maillard (Ch.). Le Cheyne-Stokes dans les néphrites; sa pathogénie.

Maléeff (Y.). Etude clinique des perforations utérines abortives.

Malherbe (J.). Les dispensaires antituberculeux type Calmette : le dispensaire de Lyon.

Malmonté (E.). Tuberculose pulmonaire et rétrécissement mitral pur.

Mandoul (A.). Bacille de Koch et séméiologie de la tuberculose pulmonaire; son polymorphisme et ses variations chromatiques et numériques dans les produits de l'expectoration; rapports avec l'évolution et les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.

Martin (E.). Contribution à l'étude des rigidités anatomiques cicatricielles et syphilitiques du col utérin; traitement par les interventions sanglantes.

Martin (P.). Le lipiodol (huile iodée vraie), spécialement dans certaines affections de l'appareil respiratoire.

Matagrin (G.). Délires somatiques et psychonévroses; leur proportion relative parmi les malades internés d'office.

Maublanc (A.). Contribution à l'étude des tumeurs du cervelet; quelques résultats éloignés à la suite de l'extirpation de tumeurs cérébelleuses.

Mesguiche (J.). De la résection du maxillaire inférieur avec prothèse immédiate.

Molimar (E.-J.). Tuberculose inflammatoire; tarsalgie des adultes, pied douloureux, plat valgus ou non, d'origine tuberculeuse.

Mollière (A.). Une famille médicale lyonnaise au XVIIe siècle : Charles et Jacob Spon.

Moreau (E.). Manifestations oculo-orbitaires des sinusites sphénoïdales.

Morel (J.). Variétés anatomo-cliniques et pronostic des fractures du calcanéum.

Mouxy (L.-J. de). Le rhumatisme tuberculeux au sanatorium d'Hauteville.

Moynet (J.). Péricardite inflammatoire d'origine tuberculeuse; tuberculose inflammatoire.

Muller (H.). Contribution à l'étude des cals vicieux dans les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez les enfants.

Nicard (M.). Le sommeil normal au point de vue physiologique, biologique et médico-légal.

Nicolas (J.). Du syndrome urinaire dans la pleurésie avec épanchement; sa valeur séméiologique et pronostique, ses conséquences thérapeutiques.

Offner (J.). Les spores des champignons au point de vue médico-légal.

Ortal (E.). Hémoptysie et bacille de Koch.

Orticoni (B.). Contribution à l'étude de l'urotropine.

Paitre (F.). Diderot biologiste.

MÉDECINE

Lœper (M.) et **Louste** (A.). Recherche des microbes et des éléments cancéreux circulant dans le sang par l'hémolyse artificielle immédiate. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mai.)

Marmorstein (M.). Sur le pouls tendu dans le rétrécissement mitral (en russe). (*Prakt. Vratch*, 11, 18 et 25 juin.)

Mircoli (S.). Insufficienze mitraliche da traumi psichici. (*Clinica medica italiana*, mai.)

Moraczewska (Sophie von). Ueber den Einfluss von Alkalien auf den Säuregrad des Harnes bei Anämien. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVII, 1-2.) — Influence des bases sur l'acidité urinaire dans les anémies.

Morel (L.) et **Hubert** (C.). Rupture spontanée du cœur. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, avril.)

Naunyn (B.). Zur Naturgeschichte der Gallensteine und zur Cholelithiasis. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 5.)

Nothnagel (H.). Zur Pathogenese der Kolik. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, XI, 2.)

Oefele (von). Die Farbe des Kotes. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 22 juin.) — La coloration des matières fécales.

Schupfer (F.). Studii sulle leucemie e pseudoleucemie; sull'etiologia e sulla patogenesi della leucemia. (*Riforma med.*, 3, 10 et 17 juin.)

MALADIES INFECTIEUSES

Lord (F. T.). Infections of the respiratory tract with influenza bacilli and other organisms, their clinical and pathological similarity, and confusion with tuberculosis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 11 et 18 mai.)

Montefusco (A.). La permeabilità renale nelle malattie infettive. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 15 et 31 janv.)

Müller (B.). Ueber die Entstehung der Malaria. (*Wien. med. Presse*, 25 juin et 2 juillet.) — Etiologie de la malaria.

Nikolsky (A.). Contribution à l'étude des causes de la tuberculose pulmonaire (en russe). (*Prakt. Vratch*, 18 et 25 juin.)

Pruszynski (J.). O szczepionkach przeciwcholerycznych. (*Gaz. lekarska*, 3 juin.) — Des inoculations anticholériques.

Ratner (E.). L'appendicite dans la fièvre typhoïde (en russe). (*Roussk. Vratch*, 18 juin.)

Regnault (J.). La fièvre bilieuse hémoglobinurique. (*Arch. de méd. navale*, juin.)

Reiche (F.). Schaumorgane bei einem Typhuskranken. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 juillet.) — Nécrose gazeuse chez un typhoïdique.

Roussel et **Job**. La diphtérie dans les collectivités; son étiologie; sa prophylaxie. (*Rev. de méd.*, juin et juillet.)

Sabaréanu (G.) et **Salomon** (M.). Contribution à l'étude de la séro-réaction de la bacillo-tuberculose (méthode Arloing-Courmont). (*Rev. de méd.*, juillet.)

Simond (P.-L.). La question du véhicule de la peste. (*Rev. med.-cirurgica do Brazil*, mai.)

Soledade (J.). Hematologia do beriberi. (*Gaz. med. de Bahia*, avril.)

Supino (R.). Sul preteso reperto positivo del bacillo di Koch nelle orine di malati di tubercolosi polmonare. (*Riforma med.*, 27 mai.)

Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens. 31. Heft: Die Genickstarre-Epidemie beim badischen Pionier-Bataillon N° 14 (Kehl) im Jahre 1903-1904. In-8°, 125 p. avec fig. Berlin. — L'épidémie de méningite cérébro-spinale au 14e bataillon badois de génie, à Kehl, en 1903 et 1904.

Vincent (H.). Bemerkungen über die « angine à bacilles fusiformes ». (*Münch. med. Wochensch.*, 4 juillet.)

Whitney (H. B.). The paramount value of localized râles as a sign of incipient phthisis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 18 mai.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Binet-Sanglé (Ch.). La psychologie des dégénérés : les dégénérés mystiques. (*Arch. de neurol.*, mai.)

Bioglio (M. A.). Contributo allo studio clinico dell'emicrania (semplice e accompagnata). In-8°, 206 p. Rome.

Bittorf (A.). Ein Beitrag zur Lehre von den Beschäftigungsparesen. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 juillet.) — Sur les parésies professionnelles.

Burr (C. W.). Loss of the sign language in a deaf mute from cerebral tumor and softening. (*New York Med. Journ.*, 3 juin.) — Perte du langage par signes chez un sourd-muet atteint de tumeur et de ramollissement du cerveau.

Collier (G. K.). Senile epilepsy. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 4 mai.)

Cruchet (R.). Sur l'amblyopie hystérique monoculaire et sa disparition dans la vision binoculaire (à propos d'un nouveau cas). (*Arch. de neurol.*, mai.)

Dejerine (J.) et **Gauckler** (E.). Contribution à l'étude des localisations motrices dans la moelle épinière; un cas d'hémiplégie spinale à topographie radiculaire dans le membre supérieur avec anesthésie croisée, et consécutif à une hématomyélie spontanée. (*Rev. neurol.*, 30 mars.)

Deny (G.) et **Camus** (P.). Sur une forme d'hypocondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps. (*Rev. neurol.*, 15 mai.)

Mircoli (S.). Del fenomeno atassico vertiginoso da lesioni cerebrali extracerebellari; le zone generatrici del fenomeno atassico vertiginoso. (*Gazz. degli Osped.*, 2 juillet.)

Nespor (G.). Beitrag zur Aetiologie und Behandlung der multiplen Sklerose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 juillet.)

Obraztzov (V.). Contribution à l'étude des obsessions avec pseudo-hallucinations (en russe). (*Roussk. Vratch*, 2 juillet.)

Pastrovich (G. de). Un caso di paralisi traumatica di Brown-Séquard. (*Boll. dell'Assoc. med. triestina*, janv.)

Porot (A.). Le traitement des tics par la rééducation. (*Lyon méd.*, 2 juillet.)

Privat de Fortunié. Des corps étrangers de l'œsophage chez les aliénés. (*Arch. de neurol.*, juin.)

Putnam (J. J.) et **Waterman** (G. A.). Certain aspects of the differential diagnosis between epilepsy and hysteria. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 4 mai.)

Raymond (F.) et **Cestan** (R.). 18 cas de sclérose latérale amyotrophique, avec autopsie. (*Rev. neurol.*, 30 mai.)

Reed (E. P.). Osteo-artropatia hipertrofiante. (*Rev. méd. de Chile*, mars et avril.)

Roy (P.) et **Dupouy** (R.). Amnésie localisée rétro-antérograde ayant débuté brusquement par un ictus chez un paralytique général. (*Rev. neurol.*, 15 juin.)

Sabrazès (J.) et **Bousquet** (P.). A propos d'un cas d'allochirie sensorielle. (*Rev. neurol.*, 15 juin.)

Sachs (B.). The educational treatment of tics. (*Med. News*, 1er juillet.)

Severino (G.). I riflessi profondi e superficiali ed il tremore vibratorio delle dita delle mani nella neurastenia. (*Riforma med.*, 13 et 20 mai.)

Soukhanov (S.). La peur du regard d'autrui (en russe). (*Prakt. Vratch*, 11 et 18 juin.)

Taylor (E. W.). A case of somnolentia (sleep drunkenness). (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 6 avril.)

Wright (J. T.). Neurasthenia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er juillet.)

CHIRURGIE

Koudintzev (I.). Contribution à l'étude du traitement chirurgical des hémorrhoïdes (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XXI, 2.)

Kozlovsky (I.). Nouvelles recherches cliniques sur l'omentopexie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4, 11 et 18 juin.)

Lerda (G.). Sull'evoluzione della sensibilità nelle plastiche e negli innesti. (*Rendiconti dell'Accad. dei lincei*, XIV, 10.)

Lindström (P. E.). Ein Fall von rechtsseitigem Chylothorax infolge Zerreissung des Ductus thoracicus. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 4.) — Chylothorax droit par rupture du canal thoracique.

Lothrop (H. A.) et **Scannell** (D. D.). The results of treatment of cancer in and about the mouth at the Boston City Hospital. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 13 avril.) — Résultats du traitement du cancer de la bouche.

Lövinsohn (H.). Darmverschluss und Darmverengerung infolge von Perityphlitis. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 5.) — Occlusion et rétrécissement de l'intestin, consécutifs à l'appendicite.

Lund (F. B.). Subacute perforation of the stomach. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 4 mai.)

Massimi (G.). L'azione del cloroformio sull'organismo dell'uomo. In-8°, 149 p. Frascati.

Moore (J. E.). When not to operate for appendicitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 juin.)

Most. Zur Topographie und Chirurgie der Halsdrüsentuberculose. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 8 juillet.) — Topographie et traitement chirurgical des adénopathies tuberculeuses cervicales.

Müller (F.). Bloodless reposition of the congenitally dislocated hip joint versus arthrotomy, with statistics of 34 cases operated on by Lorenz during his visit to the United States in 1902. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 juin.) — Réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche et arthrotomie.

Rouville (G. de) et **Martin**. Diagnostic de la perforation des ulcères du duodénum et de l'estomac avec l'appendicite; origine brunnérienne de certains ulcères duodénaux. (*Arch. provinc. de chir.*, mai.)

Ryerson (E. W.). Lipoma of the pretibial triangle of the knee. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er juillet.)

Samokhotzky (S.). Contribution à l'étude des hernies inguinales avec cryptorchidie (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XXI, 2.)

Saniter (R.). Zur Desinfektion der Bauchdecken. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er juillet.) — Sur la désinfection de la paroi abdominale.

Schanz (A.). Zur Mechanik der Skoliose. (*Wien. med. Wochensch.*, 24 juin et 1er juillet.)

Schulze (H.). Ein Fall von spontaner Subluxation der Hand nach unten (Dupuytren-Madelung'scher Subluxation). (*Münch. med. Wochensch.*, 25 juillet.)

Scudder (C. L.). Perforated duodenal and gastric ulcers; a report of two cases; operation; recovery. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 11 mai.)

Sidorov (A.). Un cas de fracture de la clavicule (en russe). (*Roussk. Vratch*, 2 juillet.)

Sneve (H.). The treatment of burns and skin grafting. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er juillet.) — Traitement des brûlures et greffes cutanées.

Solovov (P.). La préparation et l'emploi du catgut iodé en chirurgie et en gynécologie (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XXI, 2.)

Sommer (F.) et **Kijewski** (F.). Zgorzel pluc; pneumotomia; wyzdrowienie. (*Gaz. lekarska*, 24 juin.) — Gangrène pulmonaire; pneumotomie; guérison.

Soulié (H.). Deux cas de phlébite de la saphène interne; guérison par la résection partielle de la veine. (*Arch. provinc. de chir.*, mai.)

Tage-Hansen. Den tidlige operative behandling af den akute blindtarmsbetændelse. (*Hospitalstidende*, 7 et 14 juin.) — Sur l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë.

Tikhov (P.). Les côtes cervicales au point de vue clinique (en russe). (*Roussk. khirurg. arkh.*, XXI, 2.)

Torek (F.). Fibroma of the sheath of a tendon. (*New York Med. Journ.*, 1er juillet.) — Fibrome de la gaine d'un tendon.

Tschmarke (P.). Ein Fall von doppelseitiger traumatischer Hüftgelenksluxation kompliziert mit anderen Verletzungen. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, juillet.) — Luxation traumatique bilatérale de la hanche, avec complications multiples.

Tsélios (A.). 'Εχινόκοκκοι τοῦ ἥπατος ἐπὶ 35 ὁλόκληρα ἔτη, διαπύησις, ἐγχείρησις, ἴασις. (Γαληνός, juin.) — Kyste hydatique du foie.

Vautrin. Considérations sur les plaies du canal thoracique dans la région cervicale. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Voronkov (V.). Contribution à l'étude des opérations sur le poumon dans la bronchectasie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 21 mai.)

Vrédène (R.). Les blessures occasionnées par la balle japonaise enchemisée de petit calibre (en russe). (*Roussk. Vratch*, 18 juin.)

Whiting (A. D.). Gangrene of the scrotum. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Wyeth (J. A.). Esophagotomy for the removal of false teeth, with some remarks on colon alimentation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er juillet.)

UROLOGIE

Nicolich. Sur le traitement des prostatiques en rétention incomplète chronique aseptique avec dilatation de la vessie. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er mai.)

Oraison. Sur deux cas de calculs du rein, l'un septique avec coexistence d'épithélioma du bassinet, l'autre aseptique. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 mai.)

Schmidt (M.). Decapsulation und Stichelung der Niere wegen 4tägiger Anurie nach Scharlach; Herstellung der Diurese; Genesung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 1-3.) — Anurie post-scarlatineuse pendant quatre jours; décapsulation et ponctions multiples du rein; diurèse; guérison.

Serrallach. Diverticule vésical d'origine probablement traumatique sans obstacle à l'émission de l'urine. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er juin.)

Spooner (H. G.). Report of a case of exstrophy of the bladder, with a consideration of operative treatment. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 11 mai.) — Exstrophie vésicale; opération.

Stern (C.). Experimentelle und klinische Untersuchungen zur Frage der Nierenaushülsung nach Edebohls. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 5.) — Sur la décapsulation du rein.

Tenney (B.). The satisfactory prostatectomy. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 18 mai.)

Thorndike (P.). Surgical treatment of nephritis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 6 avril.)

Tuffier (Th.) et **Mauté** (A.). La séparation endo-vésicale des urines; sa valeur au point de vue du diagnostic de l'état anatomique et fonctionnel du rein. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 mars.)

Vannod (Th.). Des uréthrites aiguës non gonococciques. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 15 mars.)

OPHTALMOLOGIE

Leblond (M.). De la dacryocystite consécutive à la cure radicale de la sinusite maxillaire (procédé de Caldwell-Luc). (*Arch. d'ophtalmol.*, mai.)

Marbe. Zur Kasuistik des Aderhautcarcinoms. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 juillet.) — Cancer de la choroïde.

Moissonnier. Contribution à l'étude du leucosarcome du corps ciliaire. (*Arch. d'ophtalmol.*, mars.)

Oatman (E. L.). Cysts of the pars iridica retinæ. (*Arch. of Ophthalmol.*, mai.)

Petit (P.). Deux cas de chorio-rétinite spécifique grave; action différente du traitement. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 juillet.)

Rohmer. L'inspection oculistique des écoles à Nancy et dans le département de Meurthe-et-Moselle. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juillet.)

Römer (P.). Die Pathogenese der Cataracta senilis vom Standpunkt der Serumforschung. (*Graefes Arch. f. Ophthalmol.*, LX, 2.)

Schmidt-Rimpler (H.). Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten. 2e éd. In-8°, 619 p. avec fig. Vienne. — Les maladies de l'œil dans leurs rapports avec les autres maladies.

Sharp (W. N.). A case of probable rupture of the optic nerve. (*Arch. of Ophthalmol.*, mars.)

Terson (A.). Les gommes de la cornée. (*Arch. d'ophtalmol.*, mai.)

Wehrli (E.). Ueber der Mikro- und Makrogyrie des Gehirns analoge Entwicklungsstörungen der Retina; mit Besprechung der Epithelrosetten und der Pathogenese des Glioms. (*Graefes Arch. f. Ophthalmol.*, LX, 2.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Le Clerc (R.). Hématocèle; kyste sanguin avec sphacèle; castration; mort par hémorrhagie au dixième jour. (*Année méd. de Caen*, juin.)

Pick (L.). Noch einmal zur Entstehung des Chorioepithelioms und Epithelioma chorioectodermale aus kongenitaler Anlage. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er juillet.)

Prüsmann (F.). Die Spontanruptur in der alten Kaiserschnittsnarbe. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.) — Rupture spontanée [de l'utérus] au niveau de la cicatrice d'une ancienne opération césarienne.

Schäffer (O.). Untersuchungen über Anomalien der Placentarstructur hypoplastischer Uteri und deren Folgen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXVI, 1.)

Seegert (P.). Welche Ventrifixationsmethoden führten zu Geburtsstörungen und zu Ileus? (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.) — Quels sont les procédés d'hystéropexie susceptibles de causer des accidents de dystocie ou d'occlusion intestinale?

Sorel (R.). L'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des suppurations pelviennes chroniques. (*Arch. provinc. de chir.*, avril et mai.)

Stone (W. S.). Fetal manifestations of the toxemia of pregnancy. (*Med. News*, 1er juillet.)

Theilhaber (A.). Zur Lehre von der Entstehung der Uterusblutungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 juin.) — Sur la pathogénie des métrorrhagies.

Tobler (Maria). Ueber den Einfluss der Menstruation auf den Gesamtorganismus der Frau, auf Grund von 1000 Beobachtungen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — Influence de la menstruation sur l'organisme féminin.

Tusini (G.). Sul papilloma infettante dell'ovaia. In-8°, 76 p. avec fig. Pise.

Vallois. Dystocie par rétraction de l'anneau de Bandl et insuccès du basiotribe. (*Montpellier méd.*, 23 avril.)

Veit (J.). Albuminurie in der Schwangerschaft und künstliche Frühgeburt. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 juillet.) — Albuminurie gravidique et accouchement prématuré provoqué.

Villar (F.). Prolapsus de la muqueuse de la vessie à travers l'urèthre, chez la femme. (*Arch. provinc. de chir.*, juin.)

Wadsworth (R. G.). Conservative operation on the ovaries and tubes; analysis of 90 cases. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 25 mai.)

Werth. Ueber die Zerreissung der alten Kaiserschnittsnarbe bei nachfolgender Schwangerschaft. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 juillet.) — Rupture d'une cicatrice d'opération césarienne au cours d'une grossesse ultérieure.

Wiener (G.). Ein Fall von ausgetragener Extrauteringravidität, verbunden mit zahlreichen Missbildungen der Frucht. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 juillet.) — Grossesse extra-utérine à terme, avec malformations multiples du fœtus.

Winter. Myom und Menopause. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 juillet.)

PÉDIATRIE

Etchepare (B.). Psicosis infantil. (*Arch. latino-americanos de pediatria*, juin.)

Julien (L.). Calculose vésicale chez un enfant; trois tailles hypogastriques successives dans un espace de quatorze mois et demi. (*Echo méd. du Nord*, 2 juillet.)

Krausse (O.). Ein Beitrag zur Lehre von den kongenitalen Herzfehlern und ihrer Koinzidenz mit andern Missbildungen (Alienie). (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 1.) — Sur les lésions organiques congénitales du cœur et leur coexistence avec d'autres malformations.

Langer (J.). Ueber gehäufteres Auftreten von Icterus catarrhalis bei Kindern in Prag und dessen Umgebung. (*Prag. med. Wochensch.*, 8, 15 et 22 juin et 6 juillet.) — Epidémie d'ictère dans la population infantile de Prague.

Mantel (P.). Deux pleurésies chez une fillette de 9 ans. (*Arch. de méd. des enfants*, juin.)

Ostrcil (A.). Ueber die Vitalität früh geborener Kinder. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.) — Sur la vitalité des enfants nés avant terme.

Ovazza (V.-E.). Ictère et syphilis héréditaire. (*Arch. de méd. des enfants*, juin.)

Tedeschi (V.). Criteri di patogenesi della rachitide dedotti dal suo studio clinico. (*Pediatria*, juin.)

TÉRATOLOGIE

Blondel (R.) et **Chatinière** (H.). Absence congénitale du vagin et d'organes génitaux internes. (*Gynécologie*, avril.)

Chapot-Prévost (E.). Novo teratopago brazileiro vivo. (*Brazil-medico*, 22 juin.)

Fibiger (J.). Beiträge zur Kenntnis des weiblichen Scheinzwittertums. (*Virchows Arch.*, CLXXXI, 1.) — Sur le pseudo-hermaphrodisme féminin.

Hart (C.). Ueber die Defekte im oberen Teile der Kammerscheidewand des Herzens, mit Berücksichtigung der Perforation des häutigen Septums. (*Virchows Arch.*, CLXXXI, 1.) — Sur l'inocclusion de la partie supérieure de la cloison ventriculaire, notamment au point de vue de la perforation du septum membraneux.

Ihl (O.). Eine seltene Missbildung des Urogenitalsystems eines totgeborenen Mädchens. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.) — Malformation rare de l'appareil génito-urinaire chez une enfant mort-née.

Jolly (R.). Ueber Geburt und Trennung von Xiphopagen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.) — Accouchement de xiphopages; séparation immédiate des enfants.

Tirioutine (D.). Contribution à l'étude des anomalies de développement (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 11 juin.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Jacques (P.). Du rôle pathogénique des lésions alvéolaires dans la sinusite maxillaire aiguë prolongée. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 6 mai.)

Kotchanov (A.). Contribution à l'étude du traitement des abcès rétropharyngiens aigus (en russe). (*Roussk. Vratch*, 11 juin.)

Laurens (G.). Trépanation de la mastoïde chez un nouveau-né. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 13 mai.)

Lewis (R.). Two cases of temporo-sphenoidal abscess; operation; recovery. (*Arch. of Otol.*, fév.)

Liouri (S.). De la fréquence des affections de l'oreille (en russe). (*Prakt. Vratch*, 11 juin.)

Lombard (E.). Des indications opératoires dans quelques formes cliniques et anatomiques des sinusites frontales. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 27 mai.)

Luc (H.). Contribution à l'étude des formes anormales de la mastoïdite de Bezold et aux faits de mort rapidement consécutive à la ligature de la jugulaire. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 15 avril.)

Marbaix. A propos d'un cas de cholestéatome du conduit auditif externe. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 25 mars.)

Massei (F.). Lupus (tuberculose) du nez. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 11 mars.)

Moure (E.-J.). Contribution à l'étude de la chirurgie du labyrinthe. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 22 avril.)

Pasternak (R.). Contribution à l'étude des corps étrangers des fosses nasales (en russe). (*Prakt. Vratch*, 2 juillet.)

Roe (J. O.). The correction of nasal deformities by subcutaneous operations. (*Med. Record*, 1er juillet.)

HYGIÈNE

Brault (J.). L'hygiène chez les indigènes musulmans d'Algérie. (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet.)

Giorgi (E.). Relazione statistica sanitaria dell'istituto provinciale degli esposti in Venezia per l'anno 1904. In-8°, 73 p. Venise.

Grünfeld (A.). La lutte contre les maladies vénériennes à Odessa (en russe). (*Prakt. Vratch*, 11, 18 et 25 juin et 2 juillet.)

Kermorgant. Prophylaxie du paludisme. (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet.)

Lanza (G.). Sulla distruzione dei bacilli tubercolari nel latte pasteurizzato. (*Pediatria*, juin.)

Mankovsky (A.). Contribution à l'étude des moyens de destruction des moustiques en tant que propagateurs du contage paludéen (en russe). (*Roussk. Vratch*, 21 mai.)

Mourzine (M.). Du rôle des travaux de terrassement dans l'épidémiologie de la fièvre typhoïde (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juin.)

Pieraccini (G.). Patologia del lavoro e terapia sociale. Fasc. 1 à 5. In-8°, 200 p. Milan.

Unterberger (S.). De quelle façon les médecins militaires peuvent-ils combattre avec succès la tuberculose dans l'armée (en russe)? (*Voïenno-méd. journ.*, mai et juin.)

VARIA

La tache congénitale de la région sacrée, soi-disant propre aux Mongols, chez des enfants européens.

Chez la plupart des nouveau-nés japonais, on voit, au moment de la naissance ou bientôt après, au niveau des régions sacro-coccygienne et fessière, une ou plusieurs taches bleues, dont les dimensions varient entre celles d'un petit pois et celles de la paume de la main, et qui assez souvent s'étendent jusqu'au dos, mais ne recouvrent qu'exceptionnellement toute la partie dorsale du tronc. Il n'est pas rare d'en trouver également dans la région des épaules, ainsi que du côté extenseur des membres. Au bout de plusieurs mois ou de quelques années, les taches en question disparaissent spontanément, sans laisser la moindre trace, et il est exceptionnel de les voir persister toute la vie.

Considérées d'abord comme propres aux Japonais, ces taches ont ensuite été retrouvées chez d'autres peuples mongols, de sorte qu'on leur a attribué la valeur d'un caractère de race. Récemment, il est vrai, M. Adachi a fait connaître les résultats de ses recherches sur les cellules pigmentaires, qui vont à l'encontre de cette manière de voir. Cet auteur, en effet, a constaté l'existence, dans le chorion de la peau de l'homme et du singe, de deux sortes de cellules pigmentaires, les unes petites, superficielles et peu saillantes, les autres beaucoup plus volumineuses, profondément situées et très marquées. Très répandues chez le singe, où elles persistent toute la vie, les cellules de la seconde catégorie ne se rencontrent chez l'homme que pendant une certaine période du développement, et surtout dans les régions sacro-coccygienne et fessière. Toutefois, chez les races colorées, ces cellules seraient plus fréquentes et plus abondantes et donneraient lieu aux taches bleues susmentionnées. Celles-ci ne constitueraient, par conséquent, nullement un caractère propre à la race mongole, mais un phénomène normal de développement de l'organisme, présentant seulement des variations quantitatives suivant les races.

Cette interprétation n'ayant pas été admise par certains auteurs, notamment par M. Bälz, qui persiste à considérer les taches en question comme caractère de race, il n'est pas sans intérêt de signaler que M. le docteur Kocko Fujisawa, s'étant appliqué à rechercher systématiquement ces taches congénitales chez tous les petits patients admis à la policlinique infantile dirigée par M. K. Seitz, professeur extraordinaire de pédiatrie à la Faculté de médecine de Munich, en trouva de très typiques chez le cinquantième enfant examiné, une fillette âgée de sept semaines et issue de parents européens, dont les familles étaient exemptes de tout mélange mongol. La sœur de cette enfant, née un an et demi après, présenta également des taches bleues dans la région sacro-coccygienne et fessière.

Ces constatations, qui font l'objet d'un travail publié par M. Fujisawa dans le dernier fascicule du *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, semblent devoir mettre fin aux discussions sur la prétendue valeur des taches congénitales en tant que caractère de race. Elles méritent aussi d'être retenues par le praticien, qui, appelé à intervenir chirurgicalement, chez un enfant, pour une tache bleue, non saillante et non couverte de poils, devra toujours se demander s'il ne se trouve pas en présence d'une de ces taches congénitales pouvant disparaître spontanément. Il ne s'exposera pas de la sorte à un mécompte, tel que celui qui est survenu à un confrère japonais dont la fillette était née avec des taches sur le dos, le côté extenseur des extrémités et le front; le père enleva opératoirement la plaque frontale; or, toutes les autres taches disparurent ultérieurement sans laisser la moindre trace, tandis que, sur le front, la jeune fille conserve une cicatrice qui aurait pu facilement lui être évitée.

NOUVELLES

FRANCE

Sur la proposition du ministre des colonies, d'accord avec le département de l'instruction publique, il a été décidé que le laboratoire colonial institué en 1900 auprès du Muséum national d'histoire naturelle centralisera tous les envois d'ordre scientifique et toutes les demandes de même nature émanant des colonies françaises.

Il est permis d'espérer qu'ainsi pourront rapidement se créer, audit laboratoire, des archives et des collections classées suivant un ordre géographique, grâce auxquelles on sera à même de répondre immédiatement aux demandes de renseignements, soit théoriques, soit pratiques, sur la flore, la faune, la constitution géologique ou la nosologie parasitaire d'un point quelconque de notre domaine colonial. Le médecin y trouvera les indications utiles pour la lutte raisonnée contre les divers organismes qui s'attaquent directement à l'homme ou qui peuvent être nuisibles pour celui-ci après avoir atteint les animaux ou les végétaux.

ALLEMAGNE

Les experts emploient fréquemment, pour caractériser l'état mental de tel ou tel délinquant ou criminel soumis à leur examen, l'expression de « responsabilité atténuée ». A dire vrai, il n'est guère facile de se représenter ce qu'est une responsabilité atténuée : ou bien l'individu dispose d'un contrôle et d'un pouvoir d'arrêt normaux sur ses propres actions, et alors sa responsabilité est entière; ou bien le trouble de ses facultés intellectuelles supprime toute espèce de frein moral, et il est irresponsable. Seulement, en pratique, il faut bien reconnaître qu'il est toute une catégorie de sujets qui, incontestablement irresponsables aux yeux du psychiatre, ne sont cependant pas des aliénés au sens légal du mot et ne pourraient trouver place dans les asiles : c'est pour eux qu'a été créée cette conception tout artificielle de la responsabilité atténuée qui permet, sans leur appliquer dans toute sa rigueur la peine prévue par la loi, de défendre dans une certaine mesure la société contre leurs instincts malfaisants.

Or, voici que cette question de la responsabilité atténuée, qui préoccupe les esprits en Allemagne aussi bien qu'en France, vient d'être soulevée devant la dixième réunion de l'*Association internationale de criminologie*, qui a siégé ces jours derniers à Hambourg; elle y a pris corps et y a été concrétée sous forme de vœux, platoniques à vrai dire, mais qui n'en témoignent pas moins d'un curieux état d'esprit.

C'est M. von Liszt (de Berlin) qui a ouvert la discussion sur ce point en déposant un certain nombre de propositions à soumettre au vote de l'Assemblée. La première était conçue à peu près dans ces termes : Le législateur doit prescrire des mesures de protection (surveillance particulière, internement dans des asiles de sûreté, etc.) à l'égard des « défectueux » à responsabilité atténuée, qu'ils soient délinquants ou non, s'ils sont dangereux pour eux-mêmes, pour leur entourage ou pour la société.

Jusque-là, rien à dire : comme l'a exposé l'orateur, cette disposition viserait par exemple les *minus habens*, les épileptiques, cleptomanes, alcooliques, morphinomanes, pervertis sexuels, etc., toutes catégories de déséquilibrés, de dégénérés, au sujet desquels les aliénistes et juristes des divers pays sont unanimes pour réclamer des mesures de protection dont l'application serait soumise au contrôle du pouvoir judiciaire. On aurait pu, et dû, s'en tenir là; mais M. von Liszt est allé plus loin, et, dans un second vœu proposé, il demandait que, pour les défectueux délinquants, on établît, en plus des dispositions actuelles sur les circonstances atténuantes, *des pénalités amoindries* : c'était donc reconnaître la légitimité de la conception de la responsabilité atténuée, à laquelle correspondraient des peines également atténuées.

Cette manière de voir n'a pas été sans provoquer quelques contradictions, notamment de la part de M. Torp (de Copenhague) qui a déclaré que le Danemark possède une disposition de ce genre, et que tout le monde en réclame la suppression. Mais M. Feisenberger (de Bochum) a fait observer qu'il ne pouvait s'agir, dans la proposition de M. von Liszt, de pénalités *amoindries*, mais bien de pénalités *mieux adaptées* au délit commis; et il faut croire que cette question de mots a fait grande impression sur l'esprit de l'assemblée, car on a voté la proposition (en français), ainsi modifiée par MM. von Liszt et Kronecker : « Pour les défectueux délinquants, dangereux ou non, il y a lieu d'instituer une peine spéciale ou un traitement spécial. »

Tout cela est bel et bon; mais le jour où tout le monde est d'accord pour réclamer les asiles de sûreté nécessaires et suffisants pour mettre les « demi-fous », selon l'expression d'un romancier contemporain, dans l'impossibilité de nuire, on ne voit pas bien l'utilité d'édicter contre eux des pénalités spéciales, tandis qu'il n'est que trop facile de concevoir les inconvénients de tout genre, moraux et matériels, qu'il y aurait à considérer ces individus — qui sont des malades — comme des coupables, et à les soumettre à ce titre aux rigueurs, même atténuées, du régime pénitentiaire.

PRUSSE

Depuis l'apparition de notre dernier numéro, il ne s'est produit dans tout le royaume que 33 nouveaux cas de choléra et 14 décès, ce qui donne un total de 205 cas, dont 77 mortels. Mais quelques-uns de ces cas, suivis ou non de mort, ont été constatés dans des provinces jusqu'ici indemnes : à Breslau (Silésie), à Stettin (Poméranie) et à Dömitz-sur-l'Elbe (Mecklembourg-Schwerin). Toutefois, ce ne sont là que des cas isolés, et il se pourrait qu'ils restassent tels, car il ne semble pas que le choléra puisse prendre de l'extension, en présence des mesures adoptées et des résultats obtenus.

HUITIÈME CONGRÈS FRANÇAIS

DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Liège du 25 au 27 septembre 1905.

Les formes cliniques du rhumatisme chronique.

M. J. Teissier (de Lyon), *rapporteur.* — La question du « rhumatisme chronique » ne semble pas avoir été éclairée d'une façon définitive par les recherches bactériologiques et anatomiques de ces dernières années, et c'est encore à la clinique qu'il faut demander actuellement la classification des faits réunis sous cette étiquette. C'est pourquoi, bien qu'en bonne logique il soit préférable de réserver le nom de rhumatisme chronique aux cas de rhumatisme préalablement aigu et ayant passé à la chronicité, nous croyons devoir englober sous ce nom, au moins comme point de départ, tous les syndromes cliniques que l'usage a réunis dans le cadre du rhumatisme chronique, en comprenant les affections articulaires que l'opinion courante attribue généralement à l'influence dominante du froid humide.

Et, dans ce groupe un peu disparate, nous pouvons, à l'aide de l'analyse clinique, distinguer dès l'abord trois syndromes précis et nettement caractérisés : l'arthropathie déformante primitive, à évolution régulière, progressive, symétrique, non inflammatoire, d'allure trophonévrotique, et à l'origine de laquelle on ne trouve guère d'autre cause que le froid humide; les arthropathies chroniques consécutives au rhumatisme articulaire aigu ou à différentes maladies infectieuses (rhumatismes chroniques d'infection); enfin, les syndromes arthropathiques chroniques diathésiques, qu'on peut rattacher aux intoxications ou à certaines auto-intoxications.

Cette catégorisation, purement clinique et étiologique, diffère assez peu, on le voit, de celle que nous avions adoptée, avec M. Roque, en 1897.

La première de ces maladies, la *polyarthrite déformante*, le « rhumatisme noueux », la « goutte du pauvre », constitue un syndrome morbide cliniquement, sinon pathogéniquement, bien défini : les manifestations articulaires en sont généralement multiples, elles ont une tendance envahissante et progressive, passant des petites articulations des pieds et des mains aux grosses jointures des membres; elles frappent successivement et symétriquement les articulations des membres homologues pour aboutir à des déformations très spéciales. Ces déterminations articulaires sont presque toujours précédées de phénomènes sensitifs, crampes, fourmillements et spasmes, durant souvent de longs mois. Les jointures, symétriquement prises, présentent des déformations bien connues, en coup de vent, en extension, en flexion, et, dans les grosses articulations, on note des productions ostéophytiques et de l'atrophie des muscles voisins. Le tissu péri-articulaire est infiltré et empâté, la peau est lisse, comme collée à l'os, la synoviale est épaissie, le cartilage atteint d'altération velvétique, l'os éburné et décalcifié. La radiographie montre que les cartilages articulaires ont disparu, et que, par endroits, l'os est plus perméable aux rayons X. Les muscles sont atrophiés sans qu'on trouve nettement de réaction de dégénérescence, la peau est également atteinte de troubles trophiques, il existe souvent des symptômes névritiques.

L'évolution de cette polyarthrite déformante est tout fait spéciale : une première période, qui dure de un à deux ans, est caractérisée surtout par des troubles sensitifs à caractère névritique, avec mouvements fébriles légers et abaissement du chiffre des phosphates urinaires. La deuxième période, caractérisée par l'envahissement progressif et régulier des articulations, se prolonge plusieurs années. La troisième est la période d'immobilisation ou de cachexie; le mal de Bright apparaît fréquemment à cette période, et c'est aux accidents urémiques que succombe le plus ordinairement le malade, à moins qu'il ne soit emporté par une tuberculose terminale à évolution subaiguë. Dans cette forme, les accidents cardiaques sont rares et les lésions valvulaires absolument exceptionnelles : les cas d'endocardite survenant au cours du rhumatisme chronique n'appartiennent, pour nous, qu'aux rhumatismes ou pseudo-rhumatismes du type infectieux.

Cette forme de rhumatisme déformant est, à notre avis, une arthropathie d'ordre trophonévrotique. Son analogie clinique avec les arthropathies nerveuses, le développement symétrique des arthrites, leur disposition souvent hémiplégique permettent de le soupçonner. La preuve anatomique en a été donnée par nous-même, par M. Touche et par M. Léri. Ce dernier auteur a trouvé dans un cas des épaississements méningés plus accentués que ceux qu'on rencontre fréquemment chez des sujets âgés. Nous considérons ces lésions comme primitives et croyons qu'elles tiennent sous leur dépendance les arthropathies qui seraient ainsi d'origine médullaire.

Cette trophonévrose est probablement de nature infectieuse, bien qu'on n'ait pu en trouver le germe spécifique. On sait que Potain a incriminé certaines mucédinées contenues dans les plâtres frais ou les murs des vieilles maisons salpêtrées; ces germes, restés hypothétiques, auraient peut-être une prédilection marquée pour les centres nerveux : il se peut qu'ils soient contenus dans le liquide céphalorachidien d'où ils exercent plus facilement leurs effets sur les méninges spinales.

Les lésions de cette arthropathie nerveuse n'ont rien d'inflammatoire, elles sont d'ordre essentiellement dégénératif. Enfin, au point de vue étiologique, il faut, à côté du froid humide, citer des causes prédisposantes, les mauvaises conditions hygiéniques, le rhumatisme ancestral, la tuberculose. Cette dernière n'agit ici que comme cause prédisposante : ce n'est point là un véritable rhumatisme tuberculeux infectieux, mais un rhumatisme *para-tuberculeux.*

Existe-t-il une forme aiguë de cette polyarthrite déformante ? Nous ne le pensons pas et considérons les observations d'Abrahams comme appartenant aux rhumatismes d'infection; il en est de même de la grande majorité des cas de rhumatisme chronique déformant de l'enfance. Parmi les formes partielles, on doit signaler le *morbus coxæ senilis* — qui se caractérise par l'irrégularité des déformations et l'intégrité de l'état général, bien que la terminaison par mal de Bright soit toujours possible — et le type vertébral, qu'on doit, à notre avis, distinguer de la véritable spondylose rhizomélique de Pierre Marie, et qui peut présenter des troubles de compression et des phénomènes oculo-pupillaires causés par le rétrécissement des trous de conjugaison.

Etudions maintenant le second groupe, celui des arthropathies chroniques post-infectieuses, qui comprennent deux formes : les « rhumatismes chroniques » et les « pseudo-rhumatismes chroniques infectieux », correspondant respectivement au rhumatisme articulaire aigu franc et aux pseudo-rhumatismes infectieux aigus. En réalité, les uns comme les autres sont d'origine microbienne, aussi ont-ils les mêmes caractères généraux et les rangeons-nous dans le même groupe. En effet, la découverte des pseudo-rhumatismes infectieux, après avoir bouleversé le classement des arthropathies aiguës, a modifié de même celui des arthropathies chroniques, et l'on admet maintenant que toute infection capable de créer l'arthrite à l'état aigu peut la provoquer à l'état chronique. De là toute une catégorie nouvelle de rhumatismes chroniques à caractère déformant, à allures parfois variées suivant l'infection provocatrice, mais susceptibles d'être rapprochés par la nature de leurs complications (fréquence des déterminations viscérales, et particulièrement de l'endocardite) et de leurs localisations anatomiques (détermination primordiale sur les synoviales et les tissus péri-articulaires avec tendance fréquente à l'ankylose).

Pratiquement, on doit considérer trois types cliniques très fréquents de ce rhumatisme infectieux chronique : la forme rhumatismale vraie, la forme blennorrhagique et la forme tuberculeuse.

La première, admise déjà par Charcot, par Ball, par M. Bouchard, niée encore par la grande majorité de l'école anglaise, semble assez fréquente. Généralement la maladie succède à une atteinte primitivement aiguë et généralisée par une rétrocession brusque ou rapide des symptômes généraux avec limitation du processus à trois ou quatre grandes jointures. Dans cette forme il y a peu ou pas de troubles sensitifs prémonitoires, les déformations sont différentes. La lésion porte surtout sur les synoviales, comme on peut s'en rendre compte par la radiographie. On ne trouve pas de tendance à l'extension à toutes les jointures, souvent même il se produit des améliorations locales. Mais ici on note la fréquence de l'endocardite, mitrale surtout, aortique parfois. Et l'on pourrait dire que la présence d'une endocardite chez un sujet jeune encore et apparemment affecté de rhumatisme déformant suffit pour attester l'origine rhumatismale vraie du syndrome arthropathique. Ce rhumatisme chronique vrai est généralisé ou partiel. Généralisé, il peut être grave par suite de l'extension du processus à tous les tissus fibreux péri-articulaires et aux bourses séreuses voisines, ainsi que par les lésions cardiaques. Partiel, il peut atteindre une grande jointure, les tissus péri-articulaires (péri-arthrite scapulaire) ou des tissus fibreux (rétraction de l'aponévrose palmaire).

Il existe aussi, il faut le reconnaître, des cas de polyarthrite déformante (à type trophonévrotique) qui se développent chez des sujets antérieurement atteints de rhumatisme articulaire aigu franc. On peut alors admettre que le rhumatisme articulaire aigu débilite le malade qui se trouve désarmé contre l'infection nouvelle.

La *forme blennorrhagique* est connue depuis longtemps, avec sa prédominance si spéciale sur les tissus péri-articulaires et son évolution rapide vers l'ankylose fibreuse d'abord, osseuse ensuite. Le virus blennorrhagique semble avoir une prédilection pour les articulations à ménisques, c'est-à-dire pour celles qui sont le plus riches en tissu fibreux. D'où la fréquence de la spondylose rhizomélique d'origine blennorrhagique.

Comme dans la forme précédente, on ne note point de troubles sensitifs ni d'amyotrophie. Il n'y a pas de signes de compression. L'évolution n'est pas fatalement progressive, et on observe parfois des améliorations manifestes.

Le *rhumatisme tuberculeux* de Poncet, presque toujours chronique, est dû à une infection directe par le bacille de Koch ou à l'action des toxines de ce dernier, c'est-à-dire à une inflammation spécifique de la synoviale ou à une irritation toxinique des tissus fibreux péri-articulaires (arthropathie histologiquement tuberculeuse, ou arthropathie tuberculineuse). Les rapports de ce rhumatisme chronique avec la tuberculose sont des plus nets : ou bien il survient chez des tuberculeux avérés présentant des lésions pulmonaires à évolution lente, et atteints parfois d'une tumeur blanche typique; ou bien on trouve, chez le rhumatisant, un foyer tuberculeux, cliniquement apparent ou occulte; ou bien les manifestations du rhumatisme chronique apparaissent chez un sujet sain, mais dont les ascendants et les collatéraux sont en majorité tuberculeux.

Les formes que revêt le rhumatisme tuberculeux sont multiples et vont depuis les déterminations partielles les plus légères, la synovite localisée la plus simple, jusqu'au rhumatisme ankylosant de la hanche ou au type commun de la polyarthrite déformante, comme aussi à la forme généralisée, avec invasion des grandes séreuses et explosion finale de tuberculose miliaire dans le poumon. De même que le rhumatisme blennorrhagique, le rhumatisme tuberculeux a une tendance marquée vers l'ankylose, ce qui n'est en somme que l'expression d'une propriété générale du poison tuberculeux à faciliter les adhérences au niveau des membranes séreuses (plèvre et péricarde surtout) et à faire du tissu de sclérose. Ici encore, la colonne vertébrale peut être atteinte et ankylosée (spondylose d'origine tuberculeuse).

Le diagnostic de la nature tuberculeuse d'un rhumatisme chronique est difficile à établir d'une manière certaine : la clinique le fait considérer comme probable, mais, le plus souvent, la culture et l'inoculation du liquide articulaire ne donnent que des résultats négatifs, les constatations cytologiques sont variables, l'hématologie ne fournit point de renseignements précis; il ne reste que la séro-réaction qui est douteuse, et l'épreuve de la tuberculine qui est dangereuse. L'examen radioscopique n'apporte aucune indication particulière. On doit donc actuellement se contenter de cette affirmation

clinique, sans pouvoir préciser davantage la pathologie et la pathogénie de ces manifestations tuberculeuses.

Ajoutons qu'à côté de la tuberculose et de la blennorrhagie, il semble exister une forme chronique du rhumatisme scarlatin et du rhumatisme syphilitique, encore peu connus.

Arrivons maintenant à la troisième catégorie, constituée par les arthropathies chroniques d'origine toxique ou auto-toxique. Pour nous, ce ne sont pas là de véritables rhumatismes, au sens exact du mot. Nous pouvons le prouver par l'analyse clinique qui nous permettra de bien mettre en évidence les caractères différentiels de ces affections et de les opposer à ceux des arthropathies rhumatismales vraies.

Ce groupe comprend toutes les manifestations articulaires chroniques évoluant sous l'action des poisons connus comme susceptibles de provoquer des troubles inflammatoires et trophiques du côté des jointures (alcool, plomb), et toute une série de déformations articulaires dépendant, à n'en pas douter, du mécanisme général de l'auto-intoxication, depuis la camptodactylie (rhumatisme de la dilatation de l'estomac) jusqu'au doigt hippocratique et au rhumatisme biliaire, en passant par toute la série des déformations uricémiques, déformations allant de la nodosité d'Heberden la plus limitée jusqu'aux formes les plus étendues du rhumatisme goutteux et des arthropathies prémonitoires de la néphrite interstitielle.

Ce sont là des manifestations constitutionnelles, diathésiques. Elles n'ont avec l'infection que des relations indifférentes, tout au moins secondaires. Il se peut que le froid humide détermine chez ces malades des poussées fluxionnaires : en réalité, le *primum movens* de l'arthropathie est ici le trouble constitutionnel commandé par l'auto-intoxication et par les troubles nutritifs qu'elle entraîne.

Les caractères qui les séparent des arthropathies d'origine infectieuse sont les suivants :

1° Le processus morbide ne frappe jamais le cartilage, primitivement tout au moins : sur les radiographies, on voit que, malgré des déformations très accentuées, les cartilages interarticulaires sont nettement conservés;

2° Les déformations osseuses, les boursouflures, les nodosités pâlissent à l'écran et se traduisent sur l'épreuve radiographique par des taches blanchâtres qui attestent leur origine uratique ou urique;

3° Parfois l'épreuve radioscopique ne révèle aucune modification précise de l'article : c'est qu'ici le mouvement fluxionnaire s'est limité aux tissus péri-articulaires qui participent seuls à la production de la déformation nodulaire;

4° Ces arthropathies ont une localisation spéciale aux petites jointures et ne présentent pas de tendance à la généralisation; elles sont sujettes à des poussées trahissant parfois des changements de volume assez remarquables, et à des sortes de balancement avec les multiples manifestations viscérales de la dyscrasie concomitante, voire avec des poussées cancéreuses;

5° Le rhumatisme diathésique se complique communément de lésions vasculaires, artérielles ou veineuses : l'hypertension est ici la règle; la sclérose rénale et l'aortite accompagnée ou non d'insuffisance de Hogdson sont fréquentes; on note une augmentation des éosinophiles;

6° Cette variété de rhumatisme chronique donne souvent lieu à des poussées à forme nodulaire, ayant une affinité marquée pour le tissu cellulaire, pour le tissu fibreux, pour le périoste, etc., d'où la grande variété de formes cliniques dépendant du siège et de l'étendue des productions noueuses (rhumatisme du tissu cellulaire sous-cutané, rhumatisme périostique, rhumatisme fibreux de l'aponévrose palmaire, du diaphragme et de la plèvre, etc.). Toutes ces manifestations trouvent leur explication naturelle dans l'affinité de l'acide urique pour les tissus blancs, les ligaments fibreux ou aponévrotiques.

L'uricémie, héréditaire ou acquise, paraît, en effet, la condition génératrice essentielle de ces différents syndromes, qu'elle soit ancestralement transmise, qu'elle résulte d'une hyperproduction hépatique ou de la rétention par insuffisance fonctionnelle de la peau ou des reins. Les états diathésiques qui en résultent doivent donc se rattacher à la grande famille arthritique dont ils vont constituer, avec la goutte, les deux principales manifestations.

C'est pourquoi nous séparons nettement ces arthropathies du groupe des affections rhumatismales communes; et cette distinction, si importante au point de vue pathogénique, est cliniquement nécessaire, puisqu'elle comporte des indications diététiques et médicamenteuses toutes différentes.

Au total, les véritables rhumatismes chroniques sont d'origine infectieuse, mais l'infection peut provoquer l'arthrite de deux manières différentes: 1° d'une façon indirecte, par voie tropho-névrotique, c'est-à-dire par action primitive du poison ou des toxines sur le système nerveux central et sur les racines médullaires; 2° d'une façon directe, par action des poisons bactériens sur la synoviale ou les tissus, cellulaire et fibreux, péri-articulaires. Les infections en pleine activité frappent d'emblée l'articulation, elles ont une tendance septicémique qui se révèle souvent par des déterminations cardiaques : c'est le rhumatisme chronique d'infection. Les infections à action lente mais très prolongée agissent de préférence sur le système nerveux et c'est par son intermédiaire qu'elles produisent dans l'article des troubles trophiques : c'est le rhumatisme noueux trophonévrotique.

M. Verhoogen (de Bruxelles), *co-rapporteur*. — En passant du langage courant dans la terminologie médicale, le mot rhumatisme n'a, il faut le reconnaître, rien perdu de son imprécision originelle, et c'est encore l'ancienne notion populaire qui, pour beaucoup, domine la nosographie du rhumatisme chronique. Une pathogénie obscure, une essence indéterminée, une étiologie *a frigore*, un caractère en général douloureux, une localisation principalement articulaire, tels sont les attributs ordinaires des affections rhumatismales, aussi bien pour les formes chroniques que pour les formes aiguës.

On a néanmoins tenté de diviser les arthropathies chroniques en plusieurs groupes, et les classiques en distinguent actuellement cinq : 1° le *rhumatisme chronique secondaire* succédant au rhumatisme articulaire aigu; 2° le *rhumatisme chronique primitif*, ou *rhumatisme noueux*, considéré par certains auteurs comme trophonévrotique; 3° l'*arthrite sèche déformante;* 4° le *rhumatisme chronique partiel;* 5° les *pseudo-rhumatismes infectieux*.

Ces derniers sont, nous le verrons, absolument analogues, au point de vue pathogénique, au vrai rhumatisme chronique; au contraire, l'arthrite sèche et les rhumatismes partiels en sont pour nous tout à fait différents. Restent donc les deux formes les plus importantes, le rhumatisme chronique secondaire et le rhumatisme chronique primitif.

On a cherché à établir entre ces deux types morbides une différenciation de principe; bon nombre d'auteurs considèrent le premier comme infectieux, le second comme diathésique ou trophonévrotique; et, à l'appui de cette distinction, ils invoquent des différences cliniques entre les deux syndromes : l'un (rhumatisme secondaire ou infectieux) est consécutif au rhumatisme articulaire franc, il se voit chez des sujets d'un âge peu avancé, sa localisation est irrégulière, sa marche non progressive avec des rémissions fréquentes et une guérison possible, il s'accompagne souvent de lésions cardiaques; l'autre (rhumatisme primitif ou diathésique) n'est pas précédé de rhumatisme franc, s'observe chez des sujets d'âge avancé, débute lentement par les articulations des extrémités, sa localisation est symétrique, sa marche régulièrement progressive, allant des petites articulations vers les grandes, son pronostic toujours grave; il se complique rarement de lésions cardiaques.

Cette distinction si tranchée est schématique, et, en pratique, il est exceptionnel qu'on puisse faire rentrer complètement dans un des deux groupes la plupart des cas observés.

Les antécédents rhumatismaux existent souvent dans le rhumatisme dit diathésique; la fièvre, les poussées fluxionnaires peuvent survenir au début de son évolution; la symétrie de ses manifestations est plus apparente que réelle, et la progression centripète se rencontre tout aussi bien dans la polyarthrite aiguë que dans la forme chronique; l'âge des malades n'est pas non plus une distinction suffisante, et il est fréquent de voir le rhumatisme primitif débuter dans l'enfance; d'autre part, on sait que le rhumatisme articulaire aigu est rare chez les sujets âgés qui réagissent souvent aux infections par des processus chroniques; enfin le caractère exceptionnel des affections cardiaques au cours de la forme primitive du rhumatisme chronique est nié par de nombreux auteurs, et, en admettant qu'il soit prouvé, il devrait être attribué à la plus grande chronicité, c'est-à-dire à la moindre virulence de l'infection rhumatismale dans cette forme.

Les différences tirées de l'état des téguments, sains dans l'un des syndromes, atteints de troubles trophiques dans l'autre, nous semblent tout aussi théoriques. Enfin, nos observations établissent que dans le rhumatisme secondaire il y a très souvent généralisation du processus à toutes les jointures et qu'alors le pronostic est aussi grave que dans la forme primitive.

Si nous ajoutons que l'anatomie pathologique ne montre pas de différence nette entre ces deux types morbides, nous serons amenés à conclure à l'identité des diverses formes du rhumatisme chronique, quelle qu'en soit d'ailleurs l'étiologie, et nous reviendrons ainsi à l'opinion que soutenait Charcot il y a près de quarante ans : il s'agit d'une seule et même forme de l'*infection rhumatismale*, précédée d'un stade aigu dans le premier cas, chronique d'emblée dans le second.

Le rhumatisme articulaire chronique, secondaire ou primitif, est donc d'origine infectieuse, comme le rhumatisme aigu. Ce dernier figure le résultat d'une infection organique dont la nature est variable et les agents pathogènes multiples. Il semble que ces agents pathogènes, retenus au niveau des amygdales ou de quelque point du tube digestif, ne pénètrent pas directement dans l'économie, moins encore dans les articulations : et la synovite primitive, tout comme l'endo-péricardite, paraît traduire l'action *élective* de toxines, sécrétées et absorbées au siège extérieur de l'infection. Il se peut, cependant, que les microbes pathogènes pénètrent dans le torrent circulatoire et aillent par là se fixer dans les articulations, sur l'endocarde, etc. Ceci constituerait une véritable *complication* du rhumatisme articulaire aigu et déterminerait peut-être aussi le passage de cette affection à l'état chronique.

Le rhumatisme articulaire franc, maladie infectieuse, possède donc une forme chronique secondaire et une forme chronique d'emblée, maladies également infectieuses. Il en est d'ailleurs de même des pseudo-rhumatismes infectieux dont l'origine microbienne n'est niée par personne.

Ces pseudo-rhumatismes, aigus ou chroniques, ne se distinguent du rhumatisme franc que par quelques particularités cliniques qui ne suffisent pas pour les faire ranger dans une catégorie spéciale. Et la seule différenciation qui soit vraiment admissible résulte de la nature de l'agent infectieux, variable et imprécis pour le rhumatisme franc, constant et déterminé pour chacune des affections de l'autre catégorie. Ces deux groupes doivent donc être confondus et les vrais rhumatismes chroniques doivent être tous considérés comme de nature infectieuse.

L'ostéo-arthrite déformante, le « rhumatisme déformant » des chirurgiens, ne paraît présenter rien de commun avec le rhumatisme proprement dit. Il en diffère cliniquement, anatomiquement et étiologiquement.

Il existe aussi des formes, dites partielles, dont trois méritent d'être spécialement étudiées : ce sont la rétraction de l'aponévrose palmaire, la spondylose rhizomélique, les nodosités d'Heberden. Ces divers syndromes dérivent souvent du rhumatisme chronique; mais d'autres affections, telles que la goutte et le diabète, peuvent également leur donner naissance : le rhumatisme n'en est donc pas la cause unique.

Enfin, certaines manifestations abarticulaires autres que les manifestations fibreuses peuvent se voir dans le rhumatisme chronique ou figurer parmi les manifestations chroniques, de l'infection rhumatismale : on sait qu'il existe un rhumatisme musculaire aigu, fébrile, parfois accompagné de manifestations cardiaques, et d'origine vraisemblablement infectieuse; on peut, de même, observer un véritable rhumatisme musculaire chronique, dont l'origine rhu-

matismale est évidente, car il survient chez des sujets antérieurement atteints de polymyosite fébrile; le purpura, l'érythème noueux coïncident souvent avec le rhumatisme articulaire aigu ou se comportent comme lui-même : ils peuvent aussi accompagner le développement d'un rhumatisme chronique apparaissant d'emblée, ainsi que nous l'avons observé; les œdèmes rhumatismaux chroniques existent également. On voit combien les manifestations cliniques sont analogues dans les formes aiguë et chronique de l'infection rhumatismale.

Reste le « rhumatisme tuberculeux » de Poncet, dans lequel on retrouverait toutes les manifestations ordinaires du rhumatisme vrai (rhumatisme articulaire aigu, arthrite plastique ankylosante, rétractions aponévrotiques, spondylose rhizomélique, rhumatisme déformant, pied plat rhumatismal, etc.). Ces accidents reconnaîtraient pour cause originelle l'infection tuberculeuse proprement dite, laquelle, au même titre que les autres infections classées, peut créer du pseudo-rhumatisme, soit par localisation bacillaire, soit en vertu d'une action qu'exerceraient à distance les toxines mises en liberté au niveau d'un foyer viscéral ou même latent.

Cependant la clinique n'appuie cette hypothèse d'aucun fait probant. La coexistence de la tuberculose et des accidents rhumatismaux ne possède guère, en effet, de valeur démonstrative : la fréquence des infections mixtes, l'exaltation que la présence des toxines tuberculeuses fait subir à la virulence d'agents pathogènes tels que le colibacille, le streptocoque et le staphylocoque, expliquent l'apparition du rhumatisme, aigu ou chronique, chez les phtisiques. Souvent, d'ailleurs, ces accidents frappent des individus qui, avant d'être tuberculeux, ont été atteints de poussées de rhumatisme aigu franc, ou de blennorrhagie. Les observations relatives au prétendu rhumatisme tuberculeux n'apportent nullement la preuve que le bacille de Koch ait été le seul agent en cause dans les multiples cas signalés.

Ajoutons que le traitement salicylé qui, pour M. Poncet, serait sans action sur le rhumatisme tuberculeux, s'est montré efficace dans plusieurs cas attribués par les auteurs au rhumatisme bacillaire, tandis qu'il demeure souvent inefficace contre le rhumatisme franc.

Enfin, la transformation apparente de certaines manifestations rhumatismales locales en tuberculoses articulaires typiques ultérieures n'est pas concluante, car on observe des faits identiques après le rhumatisme blennorrhagique et les autres pseudo-rhumatismes infectieux, aussi bien qu'après le rhumatisme franc.

A noter que les rares cas où le bacille de Koch a été trouvé dans le liquide articulaire (Laveran, Griffon) n'appartiennent pas à ce que l'on désigne en clinique sous le nom de « rhumatisme tuberculeux »; et que la nature tuberculeuse des toxines contenues dans le liquide stérile de ces rhumatismes n'a pas pu être démontrée.

L'anatomie pathologique du rhumatisme bacillaire n'existe pas. Ou bien on y relève des lésions caractéristiques de la tuberculose articulaire proprement dite (synovite tuberculeuse, premier stade de la tumeur blanche), ou bien on trouve des lésions banales.

C'est particulièrement pour ce dernier cas que l'on a imaginé l'hypothèse d'une action à distance qu'exerceraient les toxines sécrétées au siège de la lésion viscérale. Or, il n'est aucun fait expérimental qui vienne confirmer cette supposition; le virus tuberculeux semble, au contraire, agir uniquement là où se trouve le bacille, les toxines solubles n'ayant jusqu'à présent donné lieu expérimentalement à aucune lésion articulaire. Quant aux lésions tuberculeuses provoquées par l'injection intraveineuse de cultures tuberculeuses, ce sont de véritables tumeurs blanches caractérisées, et non pas des arthrites séreuses du type rhumatismal.

Eliminant donc le rhumatisme dit tuberculeux dont l'existence est purement théorique, nous pouvons dire que les manifestations groupées sous le nom de rhumatisme chronique constituent une maladie infectieuse dont les agents pathogènes sont multiples et variables, suivant les différents cas. Elle affecte des formes diverses et peut toucher les articulations, les synoviales et les séreuses, la peau et le tissu sous-cutané, le tissu fibreux et le tissu musculaire. Toutes ces localisations peuvent rester isolées, se remplacer ou coexister chez le même individu, et c'est là un caractère qui rapproche le rhumatisme chronique du rhumatisme aigu franc et qui montre bien l'analogie de nature des deux affections.

M. Etienne (de Nancy). — On observe chez la plupart des vieillards une déformation spéciale des doigts, caractérisée par un épaississement de la base des articulations phalangiennes, rendu plus frappant par l'amaigrissement des tissus mous du doigt, sans déviation, sans douleurs, sans atrophie musculaire. Ces caractères différencient ces arthropathies séniles des arthrites déformantes rhumatismales. Il s'agit là probablement d'un trouble trophique en rapport avec l'état de la moelle sénile.

M. Léri (de Paris). — La spondylose rhizomélique, ankylose progressive du rachis et des membres, est presque toujours due à une infection; on ne doit point la confondre avec le rhumatisme vertébral chronique ni avec la cyphose hérédo-traumatique. Dans la spondylose, l'ossification porte de façon toute prédominante sur les ligaments et leurs renforcements, bourrelets ou ménisques; elle est surtout marquée au niveau de la convexité des courbures rachidiennes; la cage thoracique et le bassin sont aplatis. La spondylose est secondaire à une raréfaction du tissu osseux dont elle constituerait une sorte de processus de guérison.

M. Teissier. — Je suis d'accord avec M. Léri et pense qu'on doit distinguer la spondylose rhizomélique de M. Pierre Marie d'avec le rhumatisme vertébral chronique, celui-ci étant infectieux, celle-là trophonévrotique.

M. Etienne. — Il peut exister certains rapports entre les arthropathies nerveuses et le rhumatisme déformant; nous avons vu les deux lésions coexister chez des tabétiques et l'arthropathie se greffer sur l'arthrite chronique rhumatismale.

M. Antonelli (de Paris) signale que les manifestations oculaires, rares dans le rhumatisme déformant proprement dit, sont fréquentes dans les pseudo-rhumatismes infectieux.

Troubles de sensibilité segmentaire dans le tabes et l'épilepsie.

M. Muskens (d'Amsterdam). — L'expérimentation montre qu'après section de plusieurs racines postérieures chez le chien, les zones insensibles à la douleur et les zones insensibles au tact sont nettement différentes. La clinique confirme ces notions, en particulier par l'étude des zones d'anesthésie radiculaire chez les tabétiques : il existe chez ces malades des zones d'anesthésie douloureuse et des zones d'anesthésie tactile. Or, les premières sont de beaucoup les plus importantes pour le diagnostic précoce de l'affection, car elles apparaissent avant qu'il y ait aucune modification de la sensibilité au tact. Ces troubles sensitifs semblent, tout au début, se réduire à un retard de la sensation douloureuse; ce retard existe aussi au-dessus et au-dessous des zones d'analgésie complète.

Ces zones analgésiques radiculaires s'observent également chez les épileptiques dans les moments qui précèdent l'apparition des crises. Elles se voient surtout dans les épilepsies symptomatiques de la syphilis héréditaire, mais on les rencontre aussi dans bon nombre de cas d'épilepsie dite essentielle. Elles disparaissent plus ou moins rapidement après la fin de la crise. Leur présence montre que le sujet est en état de crise imminente ou atteint d'épilepsie grave; leur disparition indique que le traitement bromuré peut être considéré comme suffisamment actif. Ces zones anesthésiques ont donc un certain intérêt pratique.

M. Scherb (d'Alger). — Etant donné que l'on considère actuellement l'épilepsie comme d'origine corticale, il serait intéressant de voir si ces zones analgésiques radiculaires n'ont pas, en plus de leur représentation dans la moelle, une représentation au niveau de l'écorce.

M. Sicard (de Paris). — Nous avons souvent recherché ces zones anesthésiques radiculaires chez les comitiaux, et ne les avons jamais trouvées que chez des sujets atteints d'épilepsie syphilitique, ou tout au moins symptomatique d'une altération méningée, comme le prouvait la ponction lombaire.

Proliférations locales « in situ » et à distance de l'agent infectieux de la syphilis.

M. Hallopeau (de Paris). — Les proliférations locales jouent un rôle très important dans la genèse et le développement de tous les syphilomes. Un agent infectieux s'y multiplie, engendrant des toxines qui sont la cause prochaine de la réaction locale et tantôt y restent localisées en s'étendant au voisinage, tantôt se propagent, en outre, par les lymphatiques à une distance variable du foyer primitif pour y engendrer des foyers secondaires. Ainsi s'expliquent les lésions qui se produisent autour du chancre, et peuvent s'étendre assez loin. Ces proliférations de voisinage sont chancreuses ou papuleuses, suivant la période de l'évolution du chancre où elles se développent : en effet, le contage subit, dans le chancre, une modification en vertu de laquelle ses toxines, après avoir produit l'induration initiale, donnent ultérieurement naissance aux lésions cutanées et muqueuses de la période secondaire : ainsi s'explique l'apparition de papules après l'inoculation tardive d'un chancre au sujet contaminé. Les syphilides développées dans le pourtour du chancre s'étendent assez loin en surface et en profondeur et sont particulièrement intenses.

Il en est de même pour les lésions secondaires, et l'on peut, autour des syphilides péripubiennes, voir de petites papules-filles plus récentes. Dans les syphilides tertiaires, cette prolifération *in situ* et de voisinage est le mode presque exclusif de propagation. Il n'est pas jusqu'aux lésions viscérales qui ne montrent des proliférations locales, et particulièrement au niveau des centres nerveux.

Tous ces faits s'expliquent, maintenant que nous connaissons le *Spirochaete pallida*; on peut également en déduire quelques indications thérapeutiques : l'ablation du chancre ne nous semble plus absolument inutile, et il est plus nécessaire que jamais de soigner localement toutes les syphilides accessibles et de traiter très énergiquement les manifestations viscérales à leur début.

Altérations du pancréas dans le diabète.

M. Gellé (de Lille). — Les lésions du pancréas ne sont point spéciales au diabète maigre. On les rencontre aussi dans certains cas de diabète dit constitutionnel. Elles consistent essentiellement en une dégénérescence hyaline des cellules des îlots de Langerhans, mais le reste de la glande pancréatique est également atteint. Toute lésion des *acini* du pancréas retentit plus ou moins sur l'état des îlots de Langerhans, et réciproquement. On admet en effet maintenant, avec M. Laguesse, que les îlots proviennent des cellules acineuses et peuvent à leur tour se transformer en cellules acineuses.

M. Cornil (de Paris). — Les relations qui unissent les lésions des îlots de Langerhans à la glycosurie ne sont pas encore complètement élucidées : on trouve souvent chez des sujets n'ayant jamais présenté de glycosurie — des tuberculeux, par exemple — des lésions très analogues à celles qu'on a signalées chez les diabétiques.

Le rôle des ferments dans les intoxications.

M. Corin (de Liège). — La stéatose hépatique de l'intoxication phosphorée est connue depuis longtemps, mais son mécanisme intime a été interprété de manières très différentes. Des recherches poursuivies dans mon laboratoire par M. Welsch ont démontré que, dans ces cas, le foie devient incapable de détruire, comme il le fait à l'état normal, les ferments que lui amène, du tube digestif, la circulation portale. Le foie joue normalement un rôle de destruction ou de neutralisation vis-à-vis de ces ferments d'origine intestinale, comme d'ailleurs vis-à-vis des toxines bactériennes. Le phosphore détruit la cellule hépatique qui, nécrosée, ne peut plus empêcher les ferments de produire la dégénérescence graisseuse. C'est elle qui subit la première atteinte de ces ferments digestifs; bientôt, passant au delà du foie, dans la circulation générale, ils déterminent des phénomènes analogues, mais toujours moins prononcés, dans les autres tissus.

On peut se demander si, dans d'autres intoxi-

cations (arsenic, mercure), les processus irritatifs et ulcératifs que l'on constate ne sont pas dus à l'action nécrotique que ces poisons exercent non seulement au niveau des surfaces résorbantes, mais aussi au niveau des surfaces excrétantes. Si ces surfaces ne sont pas normalement exposées à l'action des sucs digestifs ou des produits bactériens, il en résulte des processus simplement dégénératifs. Dans le cas contraire, la nécrose aboutit à des phénomènes d'irritation et souvent d'ulcération.

D^r CH. AUBERTIN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(*A suivre.*)

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE

Tenu à Bruxelles du 18 au 22 septembre 1905.

(Suite. — Voir notre précédent numéro.)

Ce que nous avions prévu s'est heureusement réalisé : la première séance du Congrès avait semblé un peu terne, mais la faute n'en était qu'au sujet à l'ordre du jour. Les autres questions ont donné lieu à des discussions importantes — autant que le terme de discussion est applicable dans les Sociétés « à plusieurs langues » — et, de l'ensemble des idées et des faits exposés, il est possible de dégager des tendances générales et de tirer certaines conclusions pratiques.

Cela se manifestait dès la seconde question, ainsi formulée :

Traitement de l'hypertrophie prostatique.

On sait que de nombreuses méthodes opératoires ont été successivement préconisées; la méthode directe et radicale, la prostatectomie, reste aujourd'hui à peu près seule en cause : c'est à elle, à l'étude de sa technique et de ses indications que l'on s'est, au Congrès, principalement intéressé. Les opinions défendues par les trois rapporteurs, MM. L. von Rydygier (de Lemberg), R. Harrison (de Londres), Th. Rovsing (de Copenhague) étaient, d'ailleurs, assez dissemblables, et bien propres, en somme, à exprimer les divers états d'esprit qui règnent, à l'heure présente, dans le corps chirurgical.

M. von Rydygier, qui, par écrit, s'était contenté de recommander son procédé de prostatectomie périnéale sans ouverture de l'urèthre, est venu défendre plus longuement ses idées. Il est partisan de l'opération précoce et ne veut faire que l'exérèse. Mais la voie sus-pubienne lui paraît trop dangereuse, et c'est à l'ablation périnéale, partielle, intracapsulaire, qu'il donne toutes ses préférences, ne réservant à l'intervention transvésicale que certaines indications exceptionnelles. Il s'efforce, en excisant la prostate, de ne pas ouvrir l'urèthre, car on prévient, de la sorte, toute fistule urinaire; aujourd'hui, il ne décolle plus au doigt la portion juxtauréthrale de la glande, il la détache, par section, à 1 centimètre environ de la paroi uréthrale postérieure; il n'incise l'urèthre que si l'état de la vessie nécessite le drainage. Lorsqu'il trouve, au cours de son opération périnéale, un lobe médian hypertrophié, il cherche à l'abaisser latéralement, à la place d'un des lobes latéraux réséqués; s'il n'y peut réussir, il l'excise, après incision de l'urèthre. A-t-il reconnu, par la cystoscopie, avant toute intervention, que ce lobe médian figure le principal obstacle à la miction, c'est, alors, à la voie hypogastrique qu'il a recours pour l'enlever. Lorsque l'hypertrophie prostatique se complique de calculs vésicaux, on les fait disparaître, par la lithotritie, avant la résection de la glande ou bien, au cours de cette résection, on incise encore l'urèthre, pour les extraire. Enfin, la prostate dégénérée et cancéreuse est extirpée, en totalité, par le périnée ou par la vessie. En somme, pour M. von Rydygier, l'opération de choix, c'est l'opération périnéale, pratiquée, d'ailleurs, d'une façon particulière.

M. Harrison ne fait, au contraire, que tout exceptionnellement la prostatectomie périnéale; il rappelle les bons résultats qu'elle a donnés à M. Albarran et à M. Young, mais, pour lui, il ne croit guère extirpables par le périnée que les grosses tumeurs adénomateuses, isolées, de la prostate. C'est à la prostatectomie sus-pubienne, transvésicale, à l'opération de Freyer, qu'il s'adresse presque toujours : elle est simple et facile, « on peut l'achever, avec un bistouri et les doigts, en quelques minutes »; sa mortalité, il est vrai, est « probablement » un peu plus élevée que celle de l'opération périnéale; elle se chiffre par 10 % environ, sur l'ensemble des cas, y compris les mauvais, les cas de complications rénales, de prostates dégénérées, etc. Elle nécessite un large drainage hypogastrique; quant à l'ablation de la glande, elle doit toujours être complète, la portion prostatique et même membraneuse de l'urèthre dût-elle être grandement intéressée. M. Harrison laisse, d'ailleurs, une assez large place au traitement par la sonde, et ne conseille l'intervention opératoire que dans les cas où le cathétérisme devient difficile et douloureux, où les calculs se reforment constamment dans la vessie, après des lithotrities répétées, où les complications vésicorénales se montrent.

Avec M. Rovsing, nous entendons un tout autre son; il se déclare, lui, ennemi absolu de la tendance moderne à faire de la prostatectomie le traitement normal de l'hypertrophie prostatique; 80 % des hommes à grosse prostate ne souffrent pas de cette hypertrophie et n'ont besoin d'aucune espèce de cure; 16 % environ ont de la rétention complète ou incomplète d'urine et doivent être traités. Le cathétérisme, bien appliqué, est fort utile, mais, assez souvent, il ne suffit pas, et l'indication se présente alors : 1° de la vasectomie; 2° de la prostatectomie partielle, exceptionnellement totale; 3° de la cystostomie sus-pubienne.

M. Rovsing a pratiqué 70 fois — sans mortalité — la vasectomie, dans des cas d'hypertrophie prostatique diffuse, molle, parenchymateuse : chez 60 % des opérés, la guérison a été obtenue et les accidents de rétention ont disparu; chez 30 %, ils ont été améliorés; chez 10 % seulement, il n'y a pas eu de résultat; chez tous, la puissance génitale a été conservée. La prostatectomie est à faire — et a été faite par le rapporteur 21 fois, sans mortalité, par voie sus-pubienne — lors d'hypertrophie du lobe médian; elle est partielle; l'excision totale n'est légitime que lors de prostate dégénérée, sarcomateuse, ou lors de complications, d'hémorrhagies, de phlegmons; il est inadmissible de recourir à une pareille mutilation, qui entraîne une déchéance génitale constante, non seulement chez des vieillards, mais encore, comme les exemples s'en multiplient, chez des hommes de cinquante ans, dans le but de les guérir radicalement d'une hypertrophie prostatique commençante. Quant à la cystostomie sus-pubienne, M. Rovsing l'a pratiquée 51 fois, avec 2 morts (par congestion pulmonaire); il la tient pour indiquée : 1° lorsque la vasectomie est refusée ou que ses effets ont disparu; 2° si l'infection vésicale et la rétention exigent un rapide drainage; 3° quand la prostatectomie serait indiquée, mais que l'âge du malade, sa faiblesse, ou l'infection existante la rendent trop dangereuse; 4° lors de paralysie vésicale, le cathétérisme étant impossible ou particulièrement difficile. L'orifice sus-pubien n'est, du reste, pas toujours permanent, et, lorsque l'état local et général s'est repris, des interventions plus radicales peuvent être tentées.

Cette façon de concevoir le traitement de l'hypertrophie prostatique n'est plus celle du jour : elle est vivement combattue.

Et d'abord, toutes les interventions autres que l'exérèse prostatique semblent à peu près abandonnées. On ne parle même plus, et heureusement, de cette castration double, qui parut donner, à ses débuts, des résultats surprenants, et que ses promoteurs trouvaient toute légitime, par la raison qu'elle se pratiquait sur des vieillards; à ce propos, il suffit de rappeler la réponse, que cite M. von Rydygier, d'un prostatique sexagénaire, au chirurgien lui proposant pareille mutilation : « A mon âge, qu'on m'offre de m'implanter un troisième testicule, j'accepterai; mais les laisser enlever tous les deux, jamais! » La résection des canaux déférents ou vasectomie n'est plus guère pratiquée non plus : M. Harrison note seulement qu'il connaît certains cas opérés il y a dix ans et guéris depuis lors, et que, par suite, dans la forme initiale de l'obstruction prostatique, l'intervention ne lui paraît pas à rejeter complètement. Quant à la cystostomie sus-pubienne, elle garde toute sa valeur d'opération d'urgence, et M. Demosthène (de Bucarest) en rapporte un nouvel exemple, chez un vieillard de soixante-six ans, auprès duquel il était appelé pour des accidents de rétention aiguë : le cathétérisme était impraticable; infecté, subdélirant, le malade semblait voué à une mort prochaine et inévitable; pourtant, M. Demosthène pratiqua la cystostomie hypogastrique et laissa un siphon. A quelques mois de là, il était tout étonné de revoir son opéré, remis et méconnaissable, et tellement satisfait de son urèthre sus-pubien, qu'il le garda définitivement. Mais on ne reconnaît plus, en général, à la cystostomie que ces indications de nécessité, et M. Albarran (de Paris) rappelle qu'il a dû faire, chez plusieurs cystostomisés, la prostatectomie secondaire.

L'opération de Bottini a conservé des partisans plus nombreux et plus convaincus : M. Freudenberg (de Berlin) la défend, d'après les résultats d'une statistique opératoire de 152 cas; M. Jaffé (de Posen) la conseille et la pratique dans les prostatites douloureuses avec contracture du sphincter vésical, tout en reconnaissant d'autres applications à la prostatectomie par voie sus-pubienne. M. Giordano (de Venise) insiste sur l'efficacité du procédé de Bottini, qui donne 50 % d'améliorations considérables, qui est inoffensif, ajoute-t-il, et auquel on peut recourir, s'il le faut et si des désordres reviennent, une deuxième et une troisième fois; ce chirurgien a fait une vingtaine de prostatectomies périnéales, mais il pense que la vogue présente de cette opération ne durera pas et qu'il se passera pour l'ablation prostatique ce qui s'est passé pour la castration féminine.

Quel que doive être l'avenir, l'expérience actuelle est toute favorable à la prostatectomie, à la prostatectomie totale, et ce qui reste en discussion, c'est d'abord le choix de la voie normale à suivre, et aussi l'extension plus ou moins grande des indications.

La voie périnéale, que M. von Rydygier préconise, avec sa technique particulière, est défendue par M. Albarran, qui, lui, veut l'opération aussi complète que possible, avec ouverture et, au besoin, excision de l'urèthre prostatique. Il en cite 73 cas, avec 3 morts seulement (une de chloroforme, deux par complication rénale); il insiste sur l'excellent drainage que l'on obtient par l'incision périnéale, et qui représente le principal avantage de cette voie; il n'a pas vu d'incontinence consécutive durable; avec un soin suffisant, on évite le rectum; quant aux fistules périnéales, elles guérissent plus ou moins vite. Pour M. Albarran, la prostatectomie basse est beaucoup plus bénigne que la prostatectomie transvésicale : les interventions qu'il a faites par cette dernière voie lui ont toujours donné des inquiétudes; aussi la réserve-t-il aux grosses prostates, fibro-adénomateuses, saillantes par en haut, et aux sujets dont la paroi abdominale n'est pas trop grasse ni trop épaisse.

M. Legueu (de Paris) aboutit à des conclusions très analogues : il a opéré 45 fois par le périnée, avec 4 morts; il a fait 6 prostatectomies sus-pubiennes, avec 3 morts, et les trois opérés qui ont guéri ont eu des accidents; mais il a été frappé de la facilité de l'opération de Freyer, il reconnaît qu'elle permet une excision beaucoup plus complète, et il continuera à la pratiquer, surtout lors de prostates volumineuses et développées du côté de la vessie et du lobe médian hypertrophié. M. Verhoogen (de Bruxelles) intervient, lui aussi, par l'une ou l'autre voie, suivant que l'organe se présente mieux d'un côté ou de l'autre et selon les renseignements fournis par le toucher et le cystoscope; il relate 45 prostatectomies, il pratique l'exérèse aussi totale que possible, dût-il supprimer l'urèthre prostatique; pour les interventions périnéales, il préconise la position inversée du malade, qui est couché sur le ventre, les jambes écartées, un coussin soulevant le bassin.

L'opération transvésicale est adoptée par M. Hartmann (de Paris), qui rappelle qu'il n'a été d'abord qu'un interventionniste modéré : sur 658 prostatiques observés dans son service depuis le 1er mars 1901, il n'a eu recours que 56 fois (1 fois sur 12) au traitement opératoire. Après l'ablation intra-vésicale de la prostate, il draine soigneusement la vessie, en fixant aux lèvres de la plaie les deux bords de l'incision vésicale et en laissant deux tubes : il pense que ces précautions sont le meilleur

moyen de prévenir les accidents d'infiltration hypogastrique, parfois signalés. Il a eu 5 morts (9 %); ses opérés ont recouvré presque tous une miction normale; il n'est intervenu, d'ailleurs, que dans des cas infectés; toutefois, les résultats qu'il a obtenus lui feront étendre plus loin, dorénavant, les indications opératoires. M. Kümmell (de Hambourg) tient aussi la prostatectomie haute pour la méthode de choix, mais avec suture immédiate de la vessie; M. Frank (de Berlin) se range au même avis; M. Kümmell et M. Klapp (de Bonn) recommandent la rachi-anesthésie pour l'opération périnéale. Enfin M. Delagenière (du Mans) déclare qu'après avoir d'abord suivi la voie haute, il a opéré 16 fois par le périnée, mais il a eu 5 morts, et, des 11 autres malades, 3 n'ont guéri qu'avec fistule; il est donc revenu à l'opération transvésicale; cependant, il pratique d'abord l'incision périnéale, jusqu'à la prostate, et draine, une fois faite l'excision sus-pubienne, par les deux voies.

De cet exposé, il est facile de conclure que la prostatectomie haute semble bien l'opération de l'avenir et que c'est elle qui réunit, à l'heure présente, les suffrages du plus grand nombre de chirurgiens. Ils l'emploient avec une technique un peu différente, ils en ont obtenu des résultats immédiats variables, assez médiocres encore, lorsque le nombre des opérations pratiquées est peu élevé; ils la combinent, dans une mesure plus ou moins large, avec l'intervention périnéale, mais tous lui reconnaissent des avantages indéniables, que compensent seulement encore les accidents d'infection secondaire. Or, les statistiques de Freyer ont montré qu'elle pouvait aussi devenir bénigne.

Mais, par l'une ou l'autre voie, quelles sont les indications de l'extirpation prostatique? Il semble admis par tous que la prostatectomie ne donne de résultats certains que dans les rétentions complètes chroniques, et surtout lors de grosse prostate; en cas de rétention incomplète, il en va tout autrement : chez un tiers seulement des malades, M. Legueu a obtenu des améliorations sérieuses, chez un tiers quelque amélioration, chez le dernier tiers, le résultat a été complètement nul. M. Albarran insiste aussi sur l'inutilité de l'opération lors de rétention incomplète, avec petite prostate. Si, à la rétention chronique, se combinent des difficultés particulières du cathétérisme, des calculs, des hémorrhagies, des accidents de cystite avec menace d'infection rénale, toute hésitation tombe. Il en serait de même, pour M. von Rydygier, lors de prostate néoplasique ou suspecte de néoplasme; toutefois, cette dernière indication n'est pas admise par M. Albarran, qui juge trop mauvais les résultats de l'extirpation des prostates cancéreuses. Mais, dans les cas non compliqués, où tout se borne à la nécessité du cathétérisme, dans quelle mesure l'intervention est-elle légitime? Est-elle à proposer, comme un traitement radical de l'hypertrophie prostatique, chez des hommes de cinquante à soixante ans? Pour répondre à ces questions, on ne saurait oublier ce fait — auquel, en somme, nulle contradiction n'a été apportée — que la prostatectomie, par l'une ou l'autre voie, entraîne une déchéance génitale définitive.

A l'ordre du jour de la même séance figurait la troisième question :

Diagnostic des maladies chirurgicales du rein;

malheureusement l'heure était avancée, les trois rapporteurs, MM. Albarran, Kümmell, Giordano, n'eurent pas la parole, et la discussion fut supprimée. Elle promettait, cependant, d'être intéressante; sous son titre si général et vraiment trop compréhensif, la question supposait, avant tout, l'étude comparative des procédés nouveaux, physiques et chimiques, d'exploration rénale, et parmi eux, la radiographie, la cryoscopie de l'urine et du sang, la valeur relative du cathétérisme urétéral et des séparateurs étaient particulièrement en cause : les rapports écrits donnaient, à leur endroit, des conclusions différentes, qu'il eût fallu entendre développer.

Pour la radiographie, M. Kümmell se montre des plus affirmatifs; il a acquis la conviction que tout calcul du rein est reconnaissable sur une bonne épreuve de Röntgen faite avec une technique suffisante, et que l'absence d'ombre sur la plaque signifie bien l'absence de calcul. M. Giordano estime que la certitude est moindre, que les calculs ne sont pas toujours révélés par la radiographie, et que, d'autre part, « des taches de la gélatine sur la plaque, des concrétions calcaires dans les veines ont fait croire à des calculs qui n'existaient pas ». M. Hartmann est d'avis qu'une radiographie positive est d'importance capitale, mais qu'il ne faut rien conclure d'une épreuve négative. Enfin M. Hannecart (de Bruxelles) apporte sa contribution à la recherche des calculs rénaux par les rayons X : sur 39 cas où il a eu recours à ce procédé d'examen, il a obtenu 14 résultats positifs, montrant 1 fois un calcul bilatéral, 7 fois des calculs à gauche, 6 fois des calculs à droite; dans tous les faits, l'opération a prouvé l'exactitude de l'indication radiographique.

Mais c'est surtout au sujet de la cryoscopie et de son interprétation que l'écart était grand entre M. Kümmell et les deux autres rapporteurs. M. Kümmell soutenait les idées qu'il a défendues déjà avec M. Rumpel; depuis cinq ans, écrivait-il, le point de congélation du sang et de l'urine a été déterminé méthodiquement dans tous mes cas, et leur total dépasse 1,000 : je pense que les conclusions qui se dégagent d'un pareil nombre de faits ont une valeur pratique. Or, ces observations se partagent en trois groupes; le premier comprend les sujets chez lesquels on avait soupçonné un trouble de la fonction rénale, mais qui, en réalité, ne présentèrent aucun signe d'une affection du rein; chez tous, on trouva une concentration du sang de teneur constante : $\Delta = -0°56$ dans la grande majorité des cas, quelquefois — 0°58, une seule fois, chez une femme anémique, — 0°53. Au second groupe se rapportent plus de 200 faits de lésions rénales doubles, pyélonéphrites, lithiase, tuberculose, tumeurs, etc., etc., créant une stase de la fonction totale; chez tous ces malades, Δ était inférieur à — 0°58, le plus souvent il variait de — 0°65 à — 0°66, il était 6 fois de — 0°75, 2 fois de — 0°81; à plusieurs reprises, il fut possible de prévoir l'apparition des accidents urémiques, grâce à cet abaissement du point de congélation. Enfin, dans la troisième catégorie rentrent les faits d'affection rénale unilatérale, n'entraînant pas de trouble de la fonction générale; dans tous, la concentration du sang était normale, et Δ oscillait de — 0°55 à — 0°57; d'autre part, la concentration de l'urine était normale aussi, bien que l'urine totale contînt du pus, du sang, des épithéliums, des microbes, témoins de la lésion de l'un des reins. Bien conduite, poursuit M. Kümmell, la cryoscopie du sang indique avec certitude l'état fonctionnel des reins et nous préserve des morts par le rein après les opérations : un point de congélation inférieur à — 0°60 étant la limite extrême, au delà de laquelle la néphrectomie n'est plus à conseiller. Dans 140 néphrectomies pratiquées d'après ces principes, il n'a eu aucune mort rénale. Quant aux observations contraires, M. Kümmell considère leurs résultats comme procédant de fautes techniques et d'une expérience insuffisante; il les chiffre à 33 environ, et ce petit nombre ne saurait prévaloir, dit-il, contre sa méthode, basée sur plus de 1,000 observations concordantes. Il n'était pas sans intérêt de signaler cette chaude défense d'une méthode que M. Kümmell est, du reste, à peu près seul à employer.

Quant aux séparateurs de l'urine, il les a expérimentés et il formule ainsi nettement son impression : il les trouve de la plus grande utilité pour les cas où le cathétérisme urétéral, par suite de la déviation ou de la sténose des orifices ou pour toute autre cause, n'est pas praticable; il borne là leur emploi et n'estime pas qu'ils puissent remplacer le cathétérisme des uretères ni fournir des résultats aussi indiscutables que celui-ci. M. Kapsammer (de Vienne), en préconisant l'épreuve de la phloridzine, insiste aussi sur le cathétérisme urétéral. M. Giordano reconnaît des applications beaucoup plus larges aux séparateurs intravésicaux de l'urine, dont les résultats, du reste, « doivent être considérés seulement comme comparatifs ». M. Legueu défend le cloisonnement vésical : dans 23 cas où la néphrectomie fut pratiquée d'après les seules indications fournies par le séparateur, les résultats montrèrent que les indications étaient exactes, il n'y eut qu'une seule mort, par hémorrhagie secondaire; et 28 autres faits, appartenant à d'autres chirurgiens, confirment ces données. De même M. Hartmann, qui considère la séparation comme plus simple et préférable, en général, au cathétérisme de l'uretère : on l'a pratiquée plus de 300 fois dans son service, et, dans plus de 120 néphrectomies, les conclusions auxquelles elle avait abouti ont été confirmées.

Tous ces procédés nouveaux d'exploration sont suspects à M. Bazy (de Paris), qui reste fidèle à l'épreuve du bleu de méthylène, et qui étudie longuement les ressources que peut fournir au diagnostic un examen clinique bien conduit; il insiste sur les points douloureux sous-costal, lombaire, para-ombilical ou urétéral supérieur, ce dernier situé à l'entre-croisement de l'horizontale passant par l'ombilic et d'une perpendiculaire menée par le point de McBurney. Du reste, cet examen clinique ne paraît pas oublié, bien que l'abondance des chiffres et des formules le fasse parfois supposer.

La séance du 20, consacrée à l'étude

Des interventions chirurgicales dans les affections non cancéreuses de l'estomac,

a été, nous semble-t-il, la plus importante de toutes, par le nombre et la valeur des faits apportés à la discussion; elle a été aussi la plus vivante, non point que des divergences de fond se soient manifestées entre les orateurs, mais parce que l'extension à donner aux indications opératoires et le rôle désormais attribuable au chirurgien dans la cure de toutes les affections gastriques ont fait l'objet de curieux et ardents discours.

En réalité, c'est de l'ulcère et de son traitement qu'il s'agissait; le libellé de la question se rapportait sans doute à d'autres affections encore, aux atrésies congénitales du pylore, aux traumatismes et aux corps étrangers, aux tumeurs bénignes, mais il n'y avait point là matière à l'exposé de vues nouvelles. Signalons toutefois la communication de M. Lorthioir (de Bruxelles) sur la sténose pylorique congénitale, qu'il tient, d'après son expérience, pour beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit et qui ne s'accompagne pas toujours d'ectasie gastrique : elle nécessite la pylorectomie ou la gastro-entérostomie; le jeune âge et l'état cachectique des sujets rendent fort sombre le pronostic de ces opérations. Rappelons aussi l'étude très intéressante que M. von Eiselsberg (de Vienne) a faite des traumatismes non perforants, affectant la muqueuse et la musculeuse, autrement dit des brûlures par caustiques de l'estomac : les lésions occupent le pylore seul, ou le pylore et le cardia, ou l'estomac tout entier. Le premier type aboutit à une variété de sténose pylorique : 5 fois, M. von Eiselsberg est intervenu, il a pratiqué 1 fois la pylorectomie, 4 fois la gastro-entérostomie (avec une mort, par pneumonie); dans le troisième type — les brûlures totales —, la jéjunostomie s'impose; enfin, dans le second, lors de rétrécissement simultané des deux orifices, l'orateur a eu recours, 2 fois, à la jéjunostomie, d'urgence, chez des malades en état désespéré, qui ont succombé, et 2 fois, il a pu obtenir une restauration fonctionnelle des plus heureuses par la série d'opérations que voici; d'abord la jéjunostomie, qui permet d'alimenter le malade et de le remettre en état; lorsque ce premier résultat a été obtenu, on pratique la gastrostomie, et, par l'orifice, on procède à la dilatation rétrograde du cardia et de l'œsophage; au bout d'un certain temps, l'orifice jéjunal est fermé et, dans la même séance, la gastro-entérostomie est faite; ultérieurement, à une date plus ou moins éloignée, quand la dilatation œsophagienne est suffisante, on ferme, à son tour, l'orifice gastrique.

Mais venons à l'ulcère et à ses complications. Le traitement des perforations, celui même des grandes hémorrhagies, ne prêtent guère à discussion : lors d'ulcère perforé, ne pas faire la laparotomie et attendre une guérison spontanée, sur la foi de quelques observations éparses, cela revient, dit M. von Eiselsberg, à ne pas kélotomiser la hernie étranglée, sous prétexte qu'elle peut se terminer par un abcès stercoral; il rapporte 6 cas, opérés de seize heures à trois jours après la perforation, avec 3 guérisons; un des malades avait été pylorectomisé, un an auparavant, par un autre chirurgien, pour un ulcère calleux, et, depuis, était resté indemne de tout accident, lorsque, brusquement, la per-

foration survint : on la trouva sur la paroi gastrique antérieure, près de la suture; et ce fait n'est pas de nature à nous donner confiance dans la résection.

M. Mayo Robson (de Londres) estime que la mortalité des laparotomies pour ulcère perforé, de 40 à 50 %, pourrait s'abaisser à 10 et même à 5 %, si l'on pouvait intervenir au bout de quelques heures, et il cite une série de 11 cas, rapportés par M. Kirk, dont 10 furent opérés d'un quart d'heure à dix heures après l'accident, et qui guérirent tous.

Lors d'hémorrhagie aiguë, profuse, l'intervention immédiate, pendant la crise, est à éviter, si possible, d'après M. Robson, mais il est parfois nécessaire d'agir, pour sauver la vie; si le malade paraît pouvoir le supporter, l'orateur ouvre l'estomac et cherche les vaisseaux qui saignent, pour les lier ou traiter de quelque autre façon l'hémorrhagie; mais, lorsque le patient est dans un trop mauvais état, il se contente de faire la gastro-entérostomie, qui suffit à arrêter les accidents hémorrhagiques, et lui a donné de si bons résultats que, lorsqu'il opère dans l'intervalle des crises, c'est à elle qu'il donne la préférence. Il rapporte 4 cas opérés pendant l'hémorrhagie, et guéris, 2 fois par la ligature en masse de nombreux points saignants à la surface interne de l'estomac suivie de gastro-entérostomie, 2 fois par la gastro-entérostomie seule; et 22 cas opérés entre les crises hémorrhagiques, par la gastro-entérostomie, avec 20 guérisons et 2 morts, l'une, au bout de quelques jours, par affaiblissement progressif, l'autre, au bout d'un mois, par retour de l'hémorrhagie.

En dehors de ces complications, quel sera le traitement opératoire des ulcères, et surtout des ulcères en évolution, car celui des sténoses cicatricielles du pylore ne fournit plus matière à controverses? Quelle part est à faire à la résection, dans quelles formes d'ulcères — et dans quelle mesure — est-elle applicable? L'exposé rapide des statistiques présentées au Congrès donnera la réponse.

M. Monprofit (d'Angers) tient la gastro-entérostomie pour l'intervention de choix, dans l'immense majorité des faits; il relate 3 cas personnels de pylorectomie (combinée à l'anastomose gastro-jéjunale) et 95 gastro-entérostomies pour affections bénignes : 36 pour ulcère, 18 pour sténose pylorique, 26 pour troubles dyspeptiques et dilatations, 15 pour gastrite chronique; il insiste sur les excellents effets obtenus, et il estime que les résultats imparfaits de la gastro-entérostomie sont dus à l'emploi d'un procédé défectueux ou à l'exécution vicieuse d'un bon procédé.

M. Robson, dont l'expérience se base sur un chiffre de 500 opérations gastriques, et qui, sur 300 interventions pour affections non cancéreuses de l'estomac, note une mortalité de 3 %, n'a pratiqué l'excision de l'ulcère que 9 fois, lors d'ulcère pylorique, avec grosse tumeur, non adhérente : ces 9 opérés ont, du reste, tous guéri de l'opération, 6 d'entre eux sont restés guéris de un an à sept ans, 1 n'a pas été retrouvé, 1 a récidivé au bout de trois mois, le dernier, deux ans plus tard, a été atteint d'un nouvel ulcère, suivi de perforation. M. Robson ne voit d'indications à l'excision que dans les conditions indiquées tout à l'heure, et la combine toujours à la gastro-entérostomie. Il a fait, 97 fois, dans sa clientèle privée, pour l'ulcère et ses complications, la gastro-entérostomie simple, postérieure; il a eu 96 guérisons opératoires (1.1 % de mortalité), et les résultats éloignés comprennent 84 guérisons durables depuis un à cinq ans.

M. Rotgans (d'Amsterdam) a pratiqué 76 opérations pour ulcères, chez 68 malades, avec 4 décès (5.3 % de mortalité); sur ce nombre, il y a 9 résections, avec 1 mort, et 49 gastro-entérostomies, sans mortalité : c'est à la gastro-entérostomie antécolique, en Y, qu'il a toujours recours. Sur les 64 opérés qui ont survécu, il compte 54 guérisons complètes ou très suffisantes. Il considère l'extirpation comme indiquée dans les ulcères suspects de dégénérescence maligne, dans les ulcères douloureux et hémorrhagiques, mais sous la réserve qu'elle soit facile.

La résection ne semble pas, non plus, d'indications très fréquentes à M. von Eiselsberg; il reste toujours, dit-il, sous l'impression d'un fait qu'il a observé autrefois chez Billroth, celui d'un malade qui, guéri depuis longtemps d'une pylorectomie pour ulcère, fut pris tout à coup d'une grave hématémèse; M. von Eiselsberg ouvrit l'estomac et ne trouva pas le point saignant; ce fut à l'autopsie qu'on découvrit une ulcération de l'artère pancréatico-duodénale au fond d'un petit ulcère de la paroi postérieure de l'estomac. Si la résection ne met pas le malade à l'abri des ulcères récidivés, des hémorrhagies et des perforations, sa valeur est discutable; elle s'impose surtout lors de dégénérescence maligne présumée, et encore, cette transformation de l'ulcère n'est-elle pas aussi fréquente qu'on semble le croire. M. von Eiselsberg a fait 11 résections avec 2 morts. Et voici le résumé de ses autres interventions : pour des ulcères saignants, 33 cas avec 9 morts (dont 15 gastro-entérostomies postérieures, 3 exclusions du pylore et 9 jéjunostomies); pour les ulcères non saignants, 64 cas avec 16 morts (dont 20 gastro-entérostomies postérieures, 10 gastro-entérostomies antérieures, et 16 jéjunostomies); pour des ulcères et des sténoses du duodénum, 5 cas de gastro-entérostomie postérieure, avec amélioration immédiate; pour des sténoses du pylore, 50 cas, avec 2 morts (dont 39 gastro-entérostomies postérieures et 5 antérieures, et 5 gastroplasties, avec un seul résultat durable). M. von Eiselsberg fait remarquer qu'il est toujours intervenu dans des conditions graves, lors de lésions anatomiques, et jamais chez des dyspeptiques simples. Il a pratiqué la jéjunostomie chez des malades très affaiblis; au moins à titre d'opération préliminaire, il la considère comme l'intervention de choix, dans l'estomac en sablier avec très petite portion cardiaque, dans la rétraction totale de l'estomac à la suite d'ulcères multiples, dans la gastrite ulcéreuse avec périgastrite, dans la linite plastique.

C'est à la gastro-entérostomie que vont aussi toutes les préférences de M. Mattòli (d'Ascoli Piceno). Quant à M. Jonnesco (de Bucarest), il préconise la résection, qu'il regarde comme l'opération idéale dans le traitement de l'ulcère, et qu'il associe à la gastro-jéjunostomie.

Nous allons voir que, si cette opinion est théoriquement admise par un certain nombre de chirurgiens présents, elle ne semble guère influer sur leur pratique.

M. Hartmann ne recourt à l'excision que lorsqu'il soupçonne une greffe épithéliomateuse : il emploie alors le procédé de Billroth, deuxième manière. Sa statistique d'opérations pour lésions non cancéreuses de l'estomac ne comprend que 5 pylorectomies, avec 1 mort, et 103 gastro-entérostomies; sa mortalité opératoire, dans cette dernière intervention, s'est progressivement abaissée de 23.7 % à 6 %; il attribue cette réduction des insuccès immédiats à la date de plus en plus précoce des opérations. Quant aux résultats éloignés, ils sont parfaits dans 90 % des cas.

Lui aussi, M. Garrè (de Königsberg) ne résèque l'ulcère que s'il le suppose en voie de dégénérescence. Ses opérations sont au nombre de 113, sur 107 malades, avec 8 morts, soit 6.4 % de mortalité, et 5 fois seulement il a fait l'excision, du reste sans mortalité; 10 fois il a pratiqué la pyloroplastie ou gastroplastie, 12 fois la gastrolyse, avec de bons résultats, 5 fois la jéjunostomie, 4 fois la divulsion pylorique, enfin, 77 fois la gastro-entérostomie, avec 6 morts, dont une seulement est directement attribuable à l'opération.

M. Ricard (de Paris) a eu 3 morts sur 10 résections (30 %); il fait ressortir les difficultés particulières de l'excision dans les ulcères de la petite courbure, et les déformations inattendues de l'estomac en présence desquelles on se trouve, après l'ablation d'un ulcère même de la face antérieure et réparation de la perte de substance; cette exérèse est commandée lors de transformation maligne; mais, dans l'ulcère proprement dit, elle n'est permise qu'à la région pylorique, et encore laisse-t-elle un estomac malade et portant parfois d'autres ulcérations. En tout cas, elle doit être complétée par la gastro-entérostomie.

Dès 1882, M. Czerny (de Heidelberg) avait pratiqué l'excision elliptique; pourtant le nombre total de ses résections pour ulcère ne se monte qu'à 11, avec 6 morts. Lors d'ulcères saignants, l'excision est logique, dit-il, mais, en fait, c'est à la gastro-entérostomie qu'il a recours le plus souvent : il a vu cependant plusieurs récidives mortelles de l'hémorrhagie, après cette opération. Sur 227 interventions pour affections non néoplasiques de l'estomac, il compte 176 gastro-entérostomies, avec 16 morts; il a retrouvé 54 de ses malades en excellent état, dont 24 sont opérés depuis une période de cinq à quinze ans. La gastro-entérostomie précoce est sa pratique de choix.

Il ressort, de cet ensemble considérable d'observations, que l'exérèse de la zone ulcérée peut donner des guérisons parfaites et définitives — et M. von Rydygier présente la photographie de la première malade, opérée, par lui, de pylorectomie pour ulcère, le 21 septembre 1881, encore vivante et bien portante —, mais qu'elle ne supprime pas nécessairement l'affection et qu'elle peut être suivie, à échéance plus ou moins retardée, de nouveaux accidents ulcéreux. Elle s'impose, lorsqu'on a le moindre soupçon d'une dégénérescence maligne de l'ulcère; en dehors de ces conditions, elle n'est préférable à la gastro-entérostomie que dans certaines formes d'ulcères, pyloriques ou voisins du pylore, saignants, douloureux, avec grosse tumeur, et suffisamment mobiles pour que l'ablation soit facile et simple. C'est à cette conclusion que se range M. Kocher (de Berne).

La gastro-entérostomie reste donc l'intervention de choix. Mais à quel procédé d'anastomose gastro-jéjunale doivent aller les préférences? Et quel est celui qui assure le mieux contre le *circulus vitiosus* et l'ulcère peptique? Nous avons vu que M. Rotgans pratique, en règle, la gastro-entérostomie antérieure, en Y; mais c'est l'anastomose postérieure, rétro-colique, qui est la méthode habituelle de la plupart des orateurs, qu'elle soit faite par la simple technique de von Hacker, ou en Y, par la technique de Roux. M. Robson, dont nous avons signalé les résultats excellents, pratique l'anastomose gastro-jéjunale simple, en ayant soin de placer l'abouchement à très petite distance du bord inférieur de l'estomac, et d'ouvrir le jéjunum le plus près possible de l'angle duodéno-jéjunal; il n'a jamais observé de *circulus vitiosus;* MM. Hartmann et Garrè suivent une conduite semblable, M. Garrè ayant soin, toutefois, de suturer toujours les deux muqueuses gastrique et jéjunale, cette réunion muco-muqueuse ayant une importance, d'après lui, pour prévenir l'ulcère peptique.

La gastro-entérostomie postérieure en Y est chaudement défendue par quelques-uns, en particulier par M. Monprofit. Enfin, M. Cardenal (de Barcelone), reprenant les faits indiqués par M. W. Petersen en 1901, insiste sur la nécessité d'accoler verticalement le jéjunum et l'estomac et décrit un procédé : il rappelle que, normalement, l'estomac descend devant la première portion du jéjunum beaucoup plus bas que l'angle jéjuno-duodénal; même pour l'estomac sain, il y a donc toujours une zone dans laquelle la paroi gastrique postérieure est en contact avec la face antérieure de la première portion du jéjunum; à plus forte raison en est-il de même lors de dilatation. C'est dans cette zone qu'il faut faire l'anastomose, en laissant aux viscères leur attitude normale, c'est-à-dire en les abouchant verticalement. Lorsque, en effet, l'anastomose est faite horizontalement, comme la chose arrive presque toujours, la portion jéjunale fixée à l'estomac se continue par un angle avec l'anse afférente et l'anse efférente, et ces angles sont tout prêts à devenir des coudures. M. Cardenal, une fois l'estomac relevé et le mésocôlon transverse ouvert, fixe donc verticalement à la paroi gastrique postérieure une anse jéjunale choisie à distance juste suffisante de l'angle duodéno-jéjunal pour qu'il n'y ait pas de tension (8 à 10 centimètres en général), et l'anastomose en donnant aux deux ouvertures la forme d'un croissant. Après que les sutures ont été faites, les deux viscères reprennent dans le ventre leur attitude physiologique, et l'anse jéjunale reste entièrement verticale. M. Cardenal a pratiqué, depuis 1903, près de 40 gastro-entérostomies par ce procédé longitudinal, sans le moindre accident. Et M. Kocher insiste sur l'utilité de cette anastomose verticale.

Je ne puis que signaler ce qui s'est dit de quelques autres affections gastriques et de leur traitement. M. Segond (de Paris) a relaté l'observation d'un malade qu'il a opéré il y a sept ans, pour des accidents gastriques remontant à douze ans, et qui faisaient penser au cancer

du pylore, sans que l'exploration directe donnât aucun renseignement : il trouva l'estomac tordu de bas en haut et adhérent par sa grande courbure au bord antérieur du foie; les adhérences furent détachées et le viscère remis en place, sans autre intervention : la guérison a été complète et s'est maintenue depuis. M. Rovsing étudie la gastroptose et relate 55 cas de gastropexie, par son procédé : 6 fois seulement il a trouvé, chez ses malades, l'estomac dilaté, et il a combiné alors, à la gastropexie, la gastro-entérostomie.

Reste enfin la question, débattue, des interventions dans l'ulcère au début, dans la dilatation simple, dans les gastrites chroniques et les dyspepsies. M. Lambotte (de Bruxelles) signale qu'il a pratiqué 167 opérations pour affections non néoplasiques de l'estomac (97 gastrites chroniques et 70 ulcères), avec une mortalité globale de 10 %. Pour M. Monprofit, les affections de l'estomac sont presque toujours justiciables d'un traitement chirurgical, et il insiste sur la nécessité de l'intervention précoce, aux premiers signes d'une légère ulcération. Or, nous savons tous que telle n'est point l'opinion d'un grand nombre de médecins, et ce rôle du médecin dans le traitement des affections gastriques est discuté avec âpreté. Pour conclure, M. Kocher déclare que l'ulcère nous appartient bien, à nous chirurgiens, et qu'il ne « comprend pas que ce soient toujours les médecins qui décident de ce qui appartient à la médecine ou à la chirurgie ». Concluons que, dans cette question-frontière, il est désirable que les chirurgiens acquièrent l'expérience médicale et que les médecins se mettent au courant de toutes les ressources de la chirurgie.

Dr F. LEJARS,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(*A suivre.*)

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement du bouton d'Orient par des applications d'onguent vésicatoire.

Ayant eu connaissance des succès obtenus dans le Turkestan russe par des applications d'une pommade à la cantharide contre le bouton d'Orient, M. le docteur Coppin (médecin des troupes coloniales françaises) a eu recours à cette méthode thérapeutique dans 8 cas de la même affection qu'il a eu l'occasion d'observer en Perse, où elle est très commune et où elle est connue sous le nom de *mal d'un an* ou *salek*. Voici comment procède notre confrère :

Après avoir débarrassé l'ulcère de ses croûtes au moyen de cataplasmes, on dispose des bandelettes de diachylon de façon à protéger la peau saine environnant le bouton, et on recouvre celui-ci d'une mince couche d'un onguent vésicatoire de consistance un peu ferme : l'onguent vétérinaire du codex français — il contient environ 20 % de son poids de poudre de cantharides — convient parfaitement. On laisse la pommade en place le plus longtemps possible (deux ou trois heures environ), on lave à l'eau bouillie et on panse à la vaseline boriquée. Ces applications, moins douloureuses que les cautérisations habituellement employées, sont répétées trois ou quatre fois à deux jours d'intervalle; sous leur influence, la plaie se recouvrirait rapidement de bourgeons charnus et la cicatrisation serait complète en vingt jours, ou un mois au maximum.

Ajoutons que dans un cas où le bouton, non ulcéré, siégeait à l'angle externe de la paupière inférieure, M. Coppin, en raison de la région, dut modifier légèrement le procédé et substituer à l'onguent une rondelle d'emplâtre vésicant; la papule disparut entièrement dans l'espace de quinze jours.

Les applications de permanganate de potasse comme hémostatique.

D'après l'expérience de M. le docteur H. Vörner (de Leipzig), le permanganate de potasse serait susceptible de rendre de réels services comme hémostatique. Dans ce but, notre confrère emploie ce sel soit en solution concentrée, soit sous forme d'une poudre contenant 2 parties de permanganate pour une partie de sable fin, ou d'une pommade préparée en incorporant cette poudre à de l'onguent à la paraffine.

Pour obtenir l'effet voulu, il suffirait d'assécher la région qui saigne à l'aide d'un tampon de gaze ou d'ouate, puis d'appliquer rapidement le permanganate. Une seule application serait suffisante dans le cas d'hémorragie légère; lorsque celle-ci est plus abondante, on répète les attouchements à plusieurs reprises. Si le malade est sensible, il est bon de cocaïniser préalablement l'endroit qui saigne, afin de prévenir la sensation de cuisson que produit l'application de permanganate.

Depuis un an que M. Vörner a recours à ce procédé d'hémostase, il en a obtenu d'excellents résultats, notamment pour l'excision de verrues, de condylomes acuminés, de papillomes ou d'autres tumeurs de la peau. Ajoutons que le permanganate de potasse serait également efficace contre les hémorrhagies des muqueuses, nasale ou buccale, par exemple.

VARIA

De la vitalité des enfants prématurés.

Divers auteurs ont déjà montré que, durant leur première année, les enfants nés prématurément, mais à une date peu éloignée du terme, à huit mois, par exemple, offrent une mortalité de très peu supérieure à celle des enfants nés à terme. Les observations recueillies par M. le docteur A. Ostrcil, à la clinique obstétricale de Prague, et publiées dans le fascicule de juillet du *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, confirment cette observation : les enfants ayant à leur naissance un poids compris entre 2,000 et 2,800 grammes et une longueur de 44 à 47 centimètres fournirent dans leur première année une mortalité de 47.3 %, alors que celle des enfants à terme fut d'environ 39.5 %.

Mais on a prétendu aussi que, dans l'avenir, ces enfants prématurés ne deviennent jamais que des êtres chétifs, doués d'une résistance physiologique insuffisante. Notre confrère a comparé alors la mortalité des prématurés nés durant ces douze dernières années à ladite clinique avec celle des enfants recueillis dans les établissements d'enfants abandonnés, comparaison des plus légitimes, puisque les maternités sont généralement les pourvoyeuses de ces derniers. Or, la mortalité globale des enfants abandonnés, passé leur première année et en deçà de six ans, a été de 2.3 %. Pour les prématurés, *observés jusqu'à onze ans*, elle a été de 13.3 %; autrement dit, la proportion des survivants fut chez les premiers de 97.7 %, chez les seconds de 86.7 % : l'écart n'est donc pas très considérable, et il est probable qu'il se serait réduit à bien peu de chose, sinon à rien, si l'on avait pu suivre les premiers jusqu'à onze ans, comme on l'a fait pour les seconds.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES DU BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

Publié pendant le troisième trimestre de l'année 1905.

La lettre placée immédiatement après le numéro de la page du journal indique la colonne où se trouve l'indication et le rang, en suivant l'ordre de l'alphabet français, qu'occupe ladite indication dans cette colonne. Notre alphabet comportant 26 lettres, y compris le w, pour les cas assez rares où la colonne comprend plus de 26 indications, on recommence l'alphabet en doublant chaque lettre.

Les majuscules (A, C, O, U, Z) indiquent la première colonne, les minuscules (**a**, **c**, **o**, **u**, **z**) la seconde colonne, les italiques (*a*, *c*, *o*, *u*, *z*) la troisième colonne.

A

D

E

F

G

H

HUITIÈME CONGRÈS FRANÇAIS

DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Liège du 25 au 27 septembre 1905.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Les régimes déchlorurés.

M. F. Widal (de Paris), *rapporteur.* — La cure de déchloruration, que nous avons proposée il y a deux ans avec M. Javal pour combattre les accidents de la rétention chlorurée, est une méthode diététique qui a pour base la restriction des chlorures alimentaires, dont le rôle est si important dans la pathogénie de l'œdème brightique, comme nous l'avons montré avec M. Lemierre.

Corps indispensable à la vie, le chlorure de sodium joue un rôle important dans l'organisme. Le sang et la lymphe en contiennent une quantité à peu près fixe, et c'est grâce à lui que la pression osmotique des milieux organiques ne subit que de faibles variations.

L'homme de nos régions absorbe en moyenne de 15 à 17 grammes de chlorure par jour : là-dessus, 12 grammes environ sont ajoutés à nos aliments et, de fait, ne sont pas nécessaires à la vie, si nous en croyons les physiologistes, pour qui la quantité de sel contenue dans les aliments naturels (2 grammes environ) est largement suffisante. Effectivement, la suppression de ce sel supplémentaire est parfaitement tolérée par l'homme sain, comme nous avons pu le constater sur nous-même, ainsi que M. Ambard et M. Mayer l'ont fait de leur côté. On peut vivre sans présenter aucun trouble, même digestif, avec un régime qui ne comporte pas plus de 1 gr. 50 centigr. de sel par jour, et la même tolérance s'observe chez l'homme malade. En effet, la plus grande partie du chlorure de sodium ingéré ne fait que passer dans l'organisme et sort des émonctoires à peu près inaltéré dans la même proportion où il était entré.

Il y a donc normalement un rapport assez étroit entre la quantité de sel ingérée et la quantité excrétée, et la moyenne des échanges chlorurés établie sur un certain nombre de jours montre qu'il existe, à l'état normal, un équilibre chloruré dans l'organisme. L'addition de sel au régime est suivie d'une augmentation temporaire de l'excrétion chlorurée après laquelle l'équilibre s'établit rapidement. De même, à la suite d'une privation assez prolongée de chlorure, l'organisme refait ses réserves en retenant pendant quelques jours une partie du sel qu'on lui fournit de nouveau.

Ces variations dans la chloruration de l'organisme vont de pair avec des variations de son hydratation, faciles à mettre en évidence par les pesées et ne dépassant guère, chez un sujet normal, de 1,500 à 2,000 grammes, de même que les variations de chloruration ne dépassent guère 20 grammes. Cet équilibre entre le sel et l'eau est tellement constant qu'on ne peut, chez un sujet normal, faire varier dans des limites extrêmes la quantité de sel absorbé sans faire varier dans une même mesure la quantité d'eau fixée. Ainsi s'expliquent ces variations de quelques centaines de grammes si rapidement et si facilement obtenues au début des cures d'amaigrissement et qui sont dues en partie à la déshydratation : elles sont produites par une décharge brusque d'eau et de chlorures.

Puisque l'entrée et la sortie d'une certaine quantité d'eau flottante sont ainsi réglées, en partie, par la chloruration, on conçoit que lorsque, du fait de l'imperméabilité rénale, le chlorure de sodium est retenu en grande quantité dans l'organisme, ce sel puisse en occasionner l'hydratation et aboutir à la formation des œdèmes.

En effet, l'excès de chlorure retenu ne séjourne pas dans le sang, mais passe dans les tissus où il s'accumule avec une certaine quantité d'eau; et, chez les malades qui n'éliminent pas les chlorures ingérés, c'est dans la sérosité œdémateuse et non dans le sang qu'il faut chercher le chlorure retenu (Achard et Lœper). M. Achard a émis ensuite l'hypothèse que, dans la pathogénie de l'œdème brightique, il fallait faire une place non seulement au chlorure de sodium, mais aussi aux diverses substances dissoutes dans le sang. Cette hypothèse ne s'est pas vérifiée. L'urée, en particulier, dont la rétention est si importante au cours du mal de Bright, s'accumule avant tout dans le sang, et non dans la sérosité de l'œdème.

Si l'œdème pouvait être occasionné par toutes les substances dissoutes dans le sang, nous en serions encore à chercher le régime diététique à opposer aux hydropisies. Heureusement le chlorure de sodium est, comme nous l'avons montré, la seule substance dont le médecin ait à se préoccuper dans la pathogénie de l'œdème brightique, et le remède de cet accident, qui consiste à restreindre le chlorure ingéré, est aussi simple que sa cause même.

La seule ingestion de chlorure de sodium peut faire apparaître les œdèmes chez certains brightiques : le sel est donc pour ces malades un aliment dangereux qu'on doit restreindre dans leur alimentation.

L'action déshydratante de la cure de déchloruration chez les brightiques peut être mise en évidence avec toute la rigueur d'un fait expérimental. Ainsi nous avons pu, dans un cas, faire éclater des crises d'œdème et d'albuminurie avec le régime lacté, et nous avons fait disparaître l'œdème et diminuer l'albuminurie avec un régime composé de pain, de pommes de terre et de viande noire. Il nous a suffi pour cela d'intervertir la chloruration ordinaire des régimes : 10 grammes de chlorure de sodium, pris quotidiennement dans du lait, ont fait de ce liquide le plus malfaisant des aliments, tandis que la suppression du chlorure a rendu le régime carné si favorable que le temps où le malade l'a suivi a été celui où la courbe d'albumine est descendue le plus bas.

L'hydratation liée à la rétention chlorurée semble se faire en deux temps. Elle est déjà assez avancée quand elle se traduit par un œdème cliniquement appréciable : elle est précédée d'une période d'hydratation progressive, croissante et non apparente, pendant laquelle l'organisme se charge d'une quantité d'eau, variable suivant les individus, mais qui peut atteindre jusqu'à 5 kilos. Les pesées quotidiennes nous rendent compte de cette hydratation non apparente, que nous avons appelée *préœdème*, et la balance nous permet ainsi de prévoir, presque à jour fixe, l'apparition de l'œdème cliniquement appréciable; et l'étude quotidienne du poids peut, jusqu'à un certain point, nous fournir des renseignements aussi précis que la courbe des chlorures urinaires et montrer si le sel ingéré est ou n'est pas retenu par l'organisme.

Les œdèmes apparents, qui distendent largement le tissu cellulaire sous-cutané, représentent la localisation la moins dangereuse de l'hydratation : bien plus redoutables sont ces œdèmes qu'on ne voit pas et qui sont décelables seulement par la balance. Infiltrant profondément les organes, ils peuvent provoquer l'éclosion des symptômes viscéraux, englobés longtemps dans le cadre général de l'urémie et qui relèvent de la *chlorurémie* : ce mot, pour nous, désigne l'état de rétention chlorurée, sans préjuger en rien d'une rétention dans le sang.

Cette chlorurémie viscérale peut se traduire par de la dyspnée, des vomissements, de la diarrhée, de la céphalée, de la respiration de Cheyne-Stokes, des crises éclamptiques, selon que les poumons, le tube digestif ou les centres nerveux sont plus particulièrement imprégnés de liquide chloruré : l'action puissante et rapide de la cure de déchloruration montre bien que de tels symptômes sont fonction de chlorurémie.

L'albuminurie elle-même, ce symptôme capital des néphrites, est souvent influencée par la chloruration du régime : on la voit dans beaucoup de cas s'élever ou s'abaisser suivant la quantité de chlorure de sodium ingéré. Elle est alors une manifestation de la chlorurémie ayant retenti sur le rein lui-même : c'est l'œdème qui, suivant nous, en se localisant au niveau du rein, augmente chez certains malades l'albuminurie et parfois même le degré de rétention chlorurée; le rein peut être pris ainsi à son propre piège, les chlorures qu'il retient infiltrant son parenchyme et venant aggraver ses lésions. Peut-être même l'œdème peut-il parfois se localiser presque uniquement sur les reins et produire de l'albuminurie sans œdème apparent ni augmentation de poids (Sicard). Enfin, d'après MM. Ambard et Beaujard, l'hypertension augmente du fait de la rétention chlorurée et diminue sous l'influence du régime déchloruré.

L'imperméabilité rénale pour le chlorure de sodium n'est jamais que relative; elle varie d'un sujet à l'autre, et, chez le même sujet, d'une période à l'autre de la maladie. Cette imperméabilité peut être considérable, et certains brightiques, à la période terminale de l'affection, ne rendent plus que quelques centigrammes de chlorure dans les vingt-quatre heures. Mais dans la période d'état de la maladie, un brightique, même lorsqu'il a une très grande tendance à faire des œdèmes, élimine encore, en général, plusieurs grammes de chlorure de sodium par jour. Son rein peut suffire à l'élimination d'une dose restreinte de chlorure de sodium, et, si cette dose n'est pas dépassée par l'alimentation, on n'observe pas de rétention, pas de chlorurémie, pas d'œdème. Que survienne une chloruration alimentaire intensive, et tout le sel en excès, qui ne pourra être éliminé par le rein, sera retenu par les tissus dont il provoquera l'hydratation.

La notion de l'imperméabilité relative du rein au chlorure de sodium nous explique pourquoi les régimes déchlorurés, outre leur action préventive facile à comprendre, exercent une action curative si remarquable. Si, à un brightique infiltré d'œdème, on impose brusquement un régime aussi peu chloruré que possible, ne contenant qu'une quantité de sel très inférieure à celle que les reins peuvent encore éliminer, les liquides d'infiltration seront chassés par l'impulsion cardio-vasculaire et les réserves chlorurées pourront être éliminées par le rein dans la proportion comprise entre la quantité de sel absorbée et la quantité pour laquelle le rein est resté perméable. Il y aura par conséquent décharge chlorurée malgré le peu de sel quotidiennement excrété, et, en même temps, décharge hydrique et affaissement des œdèmes : le régime déchloruré possède alors une véritable action curative sur les œdèmes.

Le régime lacté, qui contient encore plus de chlorures que ne peuvent en éliminer quotidiennement certains brightiques, est donc, chez ces malades, moins bon que le régime hypochloruré, carné ou non.

La déchloruration et la déshydratation qui se produisent sous l'influence du régime hypochloruré se font parfois d'une façon véritablement massive, puis, une fois l'amorçage commencé, les chlorures continuent à couler abondamment des tissus vers le rein, et, après l'effondrement des œdèmes, la perméabilité rénale pour le chlorure peut se retrouver et rester même suffisante pendant plusieurs mois. D'autres fois la déchloruration ne se fait que lentement, les malades ne perdant chaque jour qu'une petite quantité des chlorures et de l'eau qui les infiltre. Chez de tels sujets, on doit maintenir pendant longtemps un régime déchloruré très strict sous peine de voir leur poids se relever au moindre écart : certains peuvent ainsi faire de l'œdème avec le régime lacté intégral.

En général, donc, chez les brightiques, les courbes de la chloruration et de l'hydratation oscillent dans le même sens, la teneur du liquide d'œdème en sel étant à peu près la même que celle du sérum et variant entre 5 et 6 grammes pour 1,000. Parfois, cependant, il existe un défaut de concordance entre le volume de l'hydratation et le degré de rétention des chlorures, le malade retenant beaucoup plus de sel que ne le comporte l'eau retenue (René Marie). Ce phénomène s'observe surtout, ainsi que l'ont démontré MM. Ambard et Beaujard (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 133-136), chez les sujets atteints de néphrite interstitielle qui, comme l'on sait, ont très peu d'œdème et font cependant de la rétention chlorurée (*rétention sèche*). Il se peut que, dans ces cas, les chlorures soient retenus parce qu'ils sont en combinaison avec les albuminoïdes.

On observe, chez certains brightiques, une véritable dissociation dans les troubles de perméabilité des reins qui, retenant une partie des chlorures, éliminent normalement les phosphates et l'urée. Néanmoins, de tels malades peuvent, tout en éliminant chaque jour une quantité assez considérable d'urée, être en état de rétention azotée, car l'urée, ainsi que nous l'avons démontré avec M. Javal (Voir *Semaine*

Médicale, 1905, p. 313-318), a tendance à s'accumuler dans le sang pour être excrétée par les reins, tandis que le chlorure de sodium, une fois la route prise, tend à quitter le sang pour s'accumuler dans les tissus. Ainsi s'explique que la teneur du sérum sanguin en chlorure ne varie que dans de faibles proportions, quel que soit le degré de la rétention chlorurée. Aussi, pour nous, le mot *chlorurémie* n'implique pas, comme nous l'avons dit, une accumulation de sel dans le sang même, mais dans l'organisme tout entier, alors que le mot *azotémie* doit être, au contraire, pris dans son sens littéral.

La quantité d'urée contenue dans le sang ou excrétée par l'urine est dans un certain rapport avec la quantité d'albumine ingérée, et l'étude de ce rapport permet de dégager l' « indice de rétention uréique » : toutefois, lorsque l'urée dans le sang atteint les chiffres considérables de 3 à 4 grammes par litre, il n'est pas nécessaire de connaître la dose d'albumine ingérée pour conclure à une forte rétention. Mais de tels chiffres ne s'observent guère que dans les périodes terminales de la maladie. Aussi le dosage de l'urée dans le sang peut-il fournir un élément de pronostic extrêmement important. Quel que soit le degré d'infiltration et la gravité des divers symptômes observés, si le sang contient une quantité d'urée voisine de la normale ou restant tout au moins au-dessous de 1 gramme, on a tout à espérer de la déchloruration; si l'urée dépasse 2 grammes, le pronostic le plus grave doit être porté.

La rétention chlorurée et la rétention azotée diffèrent non seulement par leur processus d'accumulation, mais aussi par les effets produits, et chacune semble donner lieu à un tableau clinique spécial.

Le point cryoscopique du sérum sanguin ne subit que de faibles variations dans la chlorurémie, alors que dans l'azotémie il s'abaisse plus ou moins d'une façon permanente. Cette tension excessive joue sans doute un rôle dans la genèse de certains accidents urémiques.

Alors que les chlorurémiques chargés d'œdèmes ont souvent conservé leur appétit, les azotémiques présentent, en général, une inappétence progressive, indépendante parfois de tout symptôme d'urémie gastro-intestinale. Cette révolte de l'appétit chez les brightiques surchargés d'azote apparaît alors comme une véritable réaction de défense contre l'excès d'alimentation. On note fréquemment aussi chez ces malades une torpeur qui va de la somnolence jusqu'au coma complet. Et tous ces symptômes plus ou moins graves de l'insuffisance rénale peuvent exister sans la moindre trace d'œdème.

La cure de déchloruration ne peut prétendre à parer à tous les accidents des néphrites, mais elle permet de combattre et de prévenir certaines complications redoutables qui, à elles seules, peuvent entraîner la mort du malade.

Chez les sujets en état de rétention chlorurée, elle comporte deux indications distinctes : enlever à l'organisme le sel et l'œdème qui l'encombrent, puis instituer un régime dont la chloruration soit en rapport avec le degré de perméabilité rénale du patient pour le sel. En même temps, elle est l'épreuve de choix qui permet de juger chez un brightique du degré de perméabilité des reins pour les chlorures.

Lorsqu'on entreprend le traitement d'un brightique, on doit commencer par prendre son poids et par le mettre au régime déchloruré strict. La chute de poids permettra dès le début de juger des effets de la cure sur l'œdème, apparent ou non, que présentait le malade.

Il est facile d'établir le chiffre de chlorures ingérés : si le patient est au régime lacté, le compte est rapidement fait, puisque le lait contient environ 1 gr. 60 centigr. de chlorure par litre; s'il est au régime alimentaire mixte, sans addition de sel, on peut compter qu'il absorbe environ 1 gr. 50 centigr. de chlorures naturels; avec certaines rations restreintes, on peut descendre jusqu'à 1 gramme par jour.

La chute du poids est parfois manifeste dès les premiers jours du régime : c'est là l'indice d'une perméabilité relativement bonne. Ou bien la déchloruration ne se produit pas immédiatement et le poids reste stationnaire pendant plusieurs jours pour ne diminuer franchement que quelque temps après. La déchloruration est plus lente chez les malades qui se lèvent une partie de la journée que chez ceux qui gardent strictement le lit.

La déchloruration peut s'arrêter en route et le patient conserver un peu d'œdème qui ne diminue pas : il faut alors faire agir les diurétiques. Elle a parfois ses insuccès, particulièrement chez les sujets chargés d'œdème depuis longtemps déjà.

Lorsque la déshydratation est complète (c'est-à-dire quand le poids est encore descendu après la disparition de tout œdème apparent) et que le poids reste stationnaire depuis quelques jours, on peut, en tâtant prudemment la perméabilité rénale du malade, chercher jusqu'à quel degré il est possible de rechlorurer son régime. On commence par permettre d'ajouter aux aliments la faible dose de 3 grammes de sel par jour : s'il n'y a pas d'augmentation du poids et si les chlorures sont régulièrement éliminés, on peut élever la dose progressivement jusqu'à 5 et 10 grammes, et l'on constate souvent à cette période que le rein a retrouvé une perméabilité relativement très grande pour le chlorure; mais il faut toujours, dans le régime, rester au-dessous de la dose de tolérance.

La cure de déchloruration ainsi pratiquée est en même temps une épreuve de chlorurie alimentaire à rebours, qui renseigne sur les rétentions avec hydratation aussi bien que sur les rétentions sèches.

Les médicaments qu'on doit généralement associer à la cure de déchloruration sont la théobromine et ses dérivés; la scille et l'azotate de potasse n'ont en effet chez les brightiques qu'une action insignifiante; l'acétate de potasse est un peu plus actif, mais son action est inconstante. La théobromine est donc l'agent de choix; toutefois, il est inutile de l'employer quand la diurèse s'établit avec le seul régime déchloruré, car il est bon de ne pas chercher à faire perdre chaque jour, à un brightique, plus de 1 kilo 500 de son eau d'hydratation. De plus, la théobromine ne saurait faire abandonner l'alimentation sans sel.

Les régimes déchlorurés permettent de proposer aux malades une nourriture que l'on peut modifier suivant leurs goûts et dont l'hydratation, aussi bien que la quantité et la qualité des éléments nutritifs, peut être réglée avec grande commodité.

Le pain ordinaire contient de 8 à 15 grammes de chlorure par kilo; le pain sans sel, dont la fabrication ne présente aucune difficulté, renferme moins de 1 gramme de chlorure par kilo. La viande ne contient, en moyenne, que 1 gramme de chlorure par kilo; elle peut être absorbée crue, grillée ou rôtie, sans sel, et additionnée de beurre à volonté. Les viandes noires n'ont aucune nocivité particulière. Les poissons d'eau douce, les œufs, le beurre frais, la crème peuvent également être employés. Les légumes, et particulièrement les pommes de terre, le riz, les salades entrent aussi dans le régime. En usant de quelques condiments, on arrive à donner à certains mets une saveur qui fait très bien oublier l'absence de sel. Les pâtes alimentaires peuvent être prises en petite quantité. Les sucreries et pâtisseries sans sel, les fruits, les confitures peuvent faire partie de l'alimentation; le chocolat est d'autant meilleur qu'il contient un peu de théobromine.

La dose de boisson permise ne doit pas dépasser deux litres par jour. Le thé, le café, la bière, le vin lui-même n'ont pas d'inconvénient, s'ils sont pris en quantité modérée.

Le lait, dont on connaît depuis longtemps les bons effets au cours de certaines néphrites, doit avant tout ses qualités à sa pauvreté en sel : on a fait souvent avec lui de la déchloruration sans le savoir. Il ne faut pas oublier que c'est là un aliment qui, dans certaines circonstances, peut à lui tout seul suffire pendant un temps à la nutrition d'un malade. Mais donner du lait sans compter aux brightiques, c'est les exposer à suivre un régime trop chloruré et trop hydraté pour certains d'entre eux, et en tout cas toujours trop chargé d'albumine. Le lait nécessaire à assurer une ration d'entretien contient près de quatre fois plus de chlorures qu'un régime mixte déchloruré susceptible de subvenir aux mêmes besoins : il renferme enfin environ 3 litres d'eau et au moins 120 grammes d'albumine, c'est-à-dire plus que n'en comporte la ration normale.

La ration alimentaire doit être diminuée lorsque surviennent les symptômes qui font redouter l'azotémie; d'ailleurs, en pareille occurrence, l'inappétence du malade commande d'elle-même la restriction du régime carné. On peut même aller dans certains cas jusqu'à la diète hydrique (Rénon) ou jusqu'à la diète lactosée.

Souvent, au contraire, on pourra augmenter assez notablement la ration alimentaire chez les brightiques améliorés par la déchloruration, qui ont recouvré l'appétit et repris la vie active.

Les régimes déchlorurés, tout en fournissant un moyen de provoquer l'élimination des chlorures et d'en prévenir la rétention, peuvent donc, en raison de la grande variété qu'ils comportent, se prêter facilement au goût du malade et parer à toutes les indications diététiques qui se posent chez le brightique.

M. Lucien Béco (de Liège), *co-rapporteur*. — Il m'a semblé inutile de recommencer l'exposé général de la question, si bien fait par M. Widal qui, par ses travaux antérieurs, était tout particulièrement désigné pour cette tâche; je ne crois pas non plus devoir tenter un aperçu synthétique dont nous sommes, à l'heure actuelle, très loin de posséder les éléments : il est à la fois plus utile et moins aléatoire de signaler, avec documents personnels à l'appui, certaines lacunes, certains faits qui sont en opposition avec des conceptions pathogéniques trop absolues ou par trop hypothétiques.

On sait que, pour M. Widal, la cause de la rétention chlorurée est essentiellement d'origine rénale, et cette rétention en quelque sorte élective du rein malade pour le chlorure de sodium serait prouvée par l'action bienfaisante et déchlorurante des seuls diurétiques rénaux (théobromine), comparée à l'inefficacité des diurétiques cardio-vasculaires (digitale). Cette théorie exclusivement rénale n'est pas acceptée par M. Achard, pour lequel le mécanisme de la rétention est complexe, et qui fait intervenir, en plus du barrage rénal, l'action directement œdémisante de certaines substances excrémentitielles accumulées dans les tissus. Nous verrons que le problème est, en effet, assez compliqué, car il est inséparable de la connaissance du mécanisme de la diurèse et du fonctionnement physiologique du rein, questions primordiales sur lesquelles on est loin de s'entendre. De plus, il ne faut pas oublier le rôle de l'insuffisance rénale dont la rétention chlorurée, quelle que soit sa pathogénie, n'est qu'une des manifestations.

Nous avons étudié, au point de vue des bilans chlorurés, une soixantaine d'observations; nous n'en rapportons qu'une vingtaine : néphrites épithéliales aiguës, subaiguës et chroniques, dégénérescence amyloïde, néphrite syphilitique, néphrites compliquées d'asystolie, myocardites scléreuses, asystolies d'origine mitrale, aortites avec artériosclérose, myocardites chroniques.

Par les différentes recherches faites chez les malades du premier groupe (néphrites), nous nous sommes efforcé de voir : 1° si l'imperméabilité au chlorure est fonction d'une lésion de la cellule épithéliale glomérulo-tubulaire; 2° quels rapports unissent la diurèse au passage du chlorure à travers le rein; 3° si l'albuminurie est dépendante de la rétention chlorurée.

Presque toutes nos observations nous ont démontré que la chloruration alimentaire était suivie, au bout d'un certain temps, d'une augmentation de la quantité de chlorure éliminée par l'urine. Au début de la chloruration, à l'augmentation brusque succède la rétention, l'augmentation de poids et souvent l'œdème : chez un de nos malades nous avons produit à quatre reprises de l'œdème à volonté, et pourtant son rein était suffisamment perméable pour laisser passer une quantité de chlorure insuffisante en fait, mais notablement supérieure au chiffre de l'élimination normale habituelle. Toutefois, après cette période de début, la courbe d'élimination chlorurée peut s'élever rapidement, atteindre et dépasser même la courbe d'absorption, alors que celle-ci est toujours élevée.

L'augmentation de la chlorurie est, suivant les cas, plus ou moins considérable; rarement elle compense l'accroissement artificiel des *ingesta* chlorurés; souvent elle atteint ou dépasse le chiffre moyen de l'élimination normale.

Comme, d'autre part, la teneur en chlorure du sang ou des humeurs qui baignent le paren-

chyme rénal paraît ne varier que dans des limites étroites, nous ne voyons aucune raison suffisante pour admettre que l'élimination du chlorure de sodium soit une fonction élective de la cellule rénale, fonction dont la déchéance plus ou moins grande serait la cause essentielle de la rétention chlorurée.

Existe-t-il une relation entre les éliminations aqueuse et chlorurée? Oui, le plus souvent; généralement, quand il y a polychlorurie, on observe aussi de la polyurie; mais chronologiquement l'exonération abondante du chlorure accompagne ou précède la décharge aqueuse; nous n'avons jamais observé qu'elle lui fût consécutive.

En outre, le volume de l'urine excrétée en vingt-quatre heures n'est pas proportionnel, surtout dans les néphrites à prédominance interstitielle, à l'élimination chlorurée. Nous avons observé, ainsi que M. René Marie et que MM. Ambard et Beaujard, que la rétention prolongée du chlorure ou son élimination considérable peuvent coïncider avec de faibles variations du poids ou de l'hydratation de l'organisme.

Enfin, nous n'avons remarqué aucun parallélisme constant entre la quantité d'albumine des vingt-quatre heures et celle du chlorure retenu. Quelquefois nous avons noté un chiffre plus fort au moment de la rétention; mais la variabilité de ce chiffre dans une même période de chlorurémie, l'observation fréquente d'un abaissement du taux de l'albumine en pleine période de rétention, ou inversement, nous conduisent forcément à ne pas accepter la notion de l'influence du chlorure retenu sur la déperdition totale de l'albumine.

Nous avons également étudié la rétention chlorurée chez des sujets atteints d'affections cardiaques, plus particulièrement pendant les périodes d'asystolie, et les résultats obtenus confirment les données que nous avons établies au sujet du rôle de la glande rénale dans la rétention chlorurée. En effet, chez ces malades dont l'épithélium rénal est sain ou légèrement et secondairement atteint, l'influence de la chloruration artificielle est au moins aussi désastreuse que chez le brightique épithélial. Plus encore que chez ce dernier, le sel retenu détermine l'oligurie, l'œdème, l'augmentation de poids; il semble même accroître l'albuminurie, ce qui, d'après nos observations, n'est guère le cas chez le brightique.

Inversement, le régime hypochloruré a une action manifeste sur les œdèmes et le poids. Nous devons d'ailleurs tenir compte d'un facteur qui masque, dans bon nombre de faits, l'influence favorable du régime déchloruré: c'est la baisse trop grande de la pression sanguine générale et la stase rénale. C'est là l'explication de l'échec ou de la valeur moindre du régime achloruré employé seul dans le traitement de certains cas d'hydropisie cardiaque; mais cette constatation n'amoindrit en aucune manière l'importance que l'on doit attacher à la similitude d'évolution des œdèmes cardiaque et brightique, sous l'influence de la thérapeutique de déchloruration.

La cure de déchloruration a donc une importance thérapeutique de premier ordre, aussi bien dans les affections cardiaques non compensées que dans les néphrites. Le choix entre le régime lacté pur et l'alimentation solide presque dépourvue de chlorures sera souvent imposé par la tolérance du sujet : certains malades ne peuvent supporter le régime achloruré et s'accommodent très bien du régime lacté; chez d'autres, c'est l'inverse qu'on observe.

En général, chez les brightiques, la diète lactée est suffisamment hypochlorurée et constitue le régime de choix; elle peut, d'ailleurs, être combinée au régime sec achloruré ou remplacée pendant quelque temps par ce dernier, à la condition que l'absorption d'eau ne soit pas trop réduite. Il nous a semblé que, chez le cardiaque asystolique, la déchloruration presque totale était mieux supportée et donnait souvent, combinée ou non à l'administration des diurétiques, des résultats plus rapides et plus marqués.

Ajoutons que, au point de vue pratique, il est nécessaire de provoquer, ou tout au moins d'aider cette déchloruration par les diurétiques dits rénaux.

Il nous reste à envisager le rôle du chlorure dans les accidents du brightisme et la pathogénie de sa rétention.

Le rôle du chlorure comme facteur hydropigène est incontestable, encore qu'il faille tenir compte des faits étudiés par MM. Ambard et Beaujard sous le nom de rétention chlorurée sèche, et confirmés par nos propres observations, ainsi que du défaut de parallélisme entre la rétention et l'élimination aqueuse.

Mais l'importance de cette rétention chlorurée n'est pas aussi considérable qu'on l'a pensé, et l'élimination des chlorures dans les vingt-quatre heures ne peut donner la mesure précise de l'activité des fonctions rénales. D'autre part, il est bien difficile d'admettre que la rétention aqueuse dans les tissus, tributaire de la rétention chlorurée, soit la cause efficiente des gros symptômes urémiques : chez le cardiaque, en effet, qui se comporte comme le brightique vis-à-vis du chlorure et qui présente si souvent des œdèmes énormes, les phénomènes éclamptiques sont exceptionnels.

Bien d'autres substances nocives peuvent être également retenues dans l'insuffisance rénale, et éliminées en même temps que le chlorure au moment des décharges polyuriques. Et l'hypothèse d'une imperméabilité spéciale, élective, de la cellule épithéliale pour le chlorure nous paraît peu séduisante. On a invoqué, pour l'appuyer, les résultats favorables obtenus dans le traitement des œdèmes brightiques par l'emploi des diurétiques directs rénaux; mais ces diurétiques ont une action aussi favorable dans les hydropisies d'origine cardiaque, où l'épithélium est à peu près intact. Et nos recherches personnelles nous permettent d'affirmer que ces substances, tout comme la caféine, agissent en provoquant une vaso-dilatation active des vaisseaux rénaux, d'où l'augmentation de la masse du sang qui traverse le rein en l'unité de temps et la polyurie qui en est la conséquence.

Ces recherches expérimentales nouvelles, unies à nos observations cliniques, mettent bien en lumière le rôle primordial qui doit être attribué à l'appareil circulatoire du rein dans le mécanisme de la rétention chlorurée et de la thérapeutique de déchloruration.

M. Corin. — Il semble que le chlorure de sodium introduit dans le sang ait, selon les cas, deux tendances contraires. D'une part, il tend à attirer la lymphe dans les vaisseaux et à produire ainsi la dilution du sang; d'autre part, il altère la paroi vasculaire et tend à passer dans les tissus. Nous avons vu, dans un cas d'œdème aigu du poumon, l'ingestion massive d'une grande quantité de chlorure être suivie d'une rétrocession immédiate des symptômes pulmonaires. On peut penser qu'ici la première des deux actions dont nous parlions a été prédominante et que le chlorure introduit dans l'organisme a attiré hors du poumon la sérosité œdémateuse qui y était en excès.

M. Henrijean (de Liège). — L'action des chlorures sur la diurèse peut encore être une conséquence des modifications de la pression sanguine : cette pression varie, en effet, sous l'influence des sels alcalins dissous qui déterminent soit une sortie, soit un afflux d'eau dans les vaisseaux, soit même alternativement l'une et l'autre de ces modifications, comme le montre la numération des globules.

M. Hallion (de Paris). — Il existe un parallélisme très net entre les conditions pathogéniques de l'œdème expérimental tel que nous l'avons réalisé au niveau du poumon, et celles de l'œdème artificiellement provoqué chez les brightiques et les cardiaques.

Je voudrais, de plus, attirer l'attention sur un point dont nous avons relevé l'intérêt possible en pathologie humaine : par injection de solutions concentrées de chlorure, nous avons produit des modifications chimiques très notables de l'albumine circulante; une forte portion de l'albumine devient alors incoagulable par la chaleur. Ce fait est à rapprocher de certaines variations parallèles de l'albuminurie et de la chlorurémie; il se peut que la surcharge du sang en chlorures rende l'albumine plus dialysable et facilite son passage à travers la membrane sécrétante du rein. Ce sont là des recherches à poursuivre en pathologie humaine.

M. Teissier. — La rétention chlorurée n'est pas nécessairement en rapport avec le degré d'imperméabilité rénale, et l'on sait que dans certaines néphrites interstitielles, où l'imperméabilité expérimentale est considérable, il peut y avoir une très forte excrétion chlorurée. Cela tient, croyons-nous, à ce que les différentes combinaisons du chlorure de sodium avec les albumines modifient du tout au tout les phénomènes de dialyse : il se peut que chez des malades atteints de néphrite interstitielle avancée, et plus ou moins cachectiques, les combinaisons des chlorures avec les albumines ne se fassent pas et que les chlorures soient ainsi facilement éliminés.

Le régime déchloruré dans la cirrhose avec ascite.

M. Achard (de Paris). — Depuis deux ans, je suis une malade atteinte d'ascite cirrhotique, qui a fait cinq séjours dans mon service et chaque fois s'est bien trouvée du régime déchloruré : celui-ci a produit soit la résorption complète, soit, en dernier lieu, une diminution notable de l'épanchement. Cette femme a, en outre, une albuminurie permanente, et il se peut que l'amélioration des troubles rénaux par le régime facilite la rétrocession de l'ascite. Dans d'autres cas, l'abstinence de sel, sans faire disparaître entièrement l'ascite, la diminue ou la maintient stationnaire pendant un assez long temps, comme on peut s'en rendre compte par les pesées répétées.

Le régime déchloruré peut même se montrer plus efficace que le lait : chez un malade qui avait subi, en quatre mois de régime lacté, 8 ponctions ayant évacué 76 litres de liquide, le régime déchloruré a permis de ne faire, en cinq mois, que 5 ponctions ayant donné issue à 50 litres, et, par conséquent, de réduire d'un tiers la perte de sérosité.

En somme, la chloruration et la déchloruration agissent sur l'ascite de la cirrhose dans le même sens que sur les hydropisies des cardiaques et des brightiques. La chloruration l'aggrave; peut-être pourrait-elle la révéler à ses débuts et faciliter ainsi le diagnostic de la lésion du foie. Peut-être encore l'épreuve du sel permettrait-elle, une fois l'ascite disparue, de vérifier la solidité de la guérison, comme elle peut aider à porter un pronostic chez les brightiques et les cardiaques.

La rétention du chlorure de sodium dans l'ascite de la cirrhose, ainsi que dans la plupart des autres ascites, d'ailleurs, est considérable et pourtant seulement locale. Elle s'accompagne de la rétention d'autres corps, tels que le glucose et l'urée. Mais l'introduction d'un excès de glucose dans l'organisme, même par voie intraveineuse, comme je l'ai vu avec M. Ribot, n'augmente pas l'ascite. L'ingestion d'urée produit des effets variables : elle agit parfois comme diurétique et a même été vantée pour faciliter la résorption du liquide. Injectés directement dans l'ascite, ainsi que je l'ai constaté avec M. Ribot, l'eau et le glucose sont résorbés et n'augmentent pas l'épanchement. Par contre, l'eau salée reste dans la séreuse.

Faut-il, pour expliquer ces différences, invoquer une dissociation de la perméabilité du péritoine? Avant de recourir à l'hypothèse de qualités singulièrement électives de la membrane, il conviendrait de rechercher si les propriétés particulières du chlorure de sodium et les conditions spéciales de sa régulation ne suffisent pas à expliquer son rôle dans la pathogénie de l'ascite.

Rétention et élimination des chlorures au cours des cardiopathies.

M. Laubry donne lecture, au nom de MM. Vaquez et Digne (de Paris), d'une note que nous résumons ainsi :

Ayant constaté que la chloruration peut provoquer, à elle seule, l'apparition et la réapparition d'accidents asystoliques, MM. Vaquez et Digne ont recherché comment se comporte l'élimination des chlorures chez les cardiaques en dehors des périodes d'asystolie, et tenté de déterminer le rôle qui revient à la rétention chlorurée dans les premières manifestations de l'insuffisance cardiaque.

En utilisant l'épreuve de la chloruration alimentaire, ils ont pu se convaincre que l'élimination chlorurée, chez les cardiaques, présente déjà des caractères anormaux à une période très antérieure à celle des troubles dits asystoliques, et qu'elle peut être troublée alors même que l'adaptation de l'organisme à la lésion cardiaque paraît encore parfaite.

On peut, à cet égard, ranger les cardiaques

en trois catégories, suivant qu'ils sont à la période pré-asystolique, à la phase d'asystolie légère ou en asystolie complète.

Dans le premier cas, l'élimination chlorurée est normale : il s'agit des malades dont la lésion cardiaque est compatible avec une existence active et qui ne présentent aucun trouble fonctionnel.

Dans la seconde période, dont la durée reste heureusement fort longue, l'apparition de la dyspnée d'effort et des autres troubles fonctionnels coïncide nettement avec un mode spécial d'élimination des chlorures, qui est facilement mis en évidence par l'épreuve de la chloruration expérimentale, laquelle dénote une chlorurie retardée et intermittente. Ce phénomène, très caractéristique, peut être considéré comme le premier symptôme avant-coureur d'un léger degré d'insuffisance cardiaque.

Plus tard, lorsque ces troubles asystoliques s'accentuent, l'élimination chlorurée cesse complètement et fait place à une rétention très marquée.

Puisque la rétention chlorurée est l'acte essentiel de toutes les cardiarchies par insuffisance cardiaque, il importe d'en éloigner l'échéance ou, tout au moins, d'en conjurer les effets. Aux cardiaques qui ne se plaignent encore que de légers troubles fonctionnels, on recommandera un régime alimentaire régulièrement hypochloruré, avec cure mensuelle de déchloruration et adjonction de moyens thérapeutiques tels que la digitale et la théobromine. Le régime déchloruré à lui seul peut, avec le repos au lit, avoir une action non seulement préventive, mais également curative, et provoquer une débâcle urinaire avec polychlorurie suffisante pour amener la guérison. Il est alors supérieur à la diète lactée, qui pourra aboutir au même résultat, mais dans un temps plus long. Le plus souvent la cure de déchloruration sera insuffisante à libérer complètement le malade de ses oedèmes : il faudra lui adjoindre les moyens usuels de la thérapeutique.

Chez les sujets atteints de lésions mitrales ou aortiques avec faible tension, on emploiera la digitale comme traitement essentiel, suivi accessoirement de l'usage plus ou moins prolongé de la théobromine. Chez les sujets mitraux ou aortiques avec hypertension, dont la lésion s'accompagne habituellement de sclérose rénale, la médication fondamentale consiste au contraire dans l'usage de la théobromine avec emploi accessoire et à intervalles espacés de petites doses de digitale. L'alimentation déchlorurée est un auxiliaire utile de l'action de ces différents médicaments et principalement de la digitale; l'ingestion de chlorure de sodium au cours de la médication digitalique en rend en effet l'action inefficace ou insuffisante.

Le rôle du rein dans la rétention chlorurée.

M. Castaigne (de Paris). — La rétention chlorurée au cours des néphrites parenchymateuses ayant pu être affirmée surtout par l'épreuve de la chlorurie provoquée, nous avons, pour savoir si cette rétention est due à une imperméabilité du rein, fait l'épreuve de la chlorurie chez l'animal, en introduisant le sel directement dans la circulation rénale.

A une première série de chiens atteints de néphrite épithéliale et qui présentaient de la rétention chlorurée dûment constatée, nous avons injecté (après saignée) 1 litre de sérum physiologique dans l'artère rénale; l'urine émise pendant ce laps de temps par le rein correspondant était recueillie par cathétérisme de l'uretère. La même expérience ayant été faite sur des chiens sains, nous avons pu constater que la quantité de chlorure de sodium éliminée est sensiblement la même, que le rein soit sain ou atteint de néphrite épithéliale; peut-être même est-elle sensiblement plus élevée dans ce dernier cas.

D'autres expériences nous ont prouvé que si, dans ces faits, la rétention chlorurée n'est pas due à une imperméabilité rénale, elle se fait dans l'intimité des tissus. En effet, à une seconde série de chiens atteints de néphrite épithéliale et à autant de chiens normaux, nous avons fait, après saignée, une injection de sérum physiologique dans les deux artères fémorales, et, quand un litre était écoulé, nous retirions aussitôt par ponction, *de l'artère rénale*, 200 c.c. de sang. Nous avons constaté : tout d'abord que la rapidité d'écoulement est bien moins considérable dans le cas de néphrite épithéliale; ensuite que le chlorure de sodium contenu dans le sang prélevé est toujours en quantité plus notable chez les animaux sains que chez ceux qui sont atteints de néphrite.

Il ne faudrait pas conclure de ces expériences que l' « imperméabilité rénale » n'intervient pas comme cause de rétention chlorurée. Il semble hors de doute que, dans les néphrites atrophiques avancées, les reins laissent mal filtrer le chlorure, ainsi, d'ailleurs, que l'ensemble des substances qu'ils éliminent à l'état normal.

Mais, dans les cas de néphrite épithéliale, le problème est plus complexe, puisque, pour admettre le rôle exclusif du rein dans la rétention des chlorures, il faut supposer une perméabilité dissociée de cet organe, insuffisante pour le chlorure de sodium, normale ou exagérée pour les autres substances. C'est à ce sujet que les opinions les plus diverses viennent d'être soutenues à ce Congrès, et il ressort de cette discussion qu'on manque encore de bases solides pour asseoir cette pathogénie si complexe.

Nous croyons pouvoir conclure de nos expériences que, tout au moins dans les cas de néphrites épithéliales que nous avons provoquées, l'obstacle à l'élimination des chlorures n'était pas au niveau du rein. La rétention chlorurée doit alors être attribuée à une propriété spéciale des tissus et des humeurs qui sont plus aptes à retenir le sel, et aussi à un vice de la circulation générale ou locale qui, dans un même laps de temps, amène au rein malade une moindre quantité de sang qu'au rein sain.

M. Achard. — Il ne me semble pas qu'on s'entende toujours bien sur la perméabilité rénale. Les membranes vivantes ne sont comparables aux membranes inertes que pour le passage des substances qui les traversent sans changement. De plus, elles exercent une sélection parmi les substances qu'elles reçoivent du sang.

La perméabilité se mesure pour les membranes inertes par un rapport : celui de la quantité de substance rendue à la quantité reçue dans l'unité de temps.

Si l'on double la concentration d'une solution introduite dans un filtre ou un dialyseur, ce dernier laisse passer deux fois plus de substance. Mais sa perméabilité n'a évidemment pas doublé, la membrane n'a pas changé et le rapport est resté fixe. Or, il en est de même pour le rein : plus il reçoit, plus il excrète, et le rapport reste fixe. C'est ce qu'on peut vérifier à l'aide du bleu de méthylène. Il en est de même pour l'urée.

Aussi ne saurais-je dire, avec MM. Widal et Javal que, dans le cas de rétention d'urée, lorsqu'on voit le taux de ce corps s'élever dans le sang et le rein en excréter davantage, cet organe a amélioré son fonctionnement et retrouvé une perméabilité plus grande. L'état du rein n'a pas changé. C'est même parce qu'il ne pouvait être amélioré que l'urée s'est accumulée dans le sang jusqu'au degré nécessaire pour qu'un nouvel équilibre s'établisse au moyen d'une excrétion suffisante.

Pour le chlorure de sodium, en cas de rétention, le rein n'excrète par jour qu'une quantité maxima. Mais ce maximum ne représente pas la perméabilité du rein au sel, car c'est une quantité absolue et non le rapport du chlorure de l'urine au chlorure du sang. Dans le sang, d'ailleurs, le taux de cette substance ne s'élève pas d'habitude. Il y a donc un maximum d'excrétion, mais je ne crois pas qu'on puisse dire un maximum de perméabilité.

Cette différence entre le chlorure de sodium et les autres corps se retrouve dans tous les cas de rétention du sel, qu'elle soit locale ou générale, brightique ou cardiaque, inflammatoire ou toxique. Il paraît bien difficile d'invoquer toujours un même trouble rénal et une imperméabilité élective.

Les très intéressantes recherches de M. Castaigne éclairent vivement la question et montrent qu'il faut chercher surtout en dehors du rein et de sa perméabilité les causes de la rétention du chlorure de sodium, suivant l'opinion que j'avais exprimée, avec M. Lœper, à propos des néphrites de l'homme.

Les sécrétions du pancréas.

M. A. Falloise (de Liège), *rapporteur*. — L'étude de la sécrétion externe et de la sécrétion interne du pancréas a été, depuis quelques années, l'objet d'études physiologiques des plus nombreuses et des plus importantes, que l'on peut, dès maintenant, tenter de résumer en un travail d'ensemble. Nous ne nous occuperons ici que de la physiologie expérimentale, laissant à M. Hallion le soin de traiter tout ce qui concerne la pathologie humaine.

Etudions d'abord la *sécrétion externe* du pancréas.

Il résulte de travaux récents que le suc pancréatique contient, à côté des trois ferments connus depuis longtemps (la trypsine, l'amylase et la lipase), toute une série d'autres diastases, notamment une *maltase*, une *lactase* existant chez les chiens nourris au moyen de lait, une *érepsine* qui scinde les albumoses et les peptones, un *lab-ferment* qui, d'après M. Pavlov, ne serait autre chose que la trypsine elle-même.

On admettait que les ferments du suc pancréatique possèdent toute leur activité au moment où ils pénètrent dans la lumière de l'intestin. Heidenhain démontra que la trypsine est tout d'abord élaborée à l'état de protrypsine ou zymogène, inactif sur les substances albuminoïdes, mais il pensait que la transformation du zymogène en trypsine active se fait dans la glande pancréatique elle-même. Schiff et Herzen attribuèrent cette transformation à une substance sécrétée par la rate et amenée au pancréas par voie sanguine, hypothèse qui n'a point été confirmée par les recherches récentes.

M. Pavlov et ses élèves, en étudiant le rôle du *suc intestinal* dans la digestion, lui ont reconnu la propriété de renforcer l'action des ferments du suc pancréatique. Cette propriété de renforcement, relativement peu prononcée vis-à-vis de l'amylase et de la lipase, est, au contraire, extrêmement intense à l'égard de la trypsine. M. Pavlov a démontré que cette action de renforcement est due à la présence, dans le suc entérique, d'un ferment transformant la protrypsine en trypsine active, ferment auquel il a donné le nom d'*entérokinase*.

Ce ferment nouveau a été étudié plus complètement ensuite par les physiologistes français. MM. Delezenne et Frouin ont prouvé que, contrairement à ce que pensait M. Pavlov, le suc pancréatique normal ne contient jamais, au moment où il pénètre dans l'intestin, et quel que soit le régime auquel l'animal est soumis, de trypsine active : il n'acquiert de pouvoir protéolytique que lorsqu'il a été au contact du suc intestinal. L'entérokinase ne joue donc pas seulement, vis-à-vis du suc pancréatique, un rôle de renforcement; elle est un complément indispensable, sans le secours duquel le suc pancréatique est dépourvu d'action sur les albuminoïdes.

Cette notion si importante avait échappé à tous les physiologistes avant M. Delezenne, à cause des procédés défectueux employés pour se procurer du suc pancréatique : on fixait à la peau de l'abdomen l'orifice du canal de Wirsung avec le fragment de muqueuse duodénale dans lequel il s'abouche; or, il suffit de l'addition d'une infime quantité de suc entérique pour rendre la trypsine active, et le simple contact du suc pancréatique avec le bourrelet de muqueuse intestinale qui entoure l'orifice du canal est suffisant pour l'activer.

L'entérokinase n'est pas également répandue dans toute la longueur de l'intestin grêle; elle est surtout abondante au niveau du duodénum et du jéjunum et fait presque complètement défaut au niveau de l'iléon. Son origine est discutée : d'après M. Delezenne, elle serait produite par les leucocytes qui sont en si grande abondance dans la muqueuse, mais cette opinion a été vivement combattue; nos propres recherches nous ont amené à conclure qu'elle est sécrétée par les cellules de l'épithélium intestinal qui tapissent les villosités.

On a retrouvé l'entérokinase dans l'intestin de tous les vertébrés; il faut toutefois, pour qu'elle se forme, la présence du suc pancréatique. Celui-ci a la propriété de provoquer dans la muqueuse intestinale l'élaboration de la kinase. L'intestin privé de suc pancréatique fournit du suc entérique exempt d'entérokinase.

La découverte de la kinase intestinale a permis à MM. Dastre et Stassano d'élucider un fait jusqu'ici inexpliqué : la résistance des parasites intestinaux (tænias, ascaris) à l'action dissol-

vante des sucs digestifs. Ces parasites produisent une substance (antikinase) exerçant sur la kinase une action inhibitive, de sorte que la trypsine est dans l'impossibilité d'agir sur eux. M. Delezenne a montré que le sérum sanguin possède également une antikinase, ce qui explique sa résistance si remarquable à l'action de la trypsine.

A côté du suc intestinal dont le rôle est indispensable, la bile exerce aussi une action sur les ferments pancréatiques. Il ne s'agit ici que d'une simple action de renforcement, surtout prononcée vis-à-vis du ferment lipolytique; on sait, en effet, que l'absence de bile dans l'intestin entrave considérablement la digestion des graisses.

Le suc pancréatique est doué d'un *pouvoir bactéricide* et antitoxique grâce auquel il exerce vraisemblablement un rôle de protection pour le tube digestif contre certains micro-organismes pathogènes dont il empêche le développement.

Par sa réaction alcaline le suc pancréatique joue un rôle important pour régler le *fonctionnement du pylore* et permettre la pénétration du chyme acide de l'estomac dans le duodénum. En effet, chaque fois que le chyme gastrique vient au contact de la muqueuse duodénale, un réflexe, dû à l'action de l'acidité du chyme sur la muqueuse, ferme le pylore. Mais cette acidité est bientôt neutralisée par le suc pancréatique alcalin, et dès lors le pylore s'ouvre à nouveau. Ainsi est assuré le passage régulier et progressif de la digestion gastrique acide à la digestion pancréatique alcaline.

L'influence externe du *système nerveux* sur la sécrétion externe du pancréas a été étudiée par M. Pavlov : cet auteur a établi que le pneumogastrique est le nerf sécrétoire du pancréas et qu'il contient des fibres vasodilatatrices, des fibres excito-sécrétoires et des fibres inhibitrices. La sécrétion psychique n'est que de faible importance pour le pancréas.

On savait, depuis longtemps déjà, que toute une série de substances introduites dans le duodénum ont la propriété de provoquer la sécrétion du suc pancréatique. Il en est ainsi des *acides* et des *graisses* — qui, d'après M. Pavlov, constituent les excitants spécifiques de la sécrétion pancréatique —, de l'éther, du chloral, de l'alcool, etc. Il ne s'agit point là d'un simple mécanisme réflexe : un phénomène chimique ou humoral intervient pour provoquer la sécrétion pancréatique sous l'influence des acides. MM. Bayliss et Starling ont prouvé qu'il existe normalement dans les cellules superficielles de la muqueuse du duodéno-jéjunum une substance spéciale, insoluble (*pro-sécrétine*), qui, au contact d'une substance acide, se transforme en une substance soluble, la *sécrétine*. C'est cette dernière qui, pénétrant dans la circulation, parvient par voie sanguine au pancréas, lequel se met alors à sécréter abondamment. On peut préparer la sécrétine *in vitro* en traitant la muqueuse broyée de l'intestin par une solution d'acide chlorhydrique. Il suffit d'injecter le liquide ainsi obtenu dans un vaisseau pour provoquer une abondante sécrétion de suc pancréatique.

Des expériences nombreuses, dues principalement à MM. Enriquez et Hallion, à M. Wertheimer, ont établi que le mécanisme d'action des acides sur la sécrétion pancréatique est double, *humorale* par formation de sécrétine et pénétration de celle-ci dans le sang, et *réflexe* par action de l'acide sur les nerfs centripètes de la muqueuse duodénale. Il est difficile de dire quel est le plus important de ces deux mécanismes.

Quant aux autres excitants de la sécrétion pancréatique, les uns, comme le chloral, l'essence de moutarde, agissent aussi par le double mécanisme humoral et réflexe; d'autres, tels l'éther et la graisse, par action exclusivement réflexe; certains enfin, l'alcool et les savons alcalins notamment, par action exclusivement humorale.

On sait, depuis les recherches de M. Pavlov et de ses élèves, que les glandes de l'estomac proportionnent avec une précision remarquable leur travail sécrétoire au travail digestif à effectuer. On a attribué au pancréas la même faculté d'*adaptation* : la richesse du suc pancréatique en ferments serait exactement adaptée aux divers modes d'alimentation. Cette théorie ne doit être acceptée qu'avec réserves. Exacte peut-être en ce qui concerne les ferments amylolytique et lipolytique, elle ne peut être admise pour ce qui est du ferment protéolytique. Ce dernier est toujours sécrété à l'état d'inactivité, quel que soit le régime auquel l'animal est soumis; il ne devient actif qu'avec le concours de l'entérokinase; sa quantité, pas plus que celle de la kinase, n'est proportionnelle à la richesse de l'alimentation en albuminoïdes.

Etudions maintenant la *sécrétion interne* de la glande. L'extirpation complète du pancréas, réalisée pour la première fois par MM. von Mering et Minkowski, est suivie d'une glycosurie intense, permanente, rapidement mortelle. En même temps que la glycosurie, il existe une hyperglycémie considérable.

Il s'agit là de la suppression d'une fonction spéciale de la glande pancréatique, qui n'est autre que sa sécrétion interne.

Cette glycosurie et cette glycémie s'accompagnent d'une diminution rapide du glycogène dans les organes, de sorte que, quelques jours après l'extirpation, ils en contiennent beaucoup moins qu'à l'état normal. Il semble que les cellules de l'organisme, et notamment les cellules hépatiques, soient devenues incapables de fixer le glucose sous forme de glycogène. Cette incapacité du foie à emmagasiner le glycogène ne se produit que si l'extirpation du pancréas est absolument complète. Soumis à une alimentation exempte d'hydrates de carbone ou au jeûne complet, l'animal dépancréaté continue à produire du sucre. On n'est pas d'accord sur l'origine de ce sucre, les uns le faisant dériver des substances albuminoïdes, les autres des graisses.

L'extirpation incomplète du pancréas peut n'être suivie d'aucun effet ou entraîner seulement un diabète léger. L'extirpation complète détermine sans exception le diabète grave.

Par quel mécanisme la dépancréatisation produit-elle le diabète? Ce n'est pas par suite de la suppression de l'écoulement du suc pancréatique dans l'intestin, puisque la section des canaux excréteurs ou une extirpation incomplète ne provoquent pas le diabète. Ce n'est pas davantage par suite du traumatisme opératoire ou des lésions nerveuses, qui sont les mêmes, que l'extirpation soit complète ou partielle. On ne saurait admettre non plus que le pancréas soit le point de départ d'excitations nerveuses qui, réfléchies par le système nerveux central, agiraient sur les organes qui utilisent le sucre, car on peut, ainsi que l'ont fait M. Minkowski, M. Hédon, M. Thiroloix, prévenir le diabète en greffant simplement un fragment de pancréas sous la peau de l'abdomen, et provoquer la glycosurie en extirpant ce fragment, bien que cette opération n'intéresse que quelques filets nerveux cutanés.

On doit donc considérer ce diabète comme résultant de la suppression d'une fonction spéciale que le pancréas exerce par l'intermédiaire de la circulation, d'une sécrétion interne.

Comment agit cette sécrétion interne chez l'animal normal? Différentes théories ont été émises pour expliquer son action. On peut supposer que le pancréas a la propriété de détruire une substance dont la présence en excès dans l'organisme a pour effet de déterminer la glycosurie. Cette hypothèse est peu vraisemblable, car on ne comprendrait pas pourquoi l'organisme produirait constamment une substance destinée à être immédiatement neutralisée. Cependant, certains faits tendent à démontrer qu'on ne doit pas la rejeter complètement *a priori*. M. Leo a constaté que l'injection à des chiens d'urine de diabétiques, dépouillée du sucre, les rendait glycosuriques; M. Lépine a extrait du sang de chiens dépancréatés une substance qui, injectée à des cobayes, provoque chez eux la glycosurie. En outre, M. Lorand a récemment observé que la glycosurie disparaît chez les chiens dépancréatés si on leur extirpe le corps thyroïde, d'où la conclusion que la substance diabétogène serait produite par cet organe.

Toutes ces expériences méritent d'être reprises. Elles sont actuellement trop peu nombreuses, certaines manquent de précision et il semble qu'elles soient susceptibles d'une autre interprétation.

Une autre hypothèse pour l'explication du diabète expérimental consiste à admettre que le pancréas exerce normalement une action frénatrice sur la formation du sucre dans le foie. C'est la théorie de MM. Chauveau et Kauffmann : d'après eux, le diabète résulte uniquement d'une exagération de la production du sucre, la destruction de celui-ci dans les tissus restant normale. La sécrétion interne du pancréas agirait sur les centres nerveux et directement sur les cellules hépatiques, de manière à empêcher le gaspillage des réserves de glycogène et à maintenir la production du sucre dans de justes limites. En outre, le pancréas exercerait une action frénatrice sur la désintégration histologique des tissus; son extirpation serait suivie d'une hyperproduction de sucre aux dépens du glycogène et d'une désintégration tissulaire exagérée, ayant pour conséquence la pénétration dans le sang d'une grande quantité de matériaux aptes à former du sucre. Quant à la consommation du sucre par les tissus, elle ne serait nullement diminuée dans le diabète expérimental.

Ces expériences et leur interprétation ont été très critiquées par M. Hédon et par M. Lépine, et M. Kauffmann lui-même semble avoir abandonné cette manière de voir.

Une dernière hypothèse attribue le diabète pancréatique à une *diminution de la consommation du sucre dans l'organisme*. Cette théorie, défendue depuis nombre d'années par M. Lépine, tend de plus en plus à être acceptée. Si, en effet, on fait ingérer du glucose à des animaux dépancréatés, celui-ci reparaît intégralement dans les urines : l'organisme se montre incapable de l'utiliser.

M. Lépine a démontré que le sang possède tout au moins *in vitro*, grâce à la présence d'un ferment glycolytique, la propriété de détruire le sucre, et que ce pouvoir glycolytique du sang est moins prononcé chez les diabétiques que chez les sujets normaux. Cet auteur avait cru tout d'abord que ce ferment glycolytique était produit par le pancréas, mais plus tard il a reconnu l'inexactitude de cette manière de voir et il a admis que le pancréas exerce par son produit de sécrétion interne une action de renforcement sur la glycolyse dans l'organisme. Si on injecte dans le sang une macération de tissu pancréatique, la teneur en sucre diminue et le pouvoir glycolytique augmente fortement. Il se peut que la glycolyse se passe, en réalité, dans les tissus et non dans le sang; il n'en est pas moins vrai que la mesure du pouvoir glycolytique du sang nous fournit des indications sur l'activité glycolytique des tissus eux-mêmes.

Des travaux tout récents dus à MM. Cohnheim, de Mayer, Hirsch, Blumenthal sont venus confirmer l'hypothèse de M. Lépine, concernant l'action de renforcement du pancréas sur la glycolyse. MM. Cohnheim et Hirsch, notamment, ont publié depuis peu des expériences qui, si elles sont confirmées, jetteront une vive lumière sur la pathogénie du diabète expérimental. Ces auteurs, en étudiant la glycolyse non pas dans le sang, mais dans les tissus musculaire et hépatique, ont constaté que ces tissus n'ont qu'un pouvoir glycolytique faible ou nul, mais qu'ils deviennent énergiquement glycolytiques après addition de suc pancréatique, bouilli ou non. Le ferment glycolytique existerait, dans les organes précités (foie et muscles), à l'état de *proferment* qu'une substance thermostabile sécrétée par le pancréas et comparable aux ambocepteurs d'Ehrlich transformerait en *ferment actif*.

Si l'hypothèse est exacte, le foie, dans le diabète grave, doit avoir perdu son pouvoir glycolytique, par suite de l'insuffisance pancréatique, et c'est précisément ce qu'ont constaté MM. Jacoby, Blumenthal et Feinschmidt.

Telles sont les principales théories qui ont actuellement cours pour élucider la pathogénie du diabète pancréatique. Il serait hasardeux de rejeter complètement les deux premières, car les expériences qui constituent la base de la troisième sont encore trop récentes et en petit nombre. Mais il est désormais acquis d'une manière définitive que l'insuffisance pancréatique produit le diabète, et que cet organe agit par une sécrétion interne.

M. Hallion (de Paris, *co-rapporteur*. — J'examinerai successivement la sécrétion externe, puis la sécrétion interne du pancréas au point de vue pathologique. Ensuite j'étudierai l'utilisation thérapeutique de ces sécrétions.

Le suc pancréatique peut faire défaut dans

l'intestin : de là un certain nombre de troubles digestifs par déficit; l'excrétion du suc peut se trouver entravée, d'où des troubles par rétention et infection ascendante; enfin le suc peut s'épandre hors de ses voies naturelles, avec apparition de désordres dus à sa diffusion.

Le *déficit* du suc se présente quand les cellules sécrétantes sont détruites ou les conduits excréteurs oblitérés. Mais on peut concevoir que la fonction sécrétoire du pancréas soit suspendue, sans que la glande se montre altérée anatomiquement.

On sait que, normalement, cette sécrétion est déterminée par l'apport d'une solution acide (suc gastrique) au contact de la muqueuse duodénale, laquelle produit, dans ces conditions, une substance spécifique, la *sécrétine*, qui passe dans le sang, est charriée par lui jusqu'au pancréas et provoque la cellule pancréatique à sécréter.

Il est donc probable qu'un déficit de sécrétion pancréatique peut, en pathologie, ressortir soit à une maladie de l'estomac, soit à une maladie du duodénum, et n'a point pour condition nécessaire une lésion du pancréas lui-même.

La solidarité physiologique qui unit ces trois organes existe aussi à d'autres points de vue. Le suc duodénal renferme un ferment spécifique, l'entérokinase, qui, inactif par lui-même, renforce l'activité digestive du suc pancréatique; le suc gastrique contient non seulement un ferment protéolytique, mais encore un ferment stéatolytique, nullement négligeable d'après des recherches récentes.

Si l'on ajoute que la bile coopère à l'utilisation des graisses, que les bactéries intestinales paraissent prendre part — dans une mesure assez restreinte cependant — à divers actes digestifs, on pourra s'attendre à ce que les symptômes du déficit pancréatique ne soient ni pathognomoniques ni constants; des altérations d'autres organes peuvent les imiter; des interventions vicariantes peuvent les effacer. En fait, le déficit du suc pancréatique ne se traduit guère par des signes nets que s'il est porté à un degré considérable; de plus ces signes appartiennent surtout aux cas où il existe un obstacle absolu à l'excrétion.

Parmi ces symptômes, qui sont divers et de valeur pratique inégale, les plus importants sont aussi les plus anciennement connus, à savoir la stéatorrhée et l'azotorrhée.

L'insuffisance d'action du suc pancréatique vis-à-vis des graisses ingérées peut se traduire de deux manières, qui sont : 1° un défaut d'absorption, d'où résulte l'apparition d'un excès de graisse dans les selles (*stéatorrhée*); 2° un défaut de dédoublement, pour lequel nous proposons un mot nouveau : *hypostéatolyse*. Ces deux phénomènes sont bien distincts et souvent ils ne vont pas de pair.

La stéatorrhée peut être visible à l'œil nu, les selles contenant des gouttes huileuses ou de petites boules qui rappellent le suif. Quand elle est latente, l'examen microscopique fait constater dans les matières de nombreuses gouttelettes graisseuses, des cristaux d'acides gras; l'analyse chimique permet de doser exactement les résidus des graisses ingérées et, de plus, de séparer les graisses non digérées des acides gras et des savons, produits de digestion non absorbés. On fera ces recherches après un repas d'épreuve comportant une quantité connue de graisse (beurre). A l'état normal, l'homme absorbe environ de 85 à 95 % des graisses qu'il ingère : lorsque l'absorption sera très notablement inférieure à ces chiffres, on pourra dire qu'il y a stéatorrhée, même si les matières paraissent normales à l'œil nu.

D'autre part, sur 100 parties de matières grasses rendues par les selles, 75 % environ sont à l'état de graisses dédoublées et 25 % à l'état de graisse neutre. Quand la proportion de graisse dédoublée sera très inférieure à 75 % on pourra dire qu'il y a hypostéatolyse. Ce symptôme a plus de valeur que la stéatorrhée. En effet, cette dernière se voit le plus souvent lorsque le déficit biliaire est associé au déficit pancréatique (cancer de la tête du pancréas, par exemple). Dans le cas de déficit pancréatique pur, la stéatorrhée visible et même chimiquement appréciable manque très souvent; de plus elle peut survenir alors que le pancréas est normal.

L'étude chimique des fèces nous révèle différents types de combinaison de la stéatorrhée avec l'hypostéatolyse, suivant que nous avons affaire à un déficit de suc pancréatique, à un déficit de bile, ou à un trouble de l'absorption intestinale (R. Gaultier). L'absence simultanée de bile et de suc pancréatique a pour effet une utilisation presque nulle de graisse.

L'*azotorrhée* est un autre symptôme important d'insuffisance pancréatique. Chez le sujet sain, l'azote fécal représente seulement 5 ou 6 % de l'azote alimentaire. Toutes les fois que ce chiffre sera notablement dépassé, nous dirons qu'il y a azotorrhée.

Dans les selles d'un sujet sain, il n'existe ni albumine non digérée, ni produits immédiats de décomposition de l'albumine (peptones). Dans les troubles de la digestion, ces deux ordres de substances apparaissent. On peut les reconnaître par la méthode de Schmidt et la réaction du biuret.

L'azotorrhée peut être évidente à l'examen direct (morceaux de viande plus ou moins volumineux visibles dans les matières); plus souvent elle est latente et ne se révèle qu'au microscope (fibres musculaires plus ou moins altérées, à striation plus ou moins nette). Mais, pour la déceler nettement, l'examen chimique est nécessaire.

Il existe un certain nombre de faits cliniques qui démontrent l'importance de l'azotorrhée. Chez un diabétique à pancréas très atrophié, M. Fles constata dans les selles une grande quantité de débris musculaires non digérés; et le phénomène disparaissait, ainsi que la stéatorrhée, quand le malade ingérait du pancréas de veau. Des observations semblables ont été faites par d'autres auteurs.

On a vu chez certains sujets le chiffre de l'azote non utilisé monter de 5 à 32 %; M. Weintraud a même constaté 46 % d'azote dans les selles chez un malade atteint de pancréatite suppurée.

Pourtant la valeur séméiologique de ce symptôme est sensiblement diminuée par ce fait que l'azotorrhée appartient aussi à d'autres affections. D'après M. Gaultier, le rapport de l'azote des selles à l'azote ingéré, qui est de 4 à 5 % à l'état normal, atteint de 13 à 17 % quand il y a défaut de bile, de 26 à 33 % lorsque c'est le suc pancréatique qui manque et 60 % au cas d'affection de l'intestin grêle. Ce dernier chiffre est énorme, il tient à la fois à un défaut d'absorption et à un défaut de sécrétion de l'entérokinase.

C'est pourquoi l'azotorrhée prendra une valeur diagnostique d'autant plus grande qu'elle sera associée à d'autres signes d'insuffisance pancréatique : glycosurie ou stéatorrhée.

On connaît depuis longtemps l'*épreuve du salol*, et l'épreuve de Sahli (pilules à l'iodoforme enfermées dans des capsules de gluten, inattaquables par le suc gastrique et très rapidement dissoutes par le suc pancréatique). A l'état normal, la réaction de l'iode apparaît dans l'urine six heures après l'ingestion de la capsule, à condition que la motricité de l'estomac soit suffisante et l'absorption intestinale non retardée. Il semble que les résultats donnés par ces procédés soient douteux.

On a noté de plus que, dans les affections du pancréas, il y avait *accélération de la traversée digestive*, augmentation de la *richesse en eau* des fèces, et parfois abondance anormale des matières, enfin alcalinité exagérée de ces dernières. La sialorrhée et la lipémie, signalées par quelques auteurs, sont sans importance clinique.

Etudions, maintenant, la *rétention* du suc pancréatique.

La rétention aseptique, surtout la rétention complète, engendre toujours, en dehors des troubles digestifs par déficit, l'atrophie et la sclérose du pancréas; elle peut favoriser l'infection ascendante de l'organe; associée à d'autres processus, elle coopère à la production des kystes et de la lithiase. Elle ne détermine que faiblement, à elle seule, la diffusion du suc pancréatique en dehors de la glande, que nous trouverons à l'origine de diverses lésions : il faut pour cela que le suc soit non seulement retenu, mais encore empêché de se résorber; elle en est néanmoins un facteur capital et indispensable. Enfin, pour bien des auteurs, la rétention est la cause la plus commune des pancréatites aiguës et chroniques, surtout parce qu'elle permet l'*infection ascendante* de la glande.

C'est, en effet, par ascension des germes contenus dans l'intestin que se produit l'infection du pancréas, comme celle du foie. C'est là le mécanisme qui est presque toujours en cause, malgré les objections qu'on a faites à cette théorie, et qui sont basées principalement sur le pouvoir bactéricide du suc pancréatique et sur le grand nombre de constatations négatives au point de vue bactériologique. Toutefois, il faut faire remarquer que la rétention supprime le courant de chasse et altère les qualités du suc pancréatique; aussi rend-elle possible l'infection ascendante.

La *diffusion du suc* hors de ses voies naturelles, par suite d'une solution de continuité de ses conduits ou de certaines altérations des cellules glandulaires, exerce une action offensive sur les tissus imprégnés : la trypsine corrode les cellules, les membranes, les parois des vaisseaux; la stéapsine attaque la graisse. A la vérité ces effets ne sont pas aussi constants, aussi nets qu'on pourrait le croire : les tissus se défendent contre les ferments pancréatiques, et c'est ainsi que le péritoine sain en subit l'invasion sans dommage appréciable. Il faut donc que des conditions accessoires, encore mal connues, se surajoutent pour que la diffusion dont il s'agit engendre des désordres graves : hémorrhagies (particulièrement fréquentes et abondantes dans le pancréas), nécrose du tissu graisseux. On a beaucoup discuté et on discute encore la part respective qui revient au suc pancréatique et à d'autres agents — spécialement aux microbes — dans la production de ces lésions; des opinions diverses, divergentes, plus ou moins éclectiques, ont été formulées à cet égard.

Quoi qu'il en soit, il est difficile de ne pas attribuer au suc pancréatique diffusé un rôle pathogène essentiel dans une affection que Balser a décrite et qui, peu étudiée en France, a fait à l'étranger, surtout en Allemagne, l'objet de nombreux travaux, la *nécrose disséminée du tissu adipeux*.

Sur beaucoup de cadavres d'adultes, Balser remarqua, dans la graisse épiploïque ou sous-péritonéale de la région du pancréas, et plus souvent encore dans les dépôts graisseux qui avoisinent les interstices conjonctifs de cette glande, une altération particulière : c'étaient de petits nodules blancs ou blanc jaunâtre, opaques, tantôt punctiformes, tantôt atteignant les dimensions d'une lentille. Ces lésions, plus ou moins prononcées, affectent, avec une prédilection toute spéciale, le pancréas et le tissu graisseux qui l'avoisine, et il s'agit d'un dédoublement de la graisse comme le suc pancréatique en produit par l'effet de son ferment stéatolytique. Les recherches histologiques de Langerhans l'amenèrent à rattacher ces lésions à une diffusion du suc pancréatique.

Au point de vue clinique, la nécrose du tissu graisseux présente des degrés très variés de gravité : Balser l'avait constatée chez des sujets divers et chez des animaux sains, sous forme de petits nodules miliaires qui n'avaient pas causé grand désordre. Mais dans d'autres cas, à la suite d'affections du pancréas, le processus revêt une intensité et une extension extrêmes.

Cliniquement, la maladie débute par de violentes douleurs à l'épigastre, des vomissements, du météorisme, une constipation opiniâtre, une grande sensibilité à la pression au-dessus de l'ombilic. On trouve, quelquefois, du sucre dans l'urine et des fibres musculaires non digérées dans les selles. Les symptômes généraux sont graves : abattement, sueurs profuses, lipothymie, pouls petit et faible, hypothermie. Il y a parfois de l'ictère. Cette période, qui dure plusieurs jours, correspond à la pancréatite nécrosante, et l'on voit qu'il n'existe guère de symptômes spécifiques trahissant l'identité de l'organe lésé. Il en est de même dans le deuxième stade, si ce n'est que la glycosurie est un peu plus fréquente et qu'on trouve dans les selles des débris de graisses altérés et des fragments de pancréas mortifiés. Il peut également se former des collections liquides appréciables cliniquement.

Si donc la nécrose du tissu graisseux, quand elle est peu étendue, est généralement une simple trouvaille d'autopsie, elle peut revêtir, lorsqu'elle est intense et généralisée, l'aspect d'une affection très sévère.

La pathogénie de cette nécrose de la graisse est facile à comprendre. Il existe au début une

affection du pancréas : le suc pancréatique se répand hors des conduits naturels, dans les interstices interlobulaires et interacineux. Le ferment stéatolytique, exerçant son action dissolvante sur la graisse qu'il y trouve, va produire dans l'organe de petits foyers de stéatonécrose. Au ferment protéolytique revient peut-être aussi un rôle important, par suite de l'action dissolvante qu'il peut exercer sur les matières albuminoïdes des membranes et des cellules. Les acides gras engendrés se combinent avec la chaux provenant du sang, et forment des savons calciques, corps étrangers insolubles, qui tendent à s'éliminer.

Corrodés par le suc pancréatique, les vaisseaux intra-pancréatiques s'ouvrent çà et là et ainsi se produisent les hémorrhagies; par le fait de ces altérations vasculaires, le processus s'aggrave : dissociés, mal nourris, tous les éléments souffrent, tendent eux aussi à la nécrose.

Mais déjà le suc, poussé par la *vis a tergo*, favorisé dans sa dissémination par le péristaltisme intestinal, par les vomissements, a franchi les limites du pancréas et causé tout autour de lui les mêmes altérations : nécrose du tissu graisseux, par foyers d'abord disséminés, bientôt confluents, escharifications étendues, hémorrhagies plus ou moins nombreuses. Le plexus cœliaque, violemment irrité, détermine le syndrome grave et douloureux de l'iléus.

Parfois, par des fissures que la trypsine produit, ou par les communications lymphatiques transdiaphragmatiques, le suc pancréatique déborde de la région abdominale, gagne le thorax et porte la stéatonécrose jusque dans le tissu pleural et sous-péricardique.

Entre temps, des microbes émanés du pancréas ou de l'intestin envahissent parfois les tissus mortifiés, produisent de vastes abcès, et ajoutent leur influence destructive à celle du suc pancréatique qui a préparé le terrain.

Ainsi se conçoivent, sommairement, dans la théorie généralement acceptée (*théorie fermentaire*), et les lésions caractéristiques de la nécrose du tissu graisseux, et les altérations multiples qui peuvent la compliquer : hémorrhagies, inflammation, infection, mortifications d'ensemble. Certains auteurs pensent que ces dernières altérations sont primitives, d'ordre infectieux, et que la stéatonécrose est une conséquence de l'infection (*théorie microbienne*). Cette interprétation n'est plus admise aujourd'hui, surtout étant donné que des recherches expérimentales ont permis de réaliser la nécrose du tissu adipeux.

Langerhans, injectant du tissu pancréatique broyé dans la capsule adipeuse périrénale de lapins, produisit des foyers de nécrose du tissu adipeux, dont l'aspect histologique rappelait celui qu'avait décrit cet auteur dans les cas observés chez l'homme. Il attribua la nécrose à l'action de la stéapsine. Jung insérant après laparotomie, dans le péritoine de lapins, des fragments de pancréas gros comme le pouce, réussit à réaliser ainsi une nécrose du tissu adipeux tantôt superficielle, tantôt s'étendant à une certaine profondeur; il se produisait, en outre, une forte congestion et des suffusions hémorrhagiques dans la séreuse et la graisse sous-jacente. Il obtint des lésions semblables en employant de la trypsine pure et pense que ce ferment a une importance plus grande que celle de la stéapsine.

Les expériences de M. Hildebrand sont plus précises encore : cet auteur lia d'une part le canal de Wirsung à son embouchure duodénale, d'autre part il posa une ligature sur la portion splénique du pancréas et il y ajouta la ligature des veines de cette dernière portion, afin d'empêcher la résorption du suc par les vaisseaux sanguins : il détermina ainsi une nécrose typique du tissu adipeux, avec congestion et lésions hémorrhagiques. Une simple fistule pancréatique interne produisit des résultats presque aussi nets. Enfin, introduisant dans le péritoine, au lieu du suc pancréatique total, de la trypsine pure, il n'obtint que des hémorrhagies et les animaux périrent rapidement, mais sans nécrose de la graisse. M. Hildebrand conclut que la trypsine est la cause des hémorrhagies, tandis que la stéapsine, qu'on n'a pu isoler jusqu'ici de manière à l'employer pure, serait l'agent unique de la nécrose du tissu graisseux. Les expériences de M. Körte qui réalisa des pancréatites septiques donnèrent des résultats analogues. Enfin, M. Oser déclare avoir vu, à maintes reprises, survenir des nécroses de la graisse dans le cours de diverses opérations sur le pancréas, surtout après des résections partielles avec implantation de fragments de pancréas dans le tissu graisseux. Des résultats positifs furent obtenus expérimentalement par Biedl, Williams, Katz et Winkler, Desjardins, Flexner. Ce dernier auteur montra, de plus, que le ferment stéatolytique existe dans les foyers récents de nécrose du tissu graisseux d'où il disparaît au bout de quelques jours.

Il semble donc que, malgré les objections qu'on a faites à la théorie fermentaire, c'est bien celle-ci qu'on doive adopter pour expliquer la nécrose multiple : l'expérimentation la rend très probable, et les faits anatomo-cliniques viennent la prouver d'une manière évidente.

Nous en aurons fini avec l'étude de la sécrétion externe de la glande, quand nous aurons signalé l'*influence pathogène du suc sur les hémorrhagies pancréatiques* (toute hémorrhagie se produisant dans le pancréas tend à y prendre des proportions considérables sous l'action du suc diffusé); l'effet du suc sur les *pancréatites aiguës* (les hémorrhagies sont, au niveau du pancréas enflammé, beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus importantes qu'au niveau des autres glandes, ce qui tient à l'influence du suc pancréatique); la *participation possible du suc à la pathogénie de certains symptômes*. On sait que dans les pancréatites aiguës, l'état général devient immédiatement très grave, semblable à celui qu'on observe dans les péritonites, et cet état évoque l'idée d'une intoxication profonde : il se peut que le suc, atteignant le plexus solaire et ses ganglions, y détermine une violente irritation, qui provoquerait à son tour des réflexes dépresseurs intenses, notamment dans le système circulatoire. Enfin, on s'est demandé si l'on ne pourrait pas, en recherchant dans le sang et dans l'urine soit les ferments spéciaux du suc pancréatique, soit un produit anormal résultant du dédoublement de la graisse, diagnostiquer la diffusion dans l'organisme du suc pancréatique qui accompagne presque toujours les pancréatites aiguës et la stéatonécrose. Il y aurait à cela un grand intérêt pratique, car la pancréatite aiguë et la nécrose disséminée sont justiciables de l'intervention chirurgicale précoce, comme en témoignent quelques guérisons. On a conseillé de rechercher, au cours des laparotomies exploratrices, les ferments pancréatiques dans la sérosité péritonéale (White), et l'on a fait des recherches analogues dans l'urine (Opie, Cammidge). On ne peut encore se prononcer sur la valeur de ces résultats.

La question des désordres subordonnés à l'action du suc pancréatique diffusé dans les tissus vivants n'est pas complètement élucidée dans tous les points; elle fournira encore matière à de nouvelles investigations. Elle comporte, au point de vue chirurgical, des considérations pratiques; d'après l'état actuel de nos connaissances, on n'a pas à redouter beaucoup les traumatismes opératoires de la glande, mais il est sage, néanmoins, d'obvier, autant que possible, à l'imprégnation des tissus par le suc.

La *sécrétion interne* du pancréas, en dehors de propriétés accessoires ou douteuses, semble bien avoir pour action essentielle une régulation des métamorphoses du sucre dans l'organisme; entre la glycosurie passagère occasionnelle, qui n'a pas la moindre gravité, et le diabète le plus sévère, la clinique doit évidemment établir une différence, mais, au point de vue pathogénique, auquel nous nous placerons, il n'y a là que l'expression diversement accusée des mêmes processus.

Le diabète pancréatique, nettement établi par M. Lancereaux et réalisé expérimentalement par MM. von Mering et Minkowski, n'est point nécessairement un diabète maigre, comme l'avait cru tout d'abord M. Lancereaux : ce n'est point non plus toujours un diabète grave à évolution particulièrement rapide. Chez les sujets atteints de lésions du pancréas, on observe tous les degrés de gravité, à partir de la simple glycosurie alimentaire, qui serait ainsi un signe d'insuffisance pancréatique très légère. Et il est impossible, actuellement, de faire le diagnostic précis du diabète pancréatique, à moins que des indices caractéristiques ne permettent de présumer une maladie du pancréas : or, précisément, les symptômes digestifs du déficit pancréatique semblent ne pas s'associer volontiers à cet autre symptôme de déficit que représente le diabète. Et, entre le diabète pancréatique et les autres formes de diabète, il n'y a point de différences cliniques tranchées. L'autopsie seule, avec examen histologique, permet à cet égard une conclusion ferme. Or, certains auteurs prétendent qu'il existe des lésions pancréatiques dans toutes les formes de diabète.

Nous n'insisterons pas sur les expériences qui ont établi d'une manière définitive que la suppression du pancréas produisait le diabète, non plus que sur les théories pathogéniques auxquelles ce fait a donné lieu.

MM. Chauveau et Kaufmann pensèrent que la sécrétion du pancréas, par un mécanisme d'ailleurs complexe, modérait normalement la production du sucre dans le foie; d'où glycémie et glycosurie quand la fonction du pancréas se supprime. Au contraire, d'après M. Lépine, à qui l'on doit, sur cette question, une longue série de travaux qui suscitèrent de nombreuses discussions et recherches, le pancréas produit normalement une substance qui favorise la destruction du sucre dans l'organisme. Ainsi, tandis que le diabète pancréatique serait lié, dans l'hypothèse de MM. Chauveau et Kaufmann, à une glycosoformation exagérée, il se rattache, suivant M. Lépine, à une glycosodestruction (glycolyse) insuffisante.

Des recherches récentes de M. Cohnheim et des expériences de MM. Lépine et Boulud ont confirmé l'opinion de M. Lépine dans ce qu'elle avait d'essentiel : par injection de macération de pancréas, ces derniers expérimentateurs ont réalisé une hypoglycémie et une exagération extraordinaire du pouvoir glycolytique du sang.

Mais la glycosurie n'est pas tout dans le diabète. Comment expliquer l'amaigrissement et la consomption qui s'y joignent le plus souvent dans le diabète pancréatique? On peut les attribuer en partie à une insuffisance parallèle de la sécrétion externe de la glande, bien que les signes de cette insuffisance manquent très souvent. On peut aussi admettre que le produit de sécrétion interne a également une action sur le métabolisme en général : il modérerait l'histolyse, la désintégration des tissus, et son déficit contribuerait ainsi à l'amaigrissement rapide de certains diabétiques. Enfin, la déperdition excessive de sucre entraîne la formation d'hydrates de carbone, dans l'organisme, aux dépens de l'albumine ou des graisses des tissus.

La polyphagie n'est pas une conséquence forcée de l'autophagie, car elle fait habituellement défaut dans le diabète expérimental; la polyurie, la polydipsie ne sont pas non plus étroitement liées à la glycosurie. La pathogénie de ces symptômes accessoires demeure obscure; ils manquent le plus souvent quand, chez les chiens, on enlève la glande en totalité, et ils appartiennent surtout au diabète lié à une extirpation incomplète du pancréas (diabète de Sandmeyer des auteurs allemands).

Il semble bien qu'on doive localiser dans les *îlots de Langerhans* la sécrétion interne du pancréas.

On sait que l'îlot a les caractères histologiques d'une glande à sécrétion interne; on sait aussi que, pour M. Laguesse, les cellules insulaires proviennent des cellules acineuses et qu'à leur tour elles peuvent retourner à la forme acineuse, comme le prouve le grand nombre de formes de passage qu'on trouve dans toute glande pancréatique; ces notions ont été confirmées en tout ou en partie par les recherches de MM. Diamare, Opie, Ssobolev, Hansemann. Enfin, d'assez nombreux faits anatomo-cliniques qui, en l'espèce, sont plus démonstratifs que les faits expérimentaux, ont été relatés par MM. Sauerbeck, Truhart, Gellé. On a trouvé qu'il y avait diabète quand les lésions insulaires étaient marquées (sclérose, dégénérescence hyaline, dégénérescence graisseuse), et que ces lésions manquaient dans un grand nombre de cas d'affections diverses du pancréas sans glycosurie. MM. Wright, Weichselbaum, Hansemann, Schmidt, J. Lépine, Halasz, Finney, Lancereaux et Laguesse, Thoinot et Delamare, Hoppe-Seyler ont publié des travaux favorables à la théorie insulaire. Le mémoire d'ensemble de M. Sauerbeck est également en faveur de cette théorie. Les faits contraires — beaucoup moins nombreux — peuvent s'expliquer, si l'on admet que les îlots prennent dans

la sécrétion interne du pancréas une part importante, mais non point exclusive. C'est l'opinion de M. Laguesse et celle aussi de M. Lépine, qui pense que les acini participent à la sécrétion interne, puisque la simple ligature du canal de Wirsung est suivie d'une augmentation du pouvoir glycolytique du sang.

Quelles sont les *indications thérapeutiques* qu'on peut tirer de l'étude des sécrétions du pancréas? Tout d'abord l'*opothérapie* peut se proposer d'obvier au déficit de sécrétion externe ou interne de la glande; ensuite on peut essayer, par des moyens physiologiques, de modifier la sécrétion pancréatique.

L'ingestion de pancréas ou de suc pancréatique peut amener une diminution de la stéatorrhée et de l'azotorrhée chez les diabétiques. Quant à son action sur le diabète lui-même et plus particulièrement sur la glycosurie, elle n'a donné que des résultats variables : cette étude serait à reprendre en ne l'appliquant qu'à des cas de diabète pancréatique et non à des formes diverses de la maladie.

Pour exciter la sécrétion du pancréas, M. Enriquez a proposé l'ingestion d'acide tartrique enrobé dans des capsules de gluten que l'estomac ne digère pas (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 51) : cette « médication acide duodénale » a réussi dans plusieurs cas de dyspepsie intestinale.

M. Lépine (de Lyon). — Je dois rappeler que la diminution de la sécrétion du sucre chez les diabétiques a été prouvée il y a près de trente ans par M. Bouchard, et que M. Hanriot a montré l'énorme différence des échanges respiratoires qui existe entre l'homme sain et le diabétique. Sans contester que la sécrétion interne exerce une influence modératrice sur le foie, comme le pense M. Chauveau, je soutiens, depuis quinze ans, que la sécrétion interne du pancréas excite la glycolyse. Depuis plusieurs années, j'admets que cette action n'est pas directe, mais *indirecte*. Il faut, en effet, plusieurs heures, pour que le suc de la glande pancréatique injecté dans une veine augmente le pouvoir glycolytique du sang. Le suc agit donc en amenant une *réaction cellulaire*. Ce que j'ai vu récemment de nouveau avec M. Boulud, c'est que ce suc, même chauffé un quart d'heure à 100°, exerce encore une action manifeste. C'est là un fait qui a peut-être un certain intérêt thérapeutique : on pourra, sans doute, injecter sous la peau un produit absolument stérile et dépourvu de tout pouvoir tryptique.

Achylie gastrique.

M. Bosquier (de Lille). — J'ai observé un cas du syndrome décrit par M. Einhorn en 1892 et que certains auteurs nomment apepsie ou anacidité gastrique; il montre bien l'importance du rôle de suppléance joué par l'intestin et constitue ainsi un commentaire clinique des recherches physiologiques exposées par MM. Falloise et Hallion à propos de la sécrétion pancréatique.

Dans ce cas, les repas d'épreuve ont donné une acidité totale presque nulle (0.2 ‰), avec absence d'acide chlorhydrique libre et de peptones, et faible taux des chlorures. Le malade offrait de la constipation et de la dysphagie douloureuse. Le liquide ramené par le repas d'épreuve, minime au début des accidents, augmenta parallèlement avec l'amélioration générale. L'achylie, après être restée latente, se déclara par des symptômes graves d'emblée, donnant des craintes de cancer gastrique, que l'exploration chimique a permis d'écarter; le malade a presque regagné son poids primitif et se trouve maintenant dans un état à peu près satisfaisant, grâce à une suppléance intestinale efficace.

Le cœur dans la maladie de Friedreich.

M. Lannois (de Lyon). — Le cœur est très fréquemment altéré dans le tabes familial, et Friedreich lui-même avait déjà noté la fréquence des manifestations cardiaques dans cette affection. Le plus souvent, il s'agit de faiblesse cardiaque, de tachycardie coexistant souvent avec d'autres symptômes bulbaires, d'arythmie, de signes physiques d'hypertrophie cardiaque. Très fréquemment les malades meurent par collapsus cardiaque, à l'occasion ou au début de la moindre maladie intercurrente. Anatomiquement, c'est le myocarde qui est surtout frappé et des lésions interstitielles témoignent d'une atteinte déjà ancienne et chronique. Il en était ainsi dans un cas que nous avons récemment observé avec M. Porot.

M. Aubertin a signalé la fréquence relative des lésions orificielles congénitales chez les malades atteints de tabes familial et pense qu'il y a dans cette coïncidence un argument en faveur de la théorie congénitale de la maladie de Friedreich.

Pour nous, la majorité des cardiopathies chroniques, dans cette affection, ne sont que la séquelle d'une maladie infectieuse de l'enfance; elles évoluent parallèlement à la lésion médullaire, et, dans bien des cas, lésions médullaires et lésions cardiaques doivent être considérées comme deux manifestations jumelles d'un même processus infectieux ou toxi-infectieux, ce qui est en faveur du rôle de plus en plus grand attribué à l'infection dans l'étiologie de la maladie de Friedreich.

La rareté relative des lésions congénitales du cœur par rapport aux lésions inflammatoires ne permet pas de considérer les premières de ces lésions comme un argument suffisant en faveur d'une théorie congénitale, d'autant que rien ne prouve que les lésions dites congénitales ne sont pas le résultat d'une infection ou d'une toxi-infection fœtale.

Dermatose bulleuse et onyxis trophonévrotique au cours du rhumatisme blennorrhagique.

M. Balzer (de Paris). — Chez un homme atteint de rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire, j'ai observé, dès le début du rhumatisme, de la conjonctivite métastatique, en même temps que se montrait, à la plante des pieds et à la paume des mains, une éruption d'abord vésiculeuse, puis formée de grosses bulles à contenu séreux, localisée surtout sur les bords des mains et des pieds et aux parties latérales des doigts et des orteils; simultanément on constatait une altération rapide avec chute successive de tous les ongles des pieds et des mains. L'éruption avait occasionné des douleurs vives nécessitant le séjour au lit d'une manière absolue La chute des ongles doit ici être attribuée uniquement à la blennorrhagie, la syphilis ne pouvant être incriminée.

Cette succession d'efflorescences, dermatite bulleuse, dermatite exfoliante localisée aux mêmes points, s'explique par l'action des toxines de la blennorrhagie sur la moelle; celle-ci réagit à distance sur les nerfs trophiques de la périphérie et provoque le développement de ces lésions qui siègent surtout aux extrémités.

Sur la bactériologie du rhumatisme articulaire aigu.

M. Herry (de Liège). — Différents auteurs ont déjà trouvé des microbes qu'ils considèrent comme l'agent pathogène du rhumatisme articulaire aigu. Sans parler du bacille d'Achalme, un diplocoque a été décrit par MM. Beaton, Walker, Poynton, Triboulet. Nous avons personnellement constaté dans le sang la présence d'un diplocoque analogue 8 fois sur 15 cas de rhumatisme articulaire aigu, généralisé, et souvent compliqué d'endocardite, et une fois dans le liquide pleural d'une pleurésie rhumatismale. Nous avons recherché également dans le sérum des rhumatisants une sensibilisatrice à l'égard de ce diplocoque : nous l'avons trouvée dans tous les cas, et ne l'avons jamais constatée chez des sujets non rhumatisants. L'agglutination a toujours été positive ; parfois, le sérum de malades non atteints de rhumatisme agglutinait, mais avec beaucoup moins d'intensité. L'inoculation des cultures au lapin et au chien n'a donné que des résultats douteux.

La lutte contre l'ankylostomiase.

M. Lambinet (de Liège) fait une communication dans laquelle il déclare que, ni par les antiseptiques, ni par le sel marin, on ne peut pratiquement songer à désinfecter les mines et les chantiers contre le ver du mineur; mais il serait à souhaiter qu'on pût recouvrir les matières fécales de chaux, qui forme une croûte impénétrable à l'air, car les larves ne peuvent vivre à l'abri de l'oxygène.

M. Herman (de Mons) rappelle ses expériences sur la pénétration des larves d'ankylostome par la peau (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 57).

M. Honoré (de Liège), qui a étudié la formule leucocytaire d'un grand nombre de sujets infestés par l'ankylostome, conclut de ses recherches que l'éosinophilie est constante chez eux (5 à 20 %); mais il est difficile de dire si son intensité est en rapport avec le nombre d'ankylostomes qu'on peut faire expulser au malade; en injectant dans les veines du lapin des produits d'ankylostome, il a obtenu une polynucléose passagère, mais pas d'éosinophilie.

M. Sabrazès relate, avec pièces à l'appui, un cas mortel d'ankylostomiase généralisée.

M. Crespin (d'Alger), se basant sur les faits qu'il a observés au cours d'une épidémie de variole, attire l'attention sur l'importance des vésicules du pharynx au point de vue du diagnostic précoce de l'affection, sur la bradycardie du début (40 à 60), qui est, pour lui d'un bon pronostic, sur les associations morbides et sur la fréquence de la variole hémorrhagique chez les paludéens dont le foie est antérieurement lésé. Il ne croit pas que la variole prédispose à la tuberculose, car, depuis qu'en Algérie on a abandonné la variolisation pour la vaccination, la tuberculose a augmenté d'une façon considérable.

Dr Ch. Aubertin,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

DIX-HUITIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 2 au 7 octobre 1905.

De la conservation dans le traitement des traumatismes des membres.

M. Nimier, *rapporteur*. — Pour juger des résultats de la chirurgie conservatrice dans le traitement des traumatismes des membres, il importe tout d'abord de préciser le but qu'elle se propose, et qui vise non seulement la *restauration de la forme*, mais plus encore le *rétablissement de la fonction* ou à son défaut l'obtention d'une *suppléance fonctionnelle* du segment traumatisé. Plus le résultat anatomique sera voisin de la perfection, plus le résultat fonctionnel sera satisfaisant, moindre sera le dommage subi par le patient.

La conservation, dans le traitement d'un membre traumatisé, ne doit donc pas consister seulement dans le fait « que ce membre ne périsse pas », il doit s'y ajouter l'idée de réparation anatomique et fonctionnelle. Aussi la conservation réclame-t-elle plus d'activité chirurgicale que l'amputation : pansements, interventions opératoires variées, soins orthopédiques, voilà tout ce que doit éveiller l'idée de la conservation.

Même en se limitant aux traumatismes des membres, cette activité de la chirurgie conservatrice trouve à s'exercer dans des conditions bien diverses. L'aspect des traumatismes n'est-il pas en rapport d'une part avec la nature et le mode d'action des agents vulnérants, et d'autre part avec les éléments anatomiques traumatisés? De plus, il convient de tenir compte des infections qui peuvent se surajouter à la lésion et de la résistance vitale du blessé.

Pour envisager les limites, les moyens et les résultats de la conservation dans le traitement des traumatismes des membres, il faut distinguer successivement ce qui concerne : 1° la conservation *primitive*, c'est-à-dire appliquée au traitement du traumatisme qui vient de se produire; 2° la conservation *prolongée*, qui correspond à l'évolution favorable ou non des tentatives de conservation; 3° la conservation *définitive*, dans laquelle le résultat du traumatisme est acquis.

Cette classification peut être complétée d'après une base anatomique et physiologique, si l'on tient compte de ce qu'un membre se résume dans un assemblage de leviers actifs. Par suite, les indications thérapeutiques découlent des lésions du système ostéo-articulaire, du système moteur musculaire, des agents vasculaires et nerveux, et enfin de la gaine d'enveloppe cutanéo-aponévrotique.

La chirurgie conservatrice, en matière de traumatismes des membres, a évolué. Autrefois la nature faisait à elle seule les frais de la guérison, lorsqu'elle n'était pas troublée dans

ses efforts par de malencontreuses pratiques chirurgicales. Celles-ci ayant disparu à l'avènement de l'ère pasteurienne, les allures de la conservation se sont modifiées, et le chirurgien s'est décidé à agir sans attendre d'avoir la main forcée. Il considère maintenant l'amputation comme une dernière ressource; il s'efforce de prévenir et de dissiper les difficultés que lui crée l'infection; enfin, grâce aux progrès de la technique opératoire, il devient assez hardi pour chercher la correction des lésions persistantes.

Actuellement, grâce aux facilités plus grandes d'un diagnostic précoce, la chirurgie conservatrice doit viser à obtenir la correction des lésions primitives, non seulement par une application plus exacte des procédés non sanglants, mais encore au besoin par une intervention opératoire pratiquée sans retard, aussitôt que l'indication en est saisie.

En raison du perfectionnement de sa technique, la chirurgie conservatrice a élargi son domaine au point qu'elle semble ne plus lui reconnaître de limites. Quelles que soient l'étendue et la gravité des lésions, la conservation d'un membre blessé trouve des défenseurs, et pour ceux-ci la mortification de la partie traumatisée, la mort par infection de l'organisme doivent devenir menaçantes avant qu'il soit indiqué de recourir à une amputation. Déjà en 1895, M. Reclus disait : « Depuis plus de sept ans je propose de proscrire, *absolument et sans exception*, les amputations dans les traumatismes des membres. » Incontestablement, à l'heure actuelle, ses imitateurs sont légion.

Sans doute, le premier devoir d'un chirurgien, aussitôt après un grand traumatisme, est de combattre la dépression nerveuse, le *shock* qu'a subi le blessé. Or, sauf une ligature d'artère, indispensable en cas d'hémorrhagie, tout traumatisme chirurgical aggraverait sûrement la situation qu'un traitement simplement médical contribuera à améliorer.

Le *shock* dissipé, l'hémorrhagie primitive arrêtée, la décision du chirurgien, au point de vue de l'amputation ou de la conservation, doit être basée sur les risques de mort plus que sur ceux d'inutilité et de gêne du membre conservé; nombreux sont, en effet, les résultats satisfaisants obtenus contre tout espoir. Dans la pratique des traumatismes des membres, la mort à plus ou moins courte échéance relève de l'infection; c'est donc contre celle-ci qu'il convient de lutter, par l'emploi des procédés d'antisepsie ou d'asepsie. A dire vrai, il ne faut pas s'illusionner sur la valeur de la *désinfection*, terme si fréquemment employé en chirurgie. En effet, la confiance dans les antiseptiques a fait place au scepticisme, voire même à la crainte de l'influence néfaste que ces agents peuvent exercer sur les tissus; cependant, l'oxygène, d'après les recherches de M. Thiriar (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 175), mériterait d'être conservé à titre d'antiseptique. En règle générale, on visera donc moins à la destruction des germes morbides qu'à leur élimination, à la neutralisation des toxines qu'à leur excrétion; en un mot, on fera de l'asepsie.

Grâce à ces méthodes, il est permis au chirurgien de ne plus considérer les prévisions d'infection comme une contre-indication à la conservation primitive des membres traumatisés. Il peut attendre et laisser se dessiner la lutte qui se déroulera peut-être sous ses yeux entre l'organisme et les agents microbiens, quitte à intervenir au moment jugé opportun. Et, au total, les limites de la conservation primitive sont fixées exclusivement, pour la majorité des chirurgiens, par les accidents infectieux qui, rebelles à toute résistance du patient et du médecin, menacent de causer la mort.

Ce n'est pas à dire, néanmoins, que le rôle de la chirurgie conservatrice primitive ne doive parfois être plus actif. C'est ainsi que la réparation du traumatisme par intervention opératoire trouve ses indications dans quelques cas de *luxation* (réduction à ciel ouvert), et plus encore quand il y a *fracture* des extrémités articulaires, notamment à l'épaule : en pareille occurrence, de l'existence constatée de telle ou telle déformation osseuse découle comme conclusion l'impossibilité d'une restauration naturelle de l'article, et par suite la nécessité d'une réparation chirurgicale; l'extraction des fragments, la suture para-osseuse ou osseuse, la fixation à l'aide de griffes ou d'agrafes pourront, selon les cas, être employés avec succès. Même dans le traitement des fractures diaphysaires, il y aura quelquefois avantage — à la jambe, par exemple — à assurer la contention des fragments au moyen de la suture.

Pour ce qui est du *système musculo-tendineux*, une intervention primitive peut devenir nécessaire : suture de tendons sectionnés ou désinsérés, recouvrement de tendons dénudés, etc., etc.

Les *lésions des vaisseaux* posent la question du choix entre la suture et la ligature; sans vouloir condamner toute tentative de suture vasculaire, il nous semble que cette dernière ne doit pas être systématiquement préférée à la ligature, laquelle n'expose pas aux dangers qu'on est porté à lui attribuer, au cas où une circulation collatérale ne se développerait pas.

Quant aux *nerfs*, en présence des difficultés du diagnostic différentiel entre la section nerveuse et la simple contusion, nous sommes réduits à considérer l'existence de troubles nerveux comme une indication complémentaire d'intervention, dans les fractures avec déplacement.

Ceci dit de la conservation *primitive*, il me suffira d'ajouter que la conservation *prolongée* consiste dans l'emploi de soins et d'opérations *complémentaires*. Les premiers se résument dans la mise en œuvre des multiples procédés dont dispose la mécanothérapie; parmi les secondes, je citerai, à titre d'exemples, celles qui sont dirigées contre l'englobement d'un nerf dans un cal vicieux, contre un anévrysme, une fracture non consolidée, etc. Pour ces interventions, la question qui se pose est moins celle de leur légitimité — qui ne saurait guère être discutée — que celle du choix du moment où il faut opérer; en thèse générale, on ne doit pas trop attendre, à notre avis : l'anévrysme une fois constaté, pourquoi le laisser grossir? Est-il logique, avant d'agir, de donner à l'étranglement nerveux le temps de se compléter? Faut-il, dans les retards de consolidation, épuiser la série des moyens non sanglants, alors qu'une intervention peut seule être efficace s'il y a, par exemple, interposition musculaire?

Enfin, la conservation a produit tous ses effets; elle est *définitive*; c'est dire que le membre traumatisé est définitivement conservé, que l'état présent du blessé doit être considéré comme définitivement acquis : c'est ou la guérison complète, ou la persistance d'une infirmité. Le rôle du chirurgien est alors — surtout en matière d'accidents du travail — de juger des résultats. Or, à supposer même que la conservation ait procuré la guérison anatomique, il ne faut pas oublier que si celle-ci a d'ordinaire pour corollaire la guérison fonctionnelle, ce rapport cependant n'est pas absolu : les névroses traumatiques, de plus en plus fréquentes, nous en fournissent souvent la preuve. De plus, il convient de soigneusement distinguer entre le fonctionnement *idéal* du membre, établi d'après le schéma de sa structure anatomique, et son fonctionnement *réel*, tel qu'il résulte du genre de vie de l'individu; on aura à ce point de vue à tenir compte de l'âge, de l'existence de diathèses héréditaires ou acquises (arthritisme, paludisme, diabète, alcoolisme), du milieu dans lequel vit le blessé, etc. Ces multiples éléments devront intervenir pour l'appréciation du résultat final.

M. Le Dentu (de Paris). — Je désire insister sur l'utilité des lavages antiseptiques dans le traitement des grands traumatismes des membres. Quoi qu'on ait dit, je ne puis pas croire que les solutions antiseptiques n'aient pas une efficacité plus grande que l'eau simplement stérilisée; de même les pansements faits avec des gazes antiseptiques doivent être plus actifs que ceux qu'on réalise avec la gaze aseptique. On a exagéré considérablement les inconvénients des antiseptiques au point de vue de leur action destructive, et il suffit d'éviter les solutions trop concentrées pour n'avoir aucune action nocive à redouter. Pour ma part, je reste convaincu que l'antisepsie est préférable à l'asepsie dans le traitement des plaies infectées.

M. Kirmisson (de Paris). — J'ai retrouvé 10 observations de grands traumatismes des membres chez des enfants. Dans 5 cas il s'agissait d'écrasements du membre supérieur; deux fois seulement j'ai dû faire secondairement une désarticulation du poignet, alors que si j'avais fait une amputation primitive, j'aurais dû certainement amputer à un niveau beaucoup plus élevé. Les résultats du traitement conservateur ont été également excellents chez quatre autres enfants, atteints d'écrasement du membre inférieur. Un seul est mort de tétanos; on avait négligé de lui faire les injections préventives de sérum antitétanique que l'on emploie systématiquement dans mon service.

M. Bœckel (de Strasbourg). — Je voudrais attirer votre attention sur un procédé de contention de certaines fractures transversales des os longs. Ce procédé, qui a été imaginé par Birscher, consiste à placer une cheville d'ivoire dans le canal médullaire des deux fragments de l'os fracturé. Je l'ai employé plusieurs fois et j'en ai obtenu d'excellents résultats, alors que la suture osseuse était impuissante à maintenir la contention.

J'ai eu l'occasion de pratiquer 35 interventions tardives pour des lésions graves des membres consécutives à de grands traumatismes; toutes ces opérations ont donné un résultat fonctionnel excellent.

M. Lejars (de Paris). — J'ai abandonné depuis dix ans l'amputation primitive dans les écrasements des membres, non point en raison de sa gravité, qui n'est pas aussi considérable qu'on le dit, mais parce qu'elle est toujours excessive et que, pour réussir, elle doit toujours être faite trop haut.

Je crois donc que ses indications sont absolument exceptionnelles, mais je ne pense pas, pour cela, qu'il faille nécessairement conserver tout le foyer de broiement; j'excise ce qui ne tient plus ou ce qui tient à peine, je pratique ensuite de grands lavages au sérum artificiel très chaud et je fais un pansement à la gaze aseptique imbibée d'alcool, s'il reste beaucoup de débris.

J'ai obtenu, de la sorte, de bons résultats dans les cas où l'intervention a pu être faite de bonne heure.

Pour ce qui est des luxations irréductibles plus ou moins anciennes, j'estime que l'intervention par exérèse est la meilleure. L'arthrotomie avec réduction m'a donné, en effet, des résultats défectueux dans 5 cas, dont 2 ayant trait à des luxations du coude et 3 concernant des luxations de l'épaule, tandis que la résection m'a fourni des résultats meilleurs.

M. Doyen (de Paris). — Les interventions primitives dans les traumatismes des membres sont relativement rares, parce que le plus souvent on se trouve en présence de lésions déjà infectées. Je ne saurais trop insister sur la valeur de l'irrigation continue dans le traitement des foyers traumatiques déchiquetés et anfractueux; sous son influence on voit la température baisser immédiatement et les plaies bourgeonner activement. Même avant l'asepsie, cette vieille méthode donnait d'excellents résultats, et je crois qu'on a tort de ne pas y recourir plus souvent. On doit pour cette irrigation continue se servir d'eau bouillie et additionnée de phénol dans la proportion de 1 % ou de liqueur de Labarraque dans la proportion de 5 à 10 %.

En ce qui concerne les lésions vasculaires, la suture des veines constitue un progrès très important, et on la réalise aujourd'hui très facilement grâce aux progrès de la technique. Je viens pour ma part de faire avec succès une suture à plein calibre des deux bouts de la veine axillaire, sectionnée transversalement. Pour faciliter la suture des veines, il est utile d'employer l'aspiration du champ opératoire, au moyen d'un tube aseptique relié à une trompe à vide.

M. Bousquet (de Clermont-Ferrand). — J'ai vu, il y a trois ans, une petite fille de sept ans qui avait eu le pied complètement sectionné par une faucheuse; seul le tendon d'Achille était respecté. Je rétablis l'articulation aussi bien que possible, je suturai les tendons sectionnés; à mon grand étonnement, le pied ne se sphacéla pas et la guérison fut obtenue.

Dans un autre cas identique, j'ai réussi également à conserver un pied qui ne tenait plus à la jambe que par le tendon d'Achille.

M. Thiéry (de Paris). — J'ai été un des premiers à préconiser la suture osseuse dans le traitement de certaines fractures obliques du tibia à grand déplacement. Je reste convaincu qu'il n'existe aucun appareil, si perfectionné soit-il, qui permette de maintenir la réduction

de ces fractures, et que seule la suture osseuse peut donner un résultat parfait.

Parmi les complications infectieuses des plaies, l'érysipèle bronzé doit nous arrêter quelques instants. J'ai eu l'occasion d'en observer 11 cas; 4 fois j'ai fait une désarticulation, et mes 4 opérés sont morts; découragé par ces résultats, j'ai traité les 7 autres cas par la conservation, et tous ces malades ont guéri.

M. Morestin (de Paris). — Je crois qu'on peut pousser la conservation très loin dans les traumatismes les plus graves des membres. Je puis vous citer, en particulier, un cas d'écrasement du membre supérieur, avec luxation du coude, dans lequel l'amputation paraissait absolument nécessaire, tellement les lésions étaient graves. Je désinfectai soigneusement le foyer articulaire, je liai l'artère humérale qui était sectionnée, et je soumis le membre à des bains fréquents dans l'eau oxygénée; le résultat a été parfait, et mon malade a récupéré presque entièrement les fonctions de son articulation.

La conservation m'a également donné dans plusieurs autres cas des résultats excellents. Malgré cela, je crois que les indications de l'amputation primitive ne sont pas aussi rares qu'on le dit maintenant, dans les grands broiements des membres, et il est des cas où il est vraiment inutile de prolonger les douleurs du patient en cherchant à conserver un membre entièrement broyé.

M. Vanverts (de Lille). — J'estime qu'on peut se passer complètement de l'emploi des antiseptiques. Cependant je dois dire que la méthode oxygénée, préconisée par M. Thiriar, constitue un progrès considérable, et j'en ai obtenu, pour ma part, les résultats les meilleurs.

Pour les lésions des doigts, qu'on observe si fréquemment dans les accidents du travail, je crois qu'il ne faut pas exagérer la conservation anatomique; on doit, en effet, se préoccuper avant tout de la valeur fonctionnelle de la main.

M. Bilhaut (de Paris). — J'ai été appelé, il y a quatre ans, auprès d'un enfant atteint d'une plaie par broiement du membre supérieur, tellement étendue qu'il ne restait plus qu'un lambeau de peau à la partie interne du bras; sous ce lambeau, heureusement, le paquet vasculo-nerveux était respecté. Je suturai les deux fragme ts de l'humérus et réunis les parties molles broyées; le résultat est parfait.

M. Lapeyre (de Tours). — J'emploie depuis trois ans, dans le traitement des traumatismes des membres, des pansements humides à l'eau stérilisée, additionnée d'alcool et d'eau oxygénée.

Sur 29 observations, j'ai fait 10 amputations immédiates, avec 2 morts; dans 18 cas j'ai tenté la conservation, avec 2 insuccès seulement; dans un fait où je me suis abstenu, le blessé est mort d'infection.

M. Paul Delbet (de Paris). — J'ai eu l'occasion de voir 45 grands traumatismes. Dans 2 cas seulement les blessés ont succombé au shock, et, dans 1 cas, la mort a été le résultat de l'hémorrhagie primitive. Je n'ai eu à faire que 4 amputations primitives. Dans 2 faits j'ai pu sauver le membre blessé, malgré des lésions extrêmement étendues; dans l'un de ces cas il s'agissait d'un écrasement du cou-de-pied, dans lequel seuls les vaisseaux et nerfs tibiaux postérieurs étaient conservés.

J'ai observé 6 fois la gangrène gazeuse et j'ai fait 5 amputations dont 3 suivies de mort; dans le sixième cas j'ai guéri mon malade, avec conservation du membre, par les injections sous-cutanées d'eau oxygénée.

M. Savariaud (de Paris). — La conservation des membres et segments de membres doit être la règle absolue toutes les fois que l'accident vient de se produire. La pratique de la conservation à outrance expose évidemment à des accidents septiques, mais nous ne devons pas redouter cette éventualité qui ne nous trouve plus désarmés. Quand l'infection est très virulente, comme dans les cas de gangrène gazeuse à forme grave, l'amputation secondaire permet de conserver quelques existences; mais, avant de s'y décider, il sera bon de recourir aux larges débridements dépassant les limites de la zone infiltrée et aux larges irrigations.

M. Brunswic-Le Bihan (de Tunis). — J'obtiens les meilleurs résultats, à l'hôpital Sadiki de Tunis, en traitant les plaies infectées des membres par les pansements à l'alcool à 90°, renouvelés 2 fois par jour.

M. Reboul (de Nîmes). — Même dans certains cas où la possibilité de la conservation paraissait très douteuse, je l'ai tentée, et, par un nettoyage méticuleux, par des résections, des sutures osseuses, par une désinfection minutieuse, j'ai eu la satisfaction de conserver au blessé un membre utile.

Je crains beaucoup les grands lavages faits en dehors d'une salle d'opération, avec de l'eau et des récipients d'une asepsie douteuse; je leur préfère des frottements et des imbibitions de la plaie avec des tampons de gaze stérilisée trempés dans l'eau oxygénée.

M. Tailhefer (de Béziers). — J'ai eu l'occasion de greffer avec succès une phalangette de l'index, qui avait été nettement sectionnée par un couteau et ne tenait plus au doigt que par un tout petit lambeau cutané. Dix-huit jours après l'accident, le blessé reprenait ses occupations.

M. Jouon (de Nantes). — J'ai pu faire de la conservation à outrance dans 3 cas de fractures compliquées particulièrement graves. Dans un de ces faits, notamment, où il s'agissait d'une fracture bi-malléolaire ouverte et infectée, j'ai fait, sous le chloroforme, une désinfection du foyer traumatique aussi complète que possible; malgré cela, il se développa une ostéomyélite contre laquelle j'eus à lutter pendant plus de huit mois; la malade a fini par guérir dans de bonnes conditions, alors que l'opportunité d'une amputation secondaire avait dû être longuement discutée.

Dr MAURICE CAZIN (de Paris).

(A suivre.)

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE

Tenu à Bruxelles du 18 au 22 septembre 1905.

(Suite et fin. — Voir nos deux précédents numéros)

Je serai beaucoup plus bref sur les deux dernières questions. La cinquième était ainsi conçue :

Traitement de la tuberculose articulaire,

et faisait l'objet de cinq rapports, de M. Bier (de Bonn), de M. Broca (de Paris), de M. Willems (de Gand), de M. Codivilla (de Bologne), de M. Bradford (de Boston).

La conservation a été largement préconisée, et, en somme, la discussion s'est réduite à peu de chose, les divers orateurs se bornant à exposer leur méthode et leurs résultats; pourtant, quelques-unes de ces méthodes surprennent un peu, et l'examen des malades serait nécessaire pour acquérir une conviction.

Le rapport de M. Bier a été présenté par son assistant, M. Klapp. M. Bier est résolument opposé à tout traitement opératoire, il n'admet la résection que pour le genou et le pied; il traite toutes les tuberculoses articulaires par l'hyperémie passive, qu'il a décrite; il ne fait plus de différence entre les tuberculoses fermées et les tuberculoses ouvertes : les abcès froids sont incisés de bonne heure et soumis à l'aspiration. L'immobilisation est d'abord utilisée, mais elle peut être abandonnée très tôt, et l'articulation, par la mobilisation passive et active, finit par reprendre un fonctionnement complet. La bande de caoutchouc est appliquée, en général, deux ou trois heures par jour : elle ne doit jamais provoquer la moindre douleur; le traitement dure, au moins, neuf mois. Voici les résultats obtenus du 1er avril 1903 au 1er août 1904 : tuberculoses de la main, 17 cas, 15 guérisons, 2 améliorations, durée moyenne douze mois; tuberculoses du coude : 11 cas, 8 guérisons, 3 améliorations, durée neuf mois; tuberculoses du pied : 13 cas, 8 guérisons, 3 améliorations, 1 résultat nul, 1 amputation secondaire, durée dix mois; tuberculoses du genou : 5 cas, 3 guérisons, 2 améliorations (dans 8 autres cas, résection, après un court essai de l'hyperémie); tuberculose de l'épaule : 1 cas guéri avec fonctionnement parfait.

Pour M. Broca, l'immobilisation — en position correcte — est le fond même du traitement : la stase veineuse, comme la compression, les injections d'éther iodoformé, n'en sont que des adjuvants. Les résections donnent des résultats déplorables, par les raccourcissements qui se produisent ultérieurement; même lorsque les sections sont intra-épiphysaires et que le cartilage conjugal est, en partie, conservé, si le raccourcissement est moindre, les déformations n'en sont souvent que plus grandes. Lors de tumeurs blanches suppurées, on a recours aux ponctions et aux injections d'éther iodoformé à 10 %. M. Broca rappelle, d'ailleurs, qu'il ne parle que de la chirurgie infantile.

M. Willems s'occupe aussi de l'adulte, chez lequel la conservation est moins heureuse; il étudie surtout les indications actuelles de la résection et de l'amputation. L'amputation ne s'impose guère que lors de tuberculose viscérale avancée ou de localisations tuberculeuses externes multiples. Quant à la résection, elle devient indiquée : dans certaines formes graves d'emblée; dans les cas qui ne guérissent pas par l'emploi prolongé des moyens conservateurs; dans les tuberculoses suppurées fermées, qui ne cèdent pas aux injections iodoformées; dans les tuberculoses suppurées ouvertes, et spécialement lorsqu'on trouve, chez l'adulte, des séquestres osseux. Les indications varient, d'ailleurs, suivant les jointures : la résection est bonne et fréquente au genou (toujours chez l'adulte); elle est rarement à faire à la hanche et au poignet; beaucoup plus souvent, au coude, à l'épaule et au cou-de-pied.

Dans son rapport, M. Codivilla examine surtout les divers procédés de traitement au point de vue de leurs résultats fonctionnels ultérieurs. Enfin, M. Bradford insiste particulièrement sur le mécanisme des déformations de la tête fémorale, dans la coxalgie, et sur le rôle de l'extension continue, combinée à l'immobilisation et à l'aérothérapie. Pour lui aussi, le traitement opératoire est tout à fait exceptionnel.

Cette pratique conservatrice absolue est défendue par M. Dollinger (de Budapest) : elle donne, d'après lui, 80 % de guérisons; l'orateur est partisan de l'hyperémie de M. Bier, mais il ne la combine pas à la mobilisation, estimant, au contraire, que l'immobilisation complète et prolongée de la jointure est l'élément fondamental du traitement. Elle l'est aussi par M. Walther (de Paris) qui signale les résultats qu'il obtient, depuis 1892, de la méthode sclérogène, combinée à l'immobilisation : il en est arrivé à supprimer toutes les grandes résections, même chez l'adulte et pour le genou; l'emploi du chlorure de zinc serait, du reste, une bonne préparation des tissus, s'il fallait ultérieurement intervenir.

M. Garrè applique, en règle générale, la méthode iodoformée et l'immobilisation, mais il fait remarquer que la pratique régulière des injections n'est pas toujours possible, dans une province étendue, où les malades ne sont vus qu'à de rares intervalles; aussi est-il devenu interventionniste pour le genou et le pied : au genou, il compte 185 opérations, dont 8 synovectomies et 177 résections, avec 94 % de bons résultats immédiats, 92.3 % de bons résultats fonctionnels ultérieurs, et 7.7 % de mauvais; au pied, la conservation ne lui a donné de succès que dans 43 % des cas, la résection, d'après la méthode de König, sur 48 opérés, lui a réussi dans 80 % des faits, a échoué dans 10 %, il y a eu 10 % de morts, survenues de un mois à plusieurs années après l'intervention, par méningite, tuberculose intestinale, etc. Comme lui, M. Sinclair White (de Sheffield) pense que la résection est le traitement de choix de la tuberculose du genou, dans la pratique hospitalière : il recommande l'opération sans drainage; M. Verneuil (de Middelkerke) défend aussi la réunion sans drain, dans la résection des arthrites fongueuses, mais, lors de suppuration, dans la coxalgie suppurée, par exemple, il fait de grandes et multiples incisions et laisse tout ouvert, en tamponnant à la gaze. Enfin M. Kocher se déclare également partisan de l'intervention opératoire : 1° s'il existe un foyer local de tuberculose osseuse, qui peut être extirpé totalement; 2° lorsque l'articulation est immobilisée en position vicieuse; 3° quand la résection est susceptible d'assurer un résultat fonctionnel meilleur que l'immobilisation, au coude, par exemple. Pour ce qui est des mauvais résultats des résections, ils sont très souvent dus aux

infections associées, qui résultent de l'opération ou des pansements. Ce danger de l'infection secondaire, à l'ouverture spontanée ou opératoire des foyers tuberculeux, est d'une très grande importance, et M. F. de Quervain (de la Chaux-de-Fonds) insiste sur la nécessité d'en convaincre tous les médecins, et de leur faire comprendre quelle gravité peuvent avoir les ponctions, les petites incisions; il craint que la méthode de M. Bier, l'incision courte des abcès froids suivie de séances multiples d'aspiration, n'entraîne, en pratique, de pareils accidents.

La dernière séance a eu lieu le 22, pour la discussion de la sixième question :

Traitement de la péritonite.

Six rapports étaient présentés, par MM. Friedrich (de Leipzig), Krogius (d'Helsingfors), Lennander (d'Upsala), Lejars (de Paris), McCosh (de New-York), de Isla (de Madrid). Tous ces travaux, sous des formes diverses, reproduisaient, en somme, les mêmes idées principales, et traduisaient la conception nouvelle de la péritonite et de son traitement Nous savons, en effet, que la désinfection totale du péritoine, telle qu'on pensait l'obtenir par les laparotomies larges, l'éviscération intestinale, les grands lavages antiseptiques, n'est qu'un leurre; nous avons appris que l'évolution des péritonites relève de deux éléments — d'une part, de leur cause, du type et de la virulence de l'infection microbienne, et, d'autre part, des réactions vitales de défense de la séreuse — et que, pour être efficace, toute notre thérapeutique devait être réglée sur ces procédés de défense naturelle.

M. Friedrich s'est livré à une longue étude de ce processus de réaction péritonéale et, en particulier, de la résorption, de ses variations et de ses résultats; il fait ressortir ce fait que la gravité des péritonites relève surtout de leur point d'origine. Quant à la technique de la laparotomie, il conseille d'inciser de préférence au lieu d'infection, et il condamne tous les procédés de « détersion intégrale » par éviscération et assèchement aux compresses de tout l'intestin ou par irrigations considérables et irritantes : toutes pratiques illusoires, qui annihilent le processus réel de défense. L'entérostomie, lors de météorisme très prononcé, lui semble discutable. Enfin, il insiste sur le traitement post-opératoire, et, en particulier, sur les injections de sérum artificiel, à la dose de 2 à 5 litres par jour. Il s'est occupé surtout, d'ailleurs, de la péritonite appendiculaire.

M. Krogius n'admet, lui aussi, les grands lavages péritonéaux que lorsqu'ils sont nécessaires à l'expulsion mécanique de particules solides; il pratique le tamponnement à la Mikulicz; il donne une statistique de 111 péritonites diffuses opérées depuis 1901, avec 46.8 % de mortalité; il y a, sur ce nombre, 80 péritonites appendiculaires avec 50 % de guérisons : 13 de ces péritonites ont été opérées dans les douze premières heures, et ont donné 12 guérisons.

M. Lennander est partisan du lavage avec une solution salée à 9 ‰, à 40°, mais il lave sans pression, en laissant le liquide s'écouler librement; il insiste longuement sur le traitement post-opératoire, l'alimentation rectale et sous-cutanée.

J'ai moi-même cherché à montrer, après l'étude des agents, modes et types de l'infection péritonéale et des moyens de défense du péritoine, sur quels signes on pouvait faire fonds pour reconnaître les formes d'infection péritonéale susceptibles de guérir par le traitement non opératoire, et celles qui, d'emblée et le plus tôt possible, doivent être opérées; et aussi que la technique à suivre dans la laparotomie pour péritonite ne saurait être déterminée qu'une fois le ventre ouvert et sur le vu des lésions; que le lavage, inférieur, en général, à la détersion sèche, n'est point cependant à rejeter; enfin, que l'intervention précoce étant notre principal élément d'action, la question du traitement de la péritonite revient, en somme, à une question de diagnostic. Les conclusions de M. de Isla sont très analogues, il utilise les grands lavages à la solution salée physiologique.

Aucun mode de traitement n'est applicable à tous les cas, dit M. McCosh, et, si l'opération est le meilleur parti à prendre le plus souvent, elle serait nuisible dans certaines conditions : il n'est pas douteux, pour lui, que des péritonites générales guérissent sans opération, et il cite, dans sa pratique de 1901 à 1905, 27 cas de ce genre, avec 21 % de morts. Il lave avec la solution saline, il draine avec de tout petits drains, les drains-cigarettes, il considère comme nuisibles les tamponnements à la gaze, il ne fait pas d'entérostomie et recommande la position assise de l'opéré. Voici sa statistique : de 1890 à 1895, 35 cas, 45 % de morts; de 1895 à 1900, 73 cas, avec 33 % de morts; de 1900 à 1905, 92 cas, avec une mortalité réduite à 23 %.

La précision du diagnostic et la précocité de la laparotomie, la prudence et la réserve des manœuvres intrapéritonéales, les soins post-opératoires : tels semblent être nos principaux moyens de succès. M. Sonnenburg (de Berlin) vient déclarer que, depuis qu'il intervient plus tôt, le premier ou le deuxième jour, ses résultats se sont considérablement améliorés : 517 cas, opérés de 1896 à 1899, donnaient 24 % de guérisons; 767 cas, opérés de 1900 à 1904, en donnent 59 %. M. Témoin (de Bourges) est intervenu, depuis trois ans, dans 112 péritonites appendiculaires, avec 14 morts : il a toujours opéré dans les quarante-huit premières heures, sauf chez 2 malades qui ont succombé, et, la plupart du temps, dans les premières vingt-quatre ou trente heures qui ont suivi le début des accidents péritonitiques; il déterge le foyer avec des compresses et ne draine pas toujours. MM. Dahlgren (d'Upsala) et Verchère (de Paris) insistent sur la paralysie intestinale et les intoxications consécutives, mais leur pratique est fort différente : M. Dahlgren recommande la « traite » de l'intestin grêle qu'il a décrite, M. Verchère ne touche pas à l'intestin et recourt aux lavages de l'estomac et du rectum. Enfin, M. Zavadsky (de Varsovie) rapporte les résultats obtenus dans 26 cas de plaies de l'abdomen, par armes à feu ou par armes blanches; les plaies ont été observées, au cours des huit derniers mois, à l'hôpital de Praga, et, pendant ces temps troublés, la Société de secours médical accéléré a compté, sur 6,600 cas, 62 plaies abdominales. Les plaies par armes à feu sont au nombre de 11 : 10 par coups de revolver, 1 par coup de fusil, mortelle avant toute intervention; des 10 autres blessés, 2 ont été opérés vingt-quatre heures et douze heures après l'accident et n'ont pas survécu; 8 l'ont été de une à trois heures après le coup de feu : il y a eu 5 morts et 3 guérisons. Sur les 15 plaies par coup de couteau, opérées de une à trois heures après le traumatisme, M. Zavadsky note 3 morts et 12 guérisons, et cette proportion élevée de résultats heureux est d'autant plus remarquable, qu'il s'agissait, dans tous les faits, de lésions fort graves : perforations intestinales multiples, plaies du foie, de la rate, de l'épiploon, du mésentère. C'est là encore un appoint à la valeur des opérations hâtives.

Telle a été la première assemblée de la Société internationale de chirurgie. L'épreuve a pleinement réussi. Le prochain Congrès aura lieu, dans trois ans, encore à Bruxelles, sous la présidence de M. le professeur Czerny, et le même système de travail y sera suivi rigoureusement.

Dr F. LEJARS,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'extrait de palétuvier contre la lèpre.

Depuis quelques années, des essais ont été faits à Cuba en vue d'employer contre la lèpre un remède utilisé par la médecine populaire de ce pays dans de nombreuses affections, à savoir le palétuvier ou manglier rouge (*Rhizophora mangle*). Chez les lépreux, ce mode de traitement — dont nous n'avons pas voulu parler jusqu'ici, faute de données précises sur son efficacité — a été surtout préconisé par MM. les docteurs M. Duque et A. Moreno (de la Havane) qui en auraient obtenu d'excellents résultats.

Nos confrères prescrivent le médicament sous forme d'extrait fluide ou d'extrait mou, préparé selon les procédés officinaux avec l'écorce de palétuviers âgés de cinq ou six ans au moins, soigneusement desséchée à l'air libre (et non à l'étuve). En ce qui concerne la posologie, ils font prendre matin et soir une cuillerée à café d'extrait fluide, et augmentent chaque semaine la dose d'une cuillerée, jusqu'à ce qu'on arrive à huit, dix et douze cuillerées par jour. S'il s'agit d'extrait mou, la dose maxima (en pilules ou en solution aqueuse concentrée) est de 6 à 8 grammes *pro die*. Ce traitement est généralement très bien toléré; rarement, il donne lieu à des nausées, des vomissements, des douleurs intestinales ou de la diarrhée.

Localement, MM. Duque et Moreno font appliquer sur les ulcères des compresses d'ouate imbibées d'une solution aqueuse à 30 % d'extrait fluide. Il est également utile de faire prendre au malade, tous les soirs avant le coucher, un bain d'une température de 39° à 40° et d'une durée de quinze à vingt minutes, que l'on additionne d'une décoction d'écorce de palétuvier en quantité suffisante pour colorer en rouge l'eau du bain.

Sous l'influence de ce traitement, l'amélioration — à en juger d'après les observations recueillies par nos confrères — apparaîtrait en général au bout de quinze ou vingt jours; l'appétit et le sommeil renaîtraient et les lépralgies (douleurs musculaires) deviendraient moins intenses. Le mois suivant, on verrait les taches violacées prendre une teinte rosée et pâlir, notamment à la périphérie, et des espaces de peau saine reparaître là où existaient des macules confluentes. En même temps, les ulcérations suppureraient moins abondamment, pour se cicatriser vers le huitième mois. Les poussées périodiques de lépromes cesseraient habituellement du troisième au cinquième mois dans les cas au début, du huitième au onzième dans ceux qui sont plus avancés. La régression de la maladie se marquerait également du côté de la face où la bouffissure disparaîtrait. Quant à la sensibilité, elle commencerait généralement à se rétablir du troisième au quatrième mois, lorsque toutefois la conservation du nerf en permet le retour.

Ces résultats seraient naturellement variables selon la phase à laquelle est arrivé le mal au moment où le traitement est institué. C'est ainsi que, dans *tous* les cas de lèpre à la période de début où MM. Duque et Moreno ont eu recours à l'extrait de palétuvier, la guérison serait survenue dans l'espace de huit à douze mois. Parmi les malades ayant atteint la période d'état, mais avec envahissement nul ou peu marqué des viscères, 60 % auraient guéri dans un laps de temps ayant varié de deux à cinq ans, et, en moitié moins de temps, on aurait obtenu la *guérison sociale*, les stigmates de la lèpre n'étant plus apparents et le malade n'offrant plus de danger pour son entourage. Enfin, lorsque l'affection est parvenue à sa troisième période, le manglier rouge n'a d'action ni sur les névrites ni sur les troubles trophiques, mais il serait encore susceptible d'amener une amélioration notable, caractérisée par la disparition de la diarrhée, de la fièvre et de l'anorexie, par une amélioration de l'état général et une augmentation du poids du corps. Et même, dans un cas de cette catégorie, nos confrères cubains auraient vu survenir une guérison complète.

Tels sont les résultats que MM. Duque et Moreno auraient enregistrés dans leur pratique privée, et il faut convenir que, s'ils avaient été entièrement confirmés, l'emploi de l'extrait de manglier aurait fait faire au traitement de la lèpre un pas décisif. Il ne paraît malheureusement pas permis de partager complètement l'optimisme de nos confrères; car, d'après les expériences de contrôle qui ont été effectuées, sur leur demande et sous leur direction, à la léproserie de la Havane, les préparations de palétuvier, tout en donnant des améliorations appréciables, et même dans de rares cas la guérison, ne sauraient être considérées comme un médicament spécifique de la lèpre.

Ces recherches, qui n'ont pas duré moins de deux ans et demi, ont porté sur 2 séries de malades, comprenant l'une 10 sujets, l'autre 7, placés à la vérité dans des conditions hygiéniques peu favorables. Or, un de ces lépreux a complètement guéri après un an de traitement, et cette guérison se maintenait au bout de plus d'un an, les bacilles de Hansen ayant complètement disparu de la lymphe. Les 16 autres ont été notablement améliorés, et cette amélioration s'est traduite par la disparition presque complète des manifestations lépreuses de la

peau et des muqueuses, par le rétablissement plus ou moins complet de la sensibilité, la réapparition des poils et des sourcils; mais la lymphe renfermait toujours des bacilles lépreux.

Ce sont là, en somme, des résultats qui ne laissent pas que d'être fort encourageants, d'autant plus que, ainsi que nous le disions tantôt, ces malades n'étaient pas placés dans des conditions hygiéniques telles que le traitement pût donner tout ce qu'on est en droit d'en attendre; aussi la commission de contrôle, dans son rapport officiel, conclut-elle que les préparations de palétuvier, en raison surtout de leur innocuité et de la facilité de leur emploi, méritent d'être utilisées dans le traitement de la lèpre.

Traitement de la conjonctivite printanière par l'électrolyse.

L'année dernière, nous avons signalé les bons résultats que M. Gallemaerts a obtenus, dans la conjonctivite printanière, au moyen de l'électrolyse après excision des végétations (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 56). De son côté, M. le docteur P. Pansier (d'Avignon) a eu recours avec succès à l'électrolyse dans une dizaine de cas de la même affection, mais, contrairement à M. Gallemaerts, il n'excise pas les végétations, qu'il se borne à détruire par le courant électrique. Voici le *modus faciendi* qu'il a adopté :

Lorsqu'il a affaire à un sujet docile, M. Pansier se contente d'anesthésier l'œil à la cocaïne, ou mieux encore à la cocaïne-adrénaline, ce qui procure une insensibilisation plus profonde, utile parce que l'électrolyse de la paupière ne laisse pas que d'être douloureuse. Chez les enfants et les sujets nerveux, l'anesthésie générale est le plus souvent nécessaire.

A l'aide d'une aiguille de platine, notre confrère enfile ensuite les végétations aussi près que possible de leur base, parallèlement à la surface de la conjonctive. Quand les végétations sont affaissées et qu'il n'est par conséquent plus possible de les transpercer avec l'aiguille, il agit soit par piqûre — celle-ci se fait perpendiculairement à la surface de la conjonctive, au centre de la plaque hypertrophiée —, soit par des scarifications légères mais très rapprochées, pratiquées à l'aide d'une aiguille lancéolée que traverse un courant assez fort.

L'intensité du courant employé varie entre 2 et 8 milliampères. Sous anesthésie locale, on ne saurait guère dépasser 5 milliampères à cause de la douleur et du larmoiement; lorsque au contraire on opère sous chloroforme, on peut aller jusqu'à 6 et 8 milliampères, et augmenter la durée des séances; la réaction locale est d'ailleurs insignifiante.

Comme pôle actif, M. Pansier choisit le plus souvent le pôle négatif; toutefois, il pense qu'avec le pôle positif les résultats ne différeraient pas sensiblement.

Le badigeonnage à la cocaïne-adrénaline associé à l'insufflation d'air contre le coryza des enfants.

D'après l'expérience de M. le docteur K. Vohsen (de Francfort-sur-le-Mein), on obtiendrait d'excellents résultats contre le coryza des enfants, en ayant recours au procédé suivant :

On introduit un tube en caoutchouc successivement dans chacune des narines de l'enfant, et on insuffle de l'air avec une force modérée à l'aide d'une poire en caoutchouc. Ayant ainsi déterminé quelle est la fosse nasale la plus rétrécie, on badigeonne la pituitaire avec une solution de cocaïne à 5 %, additionnée d'adrénaline, et on donne une nouvelle douche d'air en commençant par le côté le plus étroit. A ce moment, le petit patient pousse généralement un cri qui assure l'occlusion du rhinopharynx et facilite le reflux de l'air par l'autre narine. En répétant cette manœuvre avant chaque repas, on verrait l'état de l'enfant s'améliorer rapidement et la guérison survenir en peu de jours. C'est ainsi que tout récemment M. Vohsen a pu obtenir par ce procédé, dans un cas de diphtérie nasale, l'expulsion d'un moule fibrineux tapissant la membrane de Schneider, expulsion qui fut suivie d'une rapide et définitive amélioration.

ÉTRANGER

BRUXELLES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 30 septembre 1905.

Sur les effets de la ligature des canaux pancréatiques chez le chien.

M. Heger. — MM. E. Zunz et L. Mayer (de Bruxelles) ont soumis à notre appréciation un mémoire relatif à ce sujet, sur lequel je dois vous présenter un rapport.

Poursuivant leurs recherches sur la digestion de l'albumine chez les animaux qui ont subi la ligature des canaux excréteurs du pancréas (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 70), les auteurs ont pu constater que, chez le chien, après ligature de ces canaux, on trouve de l'érepsine, de l'entérokinase et de la sécrétine dans l'intestin grêle, alors même qu'on ne sacrifie l'animal qu'au bout de plusieurs mois; seule, l'entérokinase paraît légèrement diminuée en quantité. D'autre part, la bile ne digère pas plus le blanc d'œuf ou le sérum sanguin de cheval coagulés que chez le chien normal; il n'existe pas non plus de différence dans les propriétés antiprotéolytiques du sérum entre les chiens normaux et ceux dont les canaux pancréatiques ont été liés. Enfin, pendant les premiers temps qui suivent la ligature de ses conduits excréteurs, le pancréas peut encore sécréter du suc pancréatique sous l'influence d'un repas de viande ou d'une injection intraveineuse de sécrétine.

MM. Zunz et Mayer ont aussi étudié les variations de poids de l'animal à la suite de la ligature des canaux pancréatiques, ainsi que l'état macroscopique et microscopique du pancréas après cette intervention. Ils ont vu qu'il se produit toujours au début une perte de poids plus ou moins considérable et persistante; dans la majorité des cas, les chiens reviennent ensuite à leur poids normal et peuvent vivre dès lors en bonne santé pendant plusieurs mois; parfois, cependant, la perte de poids continue et entraîne plus ou moins vite la mort. Alors même qu'il ne persiste plus que très peu d'*acini* glandulaires et d'îlots de Langerhans intacts, on n'observe pas de glycosurie, mais il survient toujours une atrophie et une sclérose plus ou moins marquées du pancréas; les *acini* et les îlots de Langerhans sont altérés.

En troisième lieu, les auteurs ont pu s'assurer que l'extirpation du pancréas, pratiquée un temps variable après la ligature des conduits excréteurs, détermine un diabète mortel qui ne semble aucunement différer de celui que l'on observe après l'ablation du pancréas chez un chien normal.

Se basant sur ces faits, MM. Zunz et Mayer estiment que, outre la sécrétion du suc pancréatique et le rôle non encore bien élucidé de la sécrétion interne probable des îlots de Langerhans, le pancréas pourrait intervenir encore d'une autre manière dans le métabolisme général de l'économie.

Dr Keiffer.

NOUVELLES

FRANCE

~~~ Avant-hier a eu lieu, à Paris, l'ouverture solennelle du Congrès international de la tuberculose par M. le président de la République, entouré des ministres, du corps diplomatique et des délégués officiels de la plupart des pays étrangers.

BELGIQUE

~~~ Le Congrès international pour l'étude de la radiologie et de l'ionisation, qui vient de se tenir à Liège, a adopté une résolution relative à la protection des matières radio-actives contre l'accaparement, et a nommé une commission chargée de faire valoir auprès des pouvoirs publics, en ce qui concerne les corps radio-actifs, les besoins de la science et l'intérêt des malades.

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

~~~ Les renseignements que nous recevons au sujet de l'épidémie de fièvre jaune de la Nouvelle-Orléans (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 384 et 444) indiquent une amélioration progressive de l'état sanitaire de cette ville; aussi l'ardente campagne que l'on a menée contre les moustiques tend-elle peu à peu à se relâcher. Les nouvelles des autres parties de la Louisiane sont un peu moins satisfaisantes, et dans deux localités notamment, Tallulah et Patterson, on signale un grand nombre de cas de fièvre amarile. On attribue cet état défavorable à l'hostilité de la population qui a peu confiance dans l'efficacité de la destruction des moustiques. Il semble toutefois que les partisans de la campagne contre les moustiques gagnent de jour en jour des adeptes : c'est ainsi que l'Etat du Mississipi, où différentes localités ont été contaminées en dépit de la rigueur des mesures quarantenaires, a renoncé à ces dernières pour entreprendre la lutte contre les moustiques.

D'autre part, on nous informe de la Nouvelle-Orléans que M. O. L. Pothier, en collaboration avec MM. J. Hume, F. H. Watson et M. Couret, aurait découvert dans le sang des sujets atteints de typhus amaril un élément cellulaire non encore décrit et qui serait spécifique. Toujours extracellulaires, quelquefois appliqués contre une hématie, ces éléments ne seraient reconnaissables qu'après la fixation d'une goutte de sang et une coloration particulière basée essentiellement sur l'emploi de l'hématoxyline de Delafield et de l'alcool-acide. Leur diamètre varierait du double de celui d'un pneumocoque au quart de celui d'une hématie. On y distinguerait un protoplasma granuleux neutrophile entourant un noyau pourvu d'un ou plusieurs nucléoles. Des caractères secondaires permettraient d'en distinguer quatre variétés différentes. Ces éléments n'existeraient dans le sang des amariliques que du quatrième au huitième jour de la maladie. On les retrouverait également dans l'estomac des moustiques pendant les neuf premières heures qui suivent le moment où ils ont piqué des malades atteints de fièvre jaune.

PRUSSE

~~~ Conformément à nos prévisions, le choléra n'a pris aucune extension pendant ces deux dernières semaines; le nombre des cas et des décès est même toujours allé en diminuant de jour en jour. A la date du 2 octobre la morbidité est représentée par un total de 259 et la mortalité par 87, soit en quinze jours 54 cas nouveaux et 10 décès. Cette petite épidémie est donc pour ainsi dire terminée, et il a suffi de mesures sanitaires bien comprises et rigoureusement appliquées pour empêcher, en Prusse tout comme en Galicie, la propagation de la maladie.

Par contre, une déclaration officielle du gouvernement russe porte que le choléra sévit actuellement dans diverses localités de la Pologne russe, entre autres à Vlotslavsk, à Lodz, dans la province de Lomja, et dans un des faubourgs (Praga) de Varsovie.

SUÈDE

~~~ Depuis trois mois environ, on a constaté en Suède une maladie épidémique qui n'a pas laissé que d'être d'un diagnostic quelque peu embarrassant. Elle rappelle, en effet, par ses caractères fondamentaux, le tableau clinique de la paralysie spinale infantile, mais se différencie de cette dernière affection par un certain nombre de particularités. Tandis, par exemple, que la poliomyélite antérieure aiguë s'attaque habituellement à des enfants de moins de quatre ans, la maladie actuelle manifeste une prédilection marquée pour les sujets âgés de douze à vingt ans; comme âge extrême, on signale même un malade de vingt-sept ans. Dans un certain nombre de faits, on a noté la régression des paralysies. Il est bien possible enfin que, dans quelques cas, il se soit agi de lésions mixtes, à la fois centrales et périphériques, et qu'une polynévrite infectieuse soit venue se greffer sur la poliomyélite.

Le premier cas a été observé le 10 juillet dernier dans la Gothie occidentale; la maladie a pris d'emblée une extension assez rapide et a envahi les provinces avoisinantes. Le nombre total des cas et des décès n'est pas encore officiellement connu, mais la mort, qui survient chez un tiers environ des malades, est généralement la conséquence de perturbations nerveuses du côté du cœur ou de l'appareil respiratoire.

A tout prendre, il s'agit vraisemblablement dans le cas présent d'une de ces épidémies de poliomyélite antérieure aiguë, qui, signalées occasionnellement en France, en Suisse, en Italie et aux Etats-Unis, ont déjà sévi à plusieurs reprises d'une façon particulièrement grave dans les pays scandinaves, notamment en 1887 (Voir *Semaine Médicale*, 1890, p. 322) et, plus récemment, en 1895.

D'après les renseignements qui nous ont été fournis, il paraîtrait que la maladie a été importée de Norvège en Suède; mais elle semble s'étendre vers le sud, car, depuis le commencement du mois de septembre, on en a constaté plusieurs cas dans le Danemark, notamment à Copenhague et à Frederiksberg.

Erratum. — Dans notre dernier numéro, p. 459, 2e col., 36e et 37es lignes, au lieu de : celui-ci étant infectieux, celle-là trophonévrotique, lire : *celle-là étant infectieuse, celui-ci trophonévrotique.*
~~~

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

ET L'ÉTAT ACTUEL DE NOS CONNAISSANCES SUR CETTE MALADIE

I

Après avoir été appelé à suivre de près les travaux du Congrès de Berlin, en 1899, et ceux de la Conférence internationale de la tuberculose, réunie dans la même ville en 1902 (1), je n'ai nullement été surpris d'entendre — au moment même de l'ouverture solennelle du Congrès qui vient de tenir ses assises à Paris du 2 au 7 octobre — le président de cette réunion exposer l'historique de la lutte contre la tuberculose sous un jour quelque peu pessimiste. Dédaignant ces enseignements du passé, d'autres membres du bureau du Congrès avaient, au contraire, fait preuve d'un optimisme aussi exubérant que prématuré. C'est ainsi que, le 21 septembre dernier, un d'entre eux annonça, par la voie d'un journal politique, qu' « un événement inouï, d'une portée sociale incalculable, se prépare : le lundi 2 octobre 1905, à deux heures du soir, à Paris, la tuberculose, une MALADIE, entrera de plain-pied dans l'histoire des peuples ».

Rien, en vérité, ne paraissait devoir justifier cette déclaration lapidaire. Si, en effet — laissant de côté l'histoire des peuples, avec laquelle nous ne saurions prendre les mêmes familiarités que M. le secrétaire général du Congrès —, nous nous en tenons simplement à l'histoire des Congrès contre la tuberculose, nous voyons que celui de Paris ne pouvait, en réalité, comporter rien d' « inouï ». Il convient de rappeler à ceux qui semblent voir dans le mépris de l'histoire une condition essentielle du progrès que l'institution des Congrès de la tuberculose ne date pas d'hier. Il convient surtout de leur rappeler que l'honneur de l'initiative de ces réunions revient entièrement à la France et que l'on ne saurait faire table rase des quatre Congrès pour l'étude de la tuberculose qui ont été organisés à Paris pendant la période de 1888 à 1898 et qui ont tous présenté un caractère international.

Sans doute, au cours du dernier Congrès, nous avons plus d'une fois entendu dire : « C'est pour la première fois que les gouvernements des divers pays envoient des délégués officiels à une réunion de cette nature ». Mais les hommes politiques qui tenaient ce langage n'ont fait que montrer combien peu ils étaient au courant du sujet : il suffit de remonter au Congrès de Berlin pour voir que celui-ci avait réuni de nombreux délégués étrangers, venus sur l'invitation officielle adressée par le gouvernement allemand aux principales puissances du monde civilisé.

On s'est également enthousiasmé sur le grand nombre des congressistes, sans remarquer que l'élément extra-médical y tenait une place très importante, ce qui ne contribuait guère à rehausser la valeur scientifique de la réunion. Il serait, d'ailleurs, tout à fait illusoire de vouloir juger de l'utilité d'un Congrès d'après le nombre de ses adhérents, voire même d'après celui des communications, encore que ce critérium ait été adopté pour établir d'une manière bien prématurée, à l'ouverture même du Congrès, le bilan de ses travaux : « Que restera-t-il de tant de travaux qui vont dès demain se multiplier dans les quatre sections fonctionnant matin et soir jusqu'à samedi prochain ?... Quarante rapports rédigés par les personnalités les plus compétentes et destinés à répondre aux vingt questions jugées les plus urgentes du problème antituberculeux, huit cents communications faites en séance, discutées à fond par les membres titulaires du Congrès... ». Il est à peine besoin d'ajouter qu'en réalité, à quelques exceptions près, ce flot de communications passa sans soulever la moindre discussion, et pour cause. D'une part, l'ordre du jour des séances était trop chargé pour permettre de « discuter à fond » toutes les questions importantes, et, d'autre part, nombre de communications n'avaient d'autre intérêt que celui de mettre en vedette le nom de l'auteur. Les inconvénients inhérents à cette absence de toute sélection, qui constitue, en quelque sorte, le vice rédhibitoire des grands Congrès, ont été, cette fois, plus manifestes que jamais, et il est réellement déplorable de constater que, faute de tout contrôle préventif, les membres d'une assemblée scientifique se voient exposés à perdre un temps précieux à entendre une dissertation obscure d'un « surintendant général de la Société préventive des maladies de la race humaine », laquelle Société se donne modestement pour mission d' « établir le salut de l'humanité entière » !

Il est vrai que les problèmes purement scientifiques étaient loin de constituer l'unique préoccupation des organisateurs de cette réunion qui visait, peut-être, plus la propagande antituberculeuse que l'étude proprement dite de la tuberculose : suivant la déclaration faite par M. le secrétaire général lors de l'ouverture du Congrès, « grâce à la collaboration généreuse et inlassable de la presse entière, aussi bien scientifique que politique et littéraire, le Congrès aura pu jeter à pleines mains, de par le monde, dans l'âme des peuples, l'idée féconde de la solidarité de toutes les races humaines en face de la tuberculose... La puissante semence est tombée en bonne terre ». Sans doute, si l'on tient compte des fêtes et excursions offertes aux congressistes par un certain nombre de journaux politiques, on ne saurait contester le caractère généreux de cette « collaboration » spéciale, mais *timeo Danaos et dona ferentes*... Ces journaux, qui donnent une si large hospitalité aux réclames les plus effrénées de charlatans sans vergogne, étaient-ils vraiment aptes à propager des idées saines sur la lutte contre le redoutable fléau? On ne pourra guère conserver, à cet égard, la moindre illusion lorsqu'on saura que le journal même qui avait reçu les confidences de M. le commissaire général du Congrès publiait, en même temps que le programme détaillé de la réunion, un entrefilet intitulé « Le Congrès de la Tuberculose » et dans lequel on lisait ce qui suit : « Au moment où va se réunir le Congrès de la tuberculose, il faut signaler les guérisons obtenues à l'Institut médical de... » (suivaient le nom et l'adresse de l' « Institut », les heures des consultations, etc.). Quelques jours plus tard, la même feuille faisait suivre le compte rendu du Congrès de la remarque significative que voici : « Constater partout la présence du bacille tuberculeux, voilà le point acquis par le Congrès de la tuberculose, mais détruire ce même bacille est encore à l'étude... Les membres du Congrès ont dû cependant reconnaître que la Société X... avait trouvé la solution élégante de ce problème ».

Après cela, il faudrait réellement avoir tout l'optimisme de Pangloss pour soutenir qu'un Congrès scientifique peut compter sur une collaboration utile de la presse politique et que « la puissante semence est tombée en bonne terre » ! Malheureusement, ce n'est pas que dans la presse politique que la réclame voisine avec le compte rendu du Congrès de Paris : on a pu voir un journal de médecine faire, dans un de ses derniers numéros, sur les pages mêmes consacrées à ce compte rendu, une place équivalente aux travaux du Congrès de la tuberculose et aux annonces de produits antituberculeux.

Au surplus, il est douteux qu'un Congrès — fût-il *mixte*, comme celui de Paris — puisse avec succès poursuivre à la fois et l'étude des questions scientifiques, et la propagande antituberculeuse. Après la Conférence internationale de Berlin, nous pensions — la séance (tenue tous les deux ans) du grand Conseil du bureau central international pour la lutte contre la tuberculose devant, d'après les statuts, coïncider autant que possible avec un Congrès de la tuberculose — que « le Bureau central, laissant de côté les questions qui se rattachent à l'étude scientifique proprement dite de la tuberculose et qui resteront, comme de juste, plutôt du ressort des Congrès, se propose surtout de centraliser les documents intéressant la lutte contre la tuberculose et de faire une œuvre de propagande » (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 357). Nous croyons que cette division du travail entre les deux institutions, division toute naturelle et qui repose sur le principe du *suum cuique*, eût été infiniment plus fructueuse que le cumul adopté par le Congrès de Paris, lequel a, une fois de plus, confirmé le dicton « qui trop embrasse, mal étreint ».

II

Tout comme les premiers Congrès pour l'étude de la tuberculose, celui de Berlin était organisé de façon à ne comprendre qu'une assemblée unique, ce qui mettait tous les membres à même de participer aux travaux du Congrès dans leur ensemble. Cette fois, en présence de la composition très hétérogène du Congrès, où le monde politique était largement représenté, à côté du monde médical, on a jugé bon de démembrer la réunion, en créant quatre sections, dont deux devaient être consacrées aux questions scientifiques et purement médicales (pathologie médicale et pathologie chirurgicale), les deux autres visant surtout les problèmes de préservation et d'hygiène sociale (préservation et assistance de l'enfant; préservation et assistance de l'adulte et hygiène sociale).

Cette innovation correspondait-elle à des besoins réels? Était-il, par exemple, urgent de créer une section de pathologie chirurgicale? Il est permis d'en douter, surtout si l'on tient compte qu'en même temps siégeait à Paris le Congrès français de chirurgie, et que, en définitive, sur quatre questions mises à l'ordre du jour de cette deuxième section, il y en avait, au moins, deux (tuberculose iléo-cæcale et interventions chirurgicales dans la tuberculose des méninges et de l'encéphale) qui étaient plutôt du ressort d'un Congrès de chirurgie que d'un Congrès de la tuberculose, celui-ci devant viser surtout les problèmes fondamentaux qui se rattachent à l'étude de l'étiologie, de l'histoire clinique, de la prophylaxie et du traitement de la tuberculose en général.

En adoptant le principe de la division en plusieurs sections, on éparpille le travail du Congrès et on le rend de la sorte moins productif, sans compter que les mêmes questions sont souvent portées simultanément devant deux sections différentes. Il en fut, par exemple, ainsi pour le diagnostic précoce de la tuberculose, qui figurait à la fois à l'ordre du jour de la section de pathologie médicale et à celui de la section de préservation de l'enfant.

Mais ce qui montre encore mieux les inconvénients que comportait ce démembrement du Congrès, et l'absence d'une idée directrice dans l'élaboration du programme des travaux, c'est le fait qu'une question d'une portée aussi générale que celle de l'*étude comparative des diverses tuberculoses* devait, d'après le programme, être traitée devant la section de... chirurgie! « Lorsque — faisait remarquer, à ce propos, le rapporteur, M. le professeur Arloing (de Lyon) — j'ai accepté la tâche qui m'était proposée, *le Congrès comprenait un groupe médical unique*. Aujourd'hui, à la suite de remaniements apportés à l'organisation de ces

(1) L. CHEINISSE. L'étiologie et la prophylaxie de la tuberculose d'après les travaux du Congrès de Berlin. (*Semaine Médicale*, 31 mai 1899.) — Le traitement de la tuberculose d'après les travaux du Congrès de Berlin. (*Semaine Médicale*, 7 juin 1899.) — La première Conférence internationale de la tuberculose et l'état actuel de nos connaissances sur cette maladie. (*Semaine Médicale*, 29 octobre 1902.) — La lutte contre la tuberculose d'après les travaux de la Conférence de Berlin. (*Semaine Médicale*, 5 novembre 1902.)

assises scientifiques, je suis amené à parler devant la section de chirurgie. Ce changement entraînera quelques modifications dans mon programme. » En fin de compte, la question fut traitée devant les deux sections réunies de médecine et de chirurgie.

D'autres remaniements imprévus du programme furent nécessités par ce fait que la section de médecine se subdivisa, dès le second jour, en deux sous-sections, l'une de pathologie générale, l'autre de thérapeutique (1). Ces modifications ne furent pas sans soulever de vifs incidents. C'est ainsi que les communications sur la sérothérapie ayant été substituées, dans l'ordre du jour d'une des séances, à la discussion sur le traitement du lupus, primitivement fixée à cette séance, une partie de l'assistance insistait pour que le bureau se conformât au programme primitif et laissât de côté la sérothérapie, tandis que l'autre — qui finalement l'emporta sur la première — tenait à suivre l'ordre du jour nouvellement affiché.

Les travaux du Congrès se sont beaucoup ressentis de ce désarroi, de ce défaut d'unité dans le programme, surchargé de communications isolées, sur les sujets les plus variés. Une reproduction banale de toutes ces communications éparses serait non seulement très aride, mais risquerait encore de rester fort peu instructive pour le lecteur. Aussi nous paraît-il préférable de mettre en relief les faits principaux et les idées générales qui se dégagent des travaux du Congrès et donnent comme une sorte de mise au point de l'état actuel de nos connaissances sur la tuberculose.

III

Parmi les questions restées en litige depuis le Congrès de Londres, il en est une qui tient une place particulièrement importante tant dans l'étiologie de la tuberculose que dans sa prophylaxie : je veux parler de l'unicité de la tuberculose et de la transmissibilité de cette maladie de l'homme à l'animal et *vice versa*. Longtemps admise comme un dogme absolu et devenue une des bases de la prophylaxie, la doctrine de l'identité de la tuberculose humaine et de la tuberculose bovine fut, comme on le sait, fortement ébranlée, en 1901, par la retentissante communication de M. Koch. Lorsque, l'année suivante, à la Conférence internationale de Berlin, cette troublante question des rapports entre la tuberculose bovine et la tuberculose humaine fut de nouveau remise sur le tapis, elle était encore insuffisamment mûrie pour que la discussion pût aboutir à une conclusion ferme. En vue de vérifier les assertions de M. Koch, on avait, il est vrai, institué des expériences de contrôle à l'Office sanitaire impérial allemand, mais, ces expériences étant loin d'être terminées à l'époque où se réunit la Conférence, on se borna tout simplement à rappeler les faits déjà connus, de sorte qu'en abordant prématurément une question qui était encore à l'étude, la Conférence ne fit qu'aggraver l'incertitude qui planait sur ce sujet depuis le Congrès de 1901.

Il importait de ne pas éterniser cet état de choses, qui créait un désarroi dans les notions fondamentales de la prophylaxie de la tuberculose et désorientait complètement le public. Ce sera, à notre avis, précisément un des plus grands mérites du Congrès de Paris d'avoir mis fin à cette situation fâcheuse, en donnant aux débats sur l'*étude comparative des diverses tuberculoses* une sanction pratique qui a rallié les dualistes et les unicistes, et sur laquelle nous aurons à revenir plus loin.

Est-ce à dire qu'il n'y ait plus aucun désaccord sur les relations entre la tuberculose bovine et la tuberculose humaine? Il s'en faut. Dans leurs rapports, M. le professeur Kossel (de Giessen) et M. le docteur Ravenel (de Philadelphie) reconnaissent l'existence de deux *types* du bacille tuberculeux, le type humain et le type bovin, absolument distincts tant par leurs caractères culturaux et morphologiques que par leur virulence, tandis que le rapporteur français, M. Arloing, tout en déclarant que, dans bon nombre de cas, les bacilles que l'on trouve chez l'homme ou chez le bœuf présentent des caractères différentiels assez marqués, ne voit que de simples *variétés*, enchaînées les unes aux autres, là où les dualistes sont disposés à voir des espèces ou des types nettement tranchés. Ce qui paraît particulièrement militer en faveur de la thèse soutenue par le professeur de Lyon, c'est que, au point de vue morphologique, tout comme en ce qui concerne la virulence, on trouve des variations nombreuses établissant des transitions d'un type à l'autre. C'est ainsi que M. Ravenel, quoique partisan de la dualité, se voit obligé de reconnaître que, si la différence essentielle entre les deux types susmentionnés réside dans le pouvoir pathogène beaucoup plus considérable du type bovin, il n'en est pas moins vrai que l'on observe des bacilles bovins à virulence faible. Le même rapporteur, tout en admettant que le bacille tuberculeux humain ne possède, en règle générale, qu'un faible pouvoir pathogène à l'égard des bovidés, ne conteste pourtant pas qu'il n'est pas rare de trouver des cultures de ce bacille, qui soient virulentes pour la race bovine.

Au cours de la discussion à laquelle ont donné lieu ces trois rapports, M. le professeur de Jong (de Leyde) s'est déclaré nettement partisan de la doctrine uniciste, en insistant particulièrement sur ce fait qu'il est possible de réaliser une exaltation de la virulence du bacille humain jusqu'à la rendre égale à celle du bacille bovin. Il s'en faut, d'ailleurs, que le premier soit toujours moins virulent que le second, et l'orateur a pu isoler des crachats provenant de malades atteints de tuberculose pulmonaire des bacilles très virulents pour le bœuf. C'est assez dire que les différences qui existent entre le type humain et le type bovin ne présentent, en réalité, rien de constant. Telle est également la conclusion à laquelle arrive M[lle] Lydia Rabinowitsch (de Berlin) qui, après avoir naguère été un adversaire de la doctrine uniciste, déclare aujourd'hui que les différences observées entre les agents pathogènes de la tuberculose des mammifères (hommes, bovidés, singe) et ceux de la tuberculose aviaire et de la tuberculose des animaux à sang froid ne sont point essentielles, de sorte que tous ces bacilles doivent, en définitive, être considérés comme de simples variétés d'une seule et même espèce. Seul, parmi les orateurs qui ont pris part à la discussion, M. le professeur Lignières (d'Alfort) est venu combattre l'unicité, en faisant remarquer que l'identification artificielle des bacilles de souche diverse, invoquée par M. de Jong, ne permettait pas de conclure à l'identité des tuberculoses.

Mais ce qui avait surtout soulevé une émotion générale au Congrès de Londres, c'est que, mettant en doute la possibilité pour l'homme de contracter la tuberculose bovine, M. Koch affirmait qu'il n'y avait aucune nécessité à prendre contre celle-ci des mesures quelconques. Il ne fut pas moins affirmatif devant la Conférence de Berlin. Or, c'est là précisément que l'on a fait un très grand pas depuis 1902, car la transmissibilité de la tuberculose bovine à l'homme n'a été contestée ni par M. Ravenel, ni par M. Lignières, ni même par M. Kossel, encore que celui-ci considère le rôle joué par l'infection d'origine alimentaire (et surtout par le lait de vaches atteintes de tuberculose mammaire) comme peu important en comparaison du danger que cause l'homme phtisique.

Ainsi donc, si le degré de fréquence de la transmission de la tuberculose bovine à l'homme reste encore en discussion, le fait même de la transmissibilité n'est plus contesté. Cela étant, il convenait de rappeler l'attention des pouvoirs publics, momentanément troublés par les déclarations de M. Koch, sur la nécessité de lutter contre la tuberculose bovine en vue de protéger la santé de l'homme. On ne saurait, par conséquent, qu'approuver le Congrès d'avoir donné, en quelque sorte, une sanction pratique à ces débats, en déclarant qu'il est non seulement indispensable d'éviter la contagion d'homme à homme, mais encore nécessaire de poursuivre la prophylaxie de la tuberculose bovine et de continuer à prendre des mesures administratives et hygiéniques pour éviter la transmission possible de cette tuberculose à notre espèce.

Dans le même ordre d'idées, M. le professeur Moussu (d'Alfort) est venu insister sur les dangers du lait des vaches n'ayant pas de symptômes de tuberculose et pas de lésions mammaires (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 79), et M. Martel (de Suresnes) a attiré l'attention sur la fréquence et la gravité de la tuberculose des vaches laitières de Paris et de la Seine. Seule, une communication de MM. les docteurs Balthazard et Aly Zaky (de Paris) a jeté une note discordante dans ce réquisitoire : partant de cette considération que le lait livré à la consommation dans les grandes villes est un mélange de laits provenant d'un grand nombre de vaches, dont quelques-unes seulement sont tuberculeuses, MM. Balthazard et Aly Zaky estiment que cette dilution des bacilles de Koch diminue singulièrement le danger que peut présenter ce lait au point de vue de la transmission de la tuberculose à l'homme. C'est ainsi que, sur 75 cobayes qu'ils ont inoculés avec 30 échantillons de lait achetés au hasard dans Paris, aucun n'a présenté de lésions tuberculeuses.

Cette communication ne fut pas sans soulever de vives et légitimes protestations de la part de MM. Moussu et Martel, ainsi que de M. le professeur Vallée (d'Alfort), qui rappela que, d'après les recherches de M[lle] Rabinowitsch, de M. Bang, etc., jusqu'à 35 % des laits consommés dans les grandes villes sont parfaitement susceptibles de communiquer la tuberculose. Or, en médecine expérimentale, il convient de ne pas opposer les faits négatifs aux faits positifs, et MM. Balthazard et Aly Zaky sont d'autant moins fondés à considérer comme « assez minimes » les risques de transmission de la tuberculose par le lait, que leurs expériences n'ont porté que sur un nombre très restreint d'échantillons de lait.

L'assemblée comprit que rien ne serait plus dangereux que de laisser se propager dans le public la thèse soutenue par MM. Balthazard et Aly Zaky, et sur la proposition de M. Vallée, appuyée par MM. Chauveau, Bang, Lignières, M[lle] Rabinowitsch, MM. Charrin, Moussu, Arloing, Martel, etc., elle adopta le vœu suivant : 1° que l'inspection sanitaire des vacheries soit mise à l'étude le plus vite possible ; 2° qu'il ne soit livré à la consommation dans les établissements publics de tout ordre (hôpitaux, écoles) que des laits pasteurisés, bouillis ou stérilisés, ou des laits crus provenant d'étables dont toutes les vaches ont été tuberculinisées et reconnues indemnes.

IV

Contrairement à ce que nous avons noté au Congrès de Berlin, où l'étiologie de la tuberculose avait été envisagée presque exclusivement au point de vue bactériologique — nos confrères d'outre-Rhin accordant beaucoup plus d'importance au bacille qu'au *terrain* sur lequel il évolue —, le Congrès de Paris a eu à enregistrer un grand nombre de travaux relatifs à l'hérédité et au terrain tuberculeux.

(1) Au cours de la séance de clôture, cette subdivision a été consacrée, à titre définitif, pour les Congrès à venir. On a, de plus, décidé de créer une nouvelle section, spécialement réservée à la bactériologie.

M. le docteur A. Robin (de Paris) a attiré l'attention sur les conditions constitutionnelles et individuelles prédisposant à la tuberculose, et dans lesquelles il fait jouer le plus grand rôle à l'exagération des échanges respiratoires, celle-ci étant, d'après l'orateur, une des manifestations communes à tous les états de déchéance (hérédité, alcoolisme, surmenage, etc.) qui précèdent la tuberculisation pulmonaire, tandis que, dans les états antagonistes de la tuberculose, tels que l'arthritisme, les échanges respiratoires sont normaux ou diminués. Partant de ces considérations, M. Robin estime que l'examen des échanges respiratoires est susceptible de faire reconnaître la phtisie pendant qu'elle est encore à la période de consomption (avant la période d'infection) et permet de remédier au mal par une médication visant l'amendement du terrain, c'est-à-dire la modération des échanges.

Cette manière de voir est loin d'être admise par tous les observateurs, et, comme l'a dit M. Robin lui-même, à la fin de la discussion soulevée par sa communication, la théorie de l'exagération des échanges respiratoires dans la tuberculose pulmonaire a passé, au Congrès, un mauvais quart d'heure. M. le professeur Charrin (de Paris) a fait connaître les résultats des recherches qu'il a instituées, en collaboration avec M. Tissot, sur les combustions intra-organiques chez les cobayes auxquels on avait, au préalable, inoculé la tuberculose, ainsi que chez une série de sujets atteints de tuberculose pulmonaire au début. Chez aucun de ces malades, pas plus que dans les expériences sur les animaux, MM. Charrin et Tissot n'ont constaté la moindre augmentation des combustions intra-organiques; ils en concluent, par conséquent, que la détermination des échanges respiratoires ne saurait être d'aucune utilité ni pour le diagnostic précoce, ni pour le traitement de la tuberculose. Cette conclusion se trouve corroborée par les recherches de M. le docteur Kuss (d'Angicourt), qui a constaté que, chez les tuberculeux pulmonaires apyrétiques, placés dans de bonnes conditions d'hygiène et de repos, les combustions intra-organiques présentent généralement une valeur normale. D'autre part, MM. Arloing et Laulanié n'ont pas trouvé de différence appréciable entre le coefficient respiratoire de vaches normales et de vaches tuberculeuses. Enfin, M. le docteur Laffont (de Paris) s'élève également contre les idées exposées par M. Robin, en insistant particulièrement sur ce fait que l'évaluation des échanges respiratoires ne peut en aucune façon servir pour le diagnostic de la prétuberculose, les prétuberculeux de M. Robin étant, en réalité, des tuberculeux avec manifestations susceptibles déjà d'être décelées par le simple examen clinique.

Pour ce qui est de l'hérédité, M. Charrin a constaté que les descendants de mères tuberculeuses sont fréquemment atteints de tares variées et que les maladies, surtout d'origine infectieuse, sont très communes chez ces rejetons. M. le docteur Ogilvie (de Londres), tout en considérant comme douteuse la transmission de la tuberculose par le germe spermatique ou ovulaire, et comme très rare la transmission placentaire, admet cependant une prédisposition héréditaire, qui, sans être spécifique, n'en favorise pas moins la contagion.

Parmi les causes prédisposantes, l'influence de la grossesse a particulièrement attiré l'attention du Congrès. D'après M. le docteur Burckhardt (d'Arosa), la grossesse n'aggraverait pas le pronostic de la tuberculose pulmonaire, tandis que, pour M. le professeur Bossi (de Gênes), plus la grossesse est avancée chez les tuberculeuses, plus l'accouchement est dangereux. Aussi l'orateur n'hésite-t-il pas à conclure que l'on est autorisé à pratiquer l'interruption artificielle de la grossesse, pour peu que la malade le désire, et cela même pendant les premiers mois, si l'on a affaire soit à une tuberculose au début, aggravée par la grossesse, soit à une tuberculose très avancée. M. le professeur Bouchard (de Paris) s'est, avec raison, élevé contre cette pratique. Sans doute, une fille tuberculeuse fera bien de ne pas se marier; mariée, elle fera bien de ne pas avoir d'enfants; mais, si elle devient enceinte, on ne doit pas la faire avorter, car on n'a pas le droit — pour sauver une femme qui est condamnée, en tous cas — de tuer un enfant dont l'avenir est inconnu. M. Bouchard estime que cet enfant n'est pas plus prédisposé à la tuberculose qu'un autre, et *peut-être même moins*. M. le professeur Teissier (de Lyon) partage le sentiment de son collègue de Paris : on ne saurait vouloir sacrifier, de parti pris, un enfant qui n'a, peut-être, reçu par voie placentaire que des toxines tuberculeuses, sans bacilles, comme le prouve l'existence des albuminuries intermittentes dues à l'imprégnation tuberculeuse et qui évoluent très rarement vers la tuberculose proprement dite.

M. le docteur Le Goff (de Paris) a pris la parole pour signaler la fréquence de la tuberculose chez les diabétiques et la gravité de cette complication survenant au cours du diabète (la moitié environ des diabétiques meurent de la tuberculose). D'après l'orateur, la tuberculose ne se développerait qu'exceptionnellement chez les diabétiques soumis à un traitement et à un régime sévères.

A côté des causes prédisposantes, on a également abordé la question des états *antagonistes*, sur lesquels les anciens auteurs avaient, comme on le sait, beaucoup insisté.

M. le docteur Crespin (d'Alger) a montré qu'entre la tuberculose et le paludisme il n'y a pas d'antagonisme vrai, l'infection paludéenne agissant plutôt comme cause favorisante à l'égard de la tuberculose. Dans un très petit nombre de cas, on observe, entre les deux affections, un simple antagonisme d'évolution. Quant à l'influence de la tuberculose sur le paludisme, elle se manifeste assez rarement. Les recherches de M. le docteur Gillot (d'Alger), sur la tuberculose en Algérie, plaident dans le même sens, en établissant que les Arabes ne jouissent nullement d'une résistance particulière à la tuberculose, comme on l'avait admis à l'époque de la conquête, également à la faveur de la doctrine de l'antagonisme entre la tuberculose et le paludisme.

Pour ce qui est de l'arthritisme, on admet généralement que, chez les arthritiques, la tuberculose revêt la forme de phtisie fibreuse, qui représente, en quelque sorte, la réaction de défense de l'organisme. M. le docteur L. Bernard (de Paris) s'élève contre cette conception, attendu qu'il n'est pas rare d'observer, chez des sujets nettement arthritiques, la phtisie caséeuse et de voir, par contre, la phtisie fibreuse chez des individus que rien n'autorise à considérer comme des arthritiques. L'antagonisme entre les deux états morbides en question est donc loin d'être la règle, sans compter que l'infection bacillaire peut, à son tour, créer un véritable syndrome arthritique.

La question des relations entre la tuberculose et le traumatisme a été portée à l'ordre du jour de la section de chirurgie, où elle a fait l'objet de deux rapports, dus à M. le docteur Villemin (de Paris) et à M. le docteur von Friedländer (de Vienne). D'après les rapporteurs, le traumatisme ne joue, le plus souvent, au point de vue pathogénique, qu'un rôle accessoire, sans lequel la tuberculose aurait pu se manifester plus tard sous une influence différente : l'accident ne crée pas la tuberculose, mais en active seulement la marche ou en réveille l'activité. Quant à l'aggravation par le traumatisme d'une tuberculose déjà manifeste, c'est là un fait bien connu et plus facile à comprendre que l'influence mystérieuse en vertu de laquelle on admettait, naguère encore, la possibilité d'une tuberculose post-traumatique sans lésion des téguments ni inoculation locale. Jamais un traumatisme simple, sans plaie, ne peut créer chez un individu sain une tuberculose : il faut que l'organisme soit préalablement infecté.

V

S'il est une question fondamentale qui, à juste titre, domine toute l'histoire clinique de la tuberculose et préoccupe tous les praticiens, c'est assurément celle du *diagnostic précoce* de la tuberculose. Trois rapporteurs, MM. les docteurs Achard (de Paris), Mariani (de Gênes) et C. Th. Williams (de Londres), ont été chargés d'élucider ce délicat problème devant le Congrès. MM. Achard et Williams ont longuement passé en revue les nouvelles méthodes préconisées en vue de ce diagnostic, en insistant particulièrement sur les procédés de laboratoire, tandis que M. Mariani s'est surtout occupé des méthodes cliniques.

Après avoir envisagé, dans la première partie de son rapport, les *signes de probabilité*, tirés de la thermométrie clinique, de certaines modifications humorales (formule leucocytaire, épreuve du vésicatoire de Roger et Josué, diazo-réaction, albuminurie prétuberculeuse de Teissier, déminéralisation, etc.), du chimisme respiratoire (Robin et Binet), de la pneumographie et de la radioscopie, ainsi que les signes fournis par l'examen des exsudats pathologiques (cryoscopie et cytodiagnostic), M. Achard aborde l'étude des *signes de certitude*, qui, théoriquement, comprennent la présence du bacille de Koch au sein de produits provenant des organes malades et la constatation de réactions biologiques exclusivement propres à l'infection tuberculeuse. Est-ce à dire que, dans la pratique, la recherche de ces signes donne — sinon toujours, du moins le plus souvent — la certitude? Loin de là, car elle reste fréquemment infructueuse, n'étant pas exempte de difficultés techniques et de causes d'erreur. C'est ainsi que la recherche microscopique du bacille tuberculeux comporte une cause d'erreur qui n'est pas toujours négligeable : c'est la possibilité d'une confusion avec d'autres bacilles *acido-résistants*, sur lesquels une série d'orateurs (MM. Bezançon et Philibert, M. P. Courmont, MM. Rodet et Galavielle, etc.) sont venus prendre la parole devant le Congrès. Et, du reste, la recherche du bacille de Koch dans les crachats n'est qu'un pis aller, parce qu'elle constitue un moyen relativement tardif. Il n'en est pas de même pour la présence du bacille dans les épanchements des séreuses, décelée par l'examen microscopique, la culture, l'inoculation ou l'inoscopie. Enfin, en fait de procédés généraux, applicables à la recherche de toute tuberculose, on dispose de l'épreuve de la tuberculine et de l'agglutination.

Mais — et c'est là le point le plus important qui se dégage non seulement du rapport de M. Achard, mais aussi des débats auxquels a donné lieu cette question — la plupart des procédés nouvellement imaginés sont d'une exécution trop délicate et comportent trop de difficultés d'interprétation pour devenir dès aujourd'hui d'un emploi courant dans la pratique. Loin de les rejeter, car ils peuvent rendre d'excellents services dans certains cas, il convient, cependant, de ne pas oublier que *les procédés plus anciens, purement cliniques, restent la base du diagnostic précoce.*

A cette conclusion se rallient les deux co-rapporteurs et nombre d'autres orateurs qui se succèdent à la tribune pour insister sur tel ou tel procédé d'examen physique. M. le docteur Ruault (de Paris) rappelle la méthode d'exploration comparative de l'expansion des sommets qu'il a fait connaître, il y a trois ans, et qui consiste à pratiquer la palpation simultanée des deux sommets avec les deux mains, le pouce étant appliqué dans la fosse sus-épineuse et la pulpe des autres doigts sous la clavicule. M. le docteur Queyrat (de Paris) insiste sur l'impor-

tance de la modification de l'inspiration dans l'une des régions sous-claviculaires, modification sur laquelle M. le professeur Grancher (de Paris) a, depuis de longues années, attiré l'attention comme premier indice permettant de dépister l'existence d'une tuberculose pulmonaire.

Pour ce qui est du radio-diagnostic de la tuberculose pulmonaire, M. le docteur Turban (de Davos) a déclaré qu'il était de beaucoup inférieur à l'auscultation, celle-ci donnant des résultats précis à une époque où les rayons de Röntgen ne fournissent encore aucun renseignement. M. le docteur Hennecart (de Sedan) est d'avis que la radioscopie peut utilement compléter l'examen clinique, sans pouvoir, cependant, le remplacer. M. le docteur Béclère (de Paris) a pris la parole pour signaler les résultats que la radioscopie lui a donnés dans l'examen de plusieurs centaines d'emphysémateux à l'hôpital Saint-Antoine, en révélant presque toujours les signes d'une tuberculose ancienne.

Dans le même groupe de travaux, je dois signaler une série de communications de M. Dumarest (de Lyon), de MM. Ferré et Buard (de Bordeaux), de M. Nicolas (de Lyon), de M. Vitry (de Paris), etc., sur la séroréaction de la tuberculose d'après la méthode de MM. Arloing et Courmont. La conclusion générale qui se dégage de l'ensemble de ces travaux est que le procédé en question constitue un complément utile des autres moyens d'investigation, mais qu'il est d'une technique délicate et réclame beaucoup de soin et d'habitude. D'après M. Vitry, qui a examiné à cet égard, en collaboration avec MM. Salomon, Thaon et Sabaréanu, 568 cas, l'absence d'agglutination ne permettrait pas d'exclure l'idée de tuberculose, mais, toutes les fois que l'on constaterait un résultat positif chez un individu apyrétique, il y aurait lieu de soupçonner l'existence de la tuberculose. M. le docteur Bezançon (de Paris) fait toutefois remarquer que les agglutinines sont loin d'être toujours spécifiques et que, dans les infections aiguës (fièvre typhoïde, pneumonie, érysipèle), le sérum sanguin se montre agglutinant à l'égard du bacille de Koch, au même titre que vis-à-vis des agents pathogènes des infections en cause. De plus, étant donnée la fréquence extrême de la tuberculose latente, on ne saurait guère affirmer, sur la simple constatation de la séroréaction positive, que la lésion actuelle est bien de nature tuberculeuse. Il importe de procéder, en même temps, à un examen clinique minutieux, si l'on ne veut pas s'exposer à des erreurs extrêmement graves. C'est ainsi que l'orateur a eu l'occasion d'observer un cas où, sur la foi de la séro-agglutination, on avait cru à l'existence d'une tumeur blanche et proposé l'amputation de l'extrémité, alors que le traitement mercuriel fit voir qu'il s'agissait, en réalité, de la syphilis.

M. le docteur P. Teissier (de Paris) a insisté sur les précieuses indications que fournit, dans la tuberculose pulmonaire, l'étude de la pression artérielle. Celle-ci est abaissée dans la tuberculose, et cette action hypotensive est telle qu'elle annihile, le plus souvent, l'influence hypertensive de l'âge et de la fièvre. Toutes les fois que, chez un phtisique, on constate une pression artérielle supérieure à 15, l'existence d'une complication aiguë ou chronique est probable. Si, en dehors de ces conditions, la tension artérielle, après un abaissement plus ou moins durable, tend à s'élever progressivement, il y a là un élément favorable de pronostic, et, inversement, tout abaissement progressif de la pression artérielle est d'un pronostic plus grave.

Dans le même ordre d'idées, M. le docteur Barbary (de Nice) a signalé l'importance de l'hypertension comme cause très fréquente et méconnue de l'hémoptysie tuberculeuse, en insistant sur la nécessité d'un traitement préventif de cette hypertension en vue d'éviter les hémoptysies.

MM. le professeur Gréhant et le docteur Charlier (de Paris) sont venus montrer l'intérêt que présente, au point de vue diagnostique et pronostique, la mensuration de la capacité pulmonaire : plus celle-ci se rétrécit, plus le diagnostic de tuberculose pulmonaire devient probable dans les cas où il n'existe pas encore de signes de certitude; plus aussi le pronostic s'assombrit dans les cas certains.

Pour M. le professeur Maurel (de Toulouse), la diminution du périmètre thoracique et de la section thoracique feraient partie de la symptomatologie de la tuberculose confirmée, la modification de la section thoracique devant, en outre, être considérée comme une cause prédisposante de cette affection.

VI

Au point de vue thérapeutique — laissant de côté le traitement du lupus, de la tuberculose iléo-cæcale et de celle des méninges et de l'encéphale, toutes questions sur lesquelles nous ne saurions insister sans sortir des cadres de cet article —, nous devons nous borner à systématiser les travaux ayant une portée plus générale et que nous pouvons grouper en deux catégories, l'une ayant trait à la diététique, l'autre à la sérothérapie.

Comme l'a fait remarquer M. le docteur Mouisset (de Lyon), on a généralement tort, lorsqu'on met en pratique la triade thérapeutique bien connue de « cure d'air, cure de repos et cure d'alimentation », de traduire ce dernier terme par le mot *suralimentation*. Celle-ci n'est pas, en effet, sans présenter, chez les tuberculeux, des dangers soit immédiats (apparition ou exagération des troubles gastriques et intestinaux, congestion du foie, etc.), soit éloignés (néphrite, sclérose, hypertension artérielle, lithiase urique ou biliaire, bronchite congestive, hémoptysie). Il importe donc de ne donner aux tuberculeux, en fait d'aliments, que ce qui est nécessaire. M. Bouchard déclare ne pas pouvoir souscrire à cette formule, et, sans vouloir contester les effets fâcheux que l'on observe souvent à la suite de la suralimentation, il estime qu'il convient de donner aux phtisiques non seulement le « nécessaire », comme le veut M. Mouisset, mais encore tout ce qu'il est *possible*, tout ce qu'ils peuvent digérer. Il convient, du reste, de faire un choix : la suralimentation par les graisses ne pouvant donner une survie considérable et risquant d'entraîner des accidents, tandis que la suralimentation azotée est vraiment utile. M. Achard relate une série d'expériences qu'il a instituées en collaboration avec MM. Lannelongue et Gaillard, et qui militent en faveur de la même thèse; ces recherches ont, en effet, démontré que, même chez un animal dont la nourriture habituelle est faiblement azotée, la richesse des régimes en albumine constitue un élément de résistance contre la tuberculose et est préférable, sous ce rapport, à l'abondance des seules matières grasses.

MM. Robin et Binet insistent sur la nécessité de modérer, et non de stimuler, les échanges respiratoires. En suralimentant le tuberculeux avec de la viande crue, on dépasse souvent le but; aussi est-il bon de se borner à une ration quotidienne de 150 grammes de viande crue, donnée en trois fois. Pour les mêmes raisons, il convient de ne pas dépasser 6 œufs par jour. Enfin, il est utile d'introduire dans l'alimentation des phtisiques de la gélatine ou des aliments gélatineux, en raison de l'action d'épargne exercée par ces substances.

D'autres orateurs, MM. les docteurs Philip et Galbraith (d'Edimbourg), M. le docteur Laufer (de Paris), M. Maurel, etc., ont successivement pris part à la discussion, et la conclusion qui se dégage de ces débats, c'est que l'on commence à se rendre compte que, dans la cure diététique de la tuberculose, on a, jusqu'à présent, trop souvent péché par exagération et qu'il convient de procéder à la suralimentation avec beaucoup plus de discernement. La recommandation banale que d'aucuns croyaient devoir adresser à tout phtisique, en lui disant « mangez le plus et le mieux possible », devra dorénavant faire place à une formule plus rationnelle : « mangez beaucoup mais digérez bien ».

La sérothérapie a fait l'objet d'un grand nombre de communications, mais les échecs décevants que tout le monde a encore présents à la mémoire nous ont rendu sceptiques, et la multiplicité même des « sérums » et des « nouvelles tuberculines » préconisés en vue de combattre la tuberculose n'est-elle pas la meilleure preuve de l'insuffisance de chacun de ces remèdes, prétendus spécifiques?

MM. Levin (de Stockholm), Veillard (de Lausanne), Schwartz (de Gleiwitz), Stephani (de Montana), Habershon (de Londres), Dubard (de Dijon), etc., sont venus, il est vrai, faire connaître les résultats encourageants qu'a donnés, entre leurs mains, le sérum de M. Marmorek; mais, à côté de ces témoignages favorables, l'abstention significative de tous ceux qui, à Paris, avaient déjà expérimenté le sérum en question (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 392 et 402) et qui, cette fois, jugèrent même inutile d'assister aux débats (seul, M. Hallopeau a pris la parole pour répéter les déclarations qu'il avait faites, il y a environ deux ans), ne fut pas sans impressionner quelque peu une partie de l'assemblée.

MM. les professeurs Maragliano (de Gênes) et Denys (de Louvain) n'ont fait que rappeler les faits déjà connus, se rapportant aux essais thérapeutiques qu'ils ont institués, l'un avec un sérum antituberculeux, l'autre avec le bouillon filtré du bacille de la tuberculose humaine.

D'autres orateurs, MM. Lannelongue, Achard et Gaillard, M. Rappin (de Nantes), etc., ont fait part d'essais analogues encore à l'étude et qui ne sont, du reste, pas jusqu'ici sorti du domaine de l'expérimentation sur les animaux.

Pour être appelée à avoir un retentissement beaucoup plus grand, la communication que M. le professeur von Behring (de Marbourg) a faite au cours de la séance de clôture du Congrès n'en porte pas moins sur un remède qui, lui aussi, en est encore à la phase d'expérimentation. Cette communication se rattache, du reste, étroitement aux travaux du directeur de l'Institut d'hygiène de Marbourg sur l'immunisation des bovidés à l'égard de la tuberculose, travaux que nous avons longuement exposés dans ce journal (1). Toutefois, renonçant définitivement à introduire dans le corps humain des bacilles de Koch vivants, M. von Behring s'est appliqué et dit avoir réussi à débarrasser le bacille tuberculeux de certains principes nuisibles et à le transformer de la sorte en une substance amorphe, directement résorbable par les cellules lymphatiques de l'organisme animal, lequel acquiert, au fur et à mesure de cette imprégnation, une immunité à l'égard de la tuberculose.

Quelque grande que soit l'autorité que l'on attache, à juste titre, aux travaux de M. von Behring, il convient, comme il l'a fait remarquer lui-même, d'attendre, avant de se prononcer sur la valeur de sa nouvelle découverte, que l'innocuité et l'efficacité thérapeutique du remède en question soient confirmées par d'autres savants, tant au point de vue expérimental que clinique.

Si, après avoir passé en revue les principaux travaux du Congrès qui intéressent la pratique médicale proprement dite, nous essayons d'en dégager une conclusion générale, nous sommes obligé de reconnaître que, l'étude comparative des diverses tuberculoses mise à part, cette réunion n'a guère enrichi nos connaissances sur

(1) L. Cheinisse. Un projet de vaccination antituberculeuse des nourrissons. (*Semaine Médicale*, 1903, p. 85-86.)

la tuberculose. Et ce qui mérite particulièrement d'être relevé à cet égard, c'est que, malgré les grandes espérances soulevées par nombre de nouvelles méthodes nées dans le laboratoire, la clinique conserve tous ses droits, lorsqu'il s'agit d'une question aussi délicate que le diagnostic précoce de la tuberculose. Ainsi, loin d'enregistrer toutes les manifestations ostentatoires et tumultueuses dans lesquelles d'aucuns sont portés à voir le succès d'un Congrès, l'histoire se charge, au contraire, de mettre tout au point.

Dr L. Cheinisse (de Paris).

DIX-HUITIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 2 au 7 octobre 1905.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Chirurgie du pancréas.

M. Villar (de Bordeaux), *rapporteur*. — Les affections pancréatiques pour lesquelles le chirurgien peut avoir à intervenir sont nombreuses, encore que la chirurgie du pancréas soit de date relativement récente. Aussi, sans m'appesantir sur les signes cliniques bien connus qui traduisent l'atteinte de ce viscère, me paraît-il nécessaire de dire quelques mots des plus importantes des affections pancréatiques ressortissant à la pathologie chirurgicale, avant d'indiquer le traitement applicable à chacune d'elles.

Je ne ferai que mentionner le *pancréas annulaire*, conformation particulière de la glande dont la tête, augmentée de volume, enserre comme un anneau la portion verticale du duodénum, ainsi que les *hernies* et *déplacements spontanés* de l'organe. Ce sont là lésions rares, qui constituent le plus ordinairement des découvertes d'autopsie ou d'opération, et dont le diagnostic paraît à peu près impossible.

Les *traumatismes du pancréas* (contusions et ruptures) et leurs conséquences (hématomes, pseudo-kystes, etc.), bien que relativement peu fréquents, en raison de la situation profonde de l'organe, ont un tout autre intérêt chirurgical. Les signes de contusion et de rupture du pancréas sont ceux des contusions et ruptures viscérales de l'abdomen en général, quoique dans certains cas l'hémorrhagie prenne une place prépondérante, par suite de la lésion de gros vaisseaux (artère splénique). C'est dire que, le plus habituellement, le diagnostic des lésions du pancréas se confond avec celui des contusions de l'abdomen; le problème qui se pose dans les faits de ce genre comprend toujours deux points : y a-t-il lésion des organes abdominaux? quel est ou quels sont les organes lésés? Or, jamais, jusqu'ici, il n'a été possible de diagnostiquer la lésion isolée du pancréas; cependant, la localisation du traumatisme et de la douleur dans la « région vulnérable » du pancréas pourrait la faire soupçonner. En somme, le diagnostic des lésions traumatiques du pancréas offre cliniquement les plus grandes difficultés, et c'est généralement la laparotomie exploratrice qui seule permettra de l'établir.

Hématomes et pseudo-kystes d'origine traumatique — dus respectivement à l'épanchement de sang ou de suc pancréatique dans l'arrière-cavité des épiploons, par lésion soit des vaisseaux, soit des canaux excréteurs de la glande — constituent des collections situées derrière l'estomac, en avant du pancréas, au-dessus du côlon transverse, au-dessous du lobe gauche du foie; ils peuvent s'enfoncer plus ou moins profondément dans la cavité abdominale, à gauche vers la rate, en bas entre les feuillets du grand épiploon; au contraire, l'invasion de la grande cavité péritonéale est peu à craindre, en raison de la situation de l'hiatus de Winslow. Apparaissant soit immédiatement après le traumatisme, soit au bout d'un temps plus ou moins long, ils peuvent devenir accessibles à la vue et offrent alors le siège habituel des tumeurs pancréatiques, entre le rebord costal et l'ombilic, en partie dans l'épigastre, en partie dans l'hypocondre gauche. La ponction exploratrice permettrait d'en affirmer le diagnostic, mais elle doit être abandonnée comme dangereuse.

Le groupe des *pancréatites*, un des plus importants chapitres de la pathologie du pancréas, comprend, au point de vue descriptif, la pancréatite aiguë, qui peut être simple, hémorrhagique, suppurée (abcès du pancréas) ou gangreneuse, et la pancréatite chronique. Cliniquement, il y a peu d'intérêt à distinguer les diverses variétés de la forme aiguë; par contre, il nous paraît nécessaire d'admettre l'existence d'une forme subaiguë. C'est l'infection qui domine l'étiologie des pancréatites; au point de vue pathogénique, les germes infectieux peuvent être amenés au pancréas par voie sanguine, par voie lymphatique, par voie directe (infection due à une lésion d'un organe voisin), enfin, par voie canaliculaire. Pratiquement, ce dernier mécanisme est de beaucoup le plus important, et, d'une façon analogue à ce qui se passe pour les infections hépatiques par angiocholite, c'est l'ascension des microbes du duodénum, milieu essentiellement septique, dans les voies pancréatiques, qui, par l'intermédiaire d'une *angiopancréatite*, est la cause prochaine de l'infection du pancréas.

En ce qui concerne la symptomatologie, la forme aiguë — voire même suraiguë dans l'*apoplexie du pancréas* — réalise souvent le tableau de l'occlusion intestinale aiguë ou de la péritonite par perforation; la mort est d'ordinaire très rapide, en quelques heures ou en deux ou trois jours. La forme subaiguë peut débuter d'une manière aussi dramatique que la précédente, mais la mort, si elle survient, est moins précoce; l'affection dure sept ou huit jours, plusieurs semaines, des mois même, avec alternatives d'amélioration et d'aggravation (*pancréatite à rechute*); elle peut enfin passer à la forme chronique. Celle-ci se caractérise essentiellement par l'amaigrissement rapide et l'asthénie, par la douleur au *point pancréatique*, situé à 5 ou 6 centimètres de l'ombilic sur la ligne ombilico-axillaire, par l'ictère avec distension de la vésicule biliaire, enfin par les signes fonctionnels communs aux diverses affections du pancréas.

La *tuberculose pancréatique*, d'ordinaire secondaire, peut se manifester exceptionnellement sous la forme d'un tuberculome isolé, et se traduire alors par les symptômes d'une tumeur du pancréas.

La *lithiase pancréatique* ne nous arrêtera pas longtemps; disons seulement que la constitution chimique des calculs du pancréas, formés par des sels de chaux, rend ces concrétions opaques aux rayons de Röntgen, ce qui n'est pas le cas des calculs biliaires; aussi peut-on utiliser la radioscopie ou la radiographie pour affermir un diagnostic hésitant entre les hypothèses de lithiase pancréatique ou hépatique.

J'en arrive aux tumeurs du pancréas, les unes liquides (kystes glandulaires), les autres solides, ces dernières constituées à peu près exclusivement par le cancer.

Les *kystes vrais* ou *glandulaires*, par opposition aux pseudo-kystes d'origine traumatique et aux kystes sanguins ou hématomes, se manifestent essentiellement, au début, par des douleurs épigastriques revenant sous forme d'accès (*névralgies cœliaques* de Friedreich), par des troubles digestifs et par un amaigrissement très rapide et progressif, méritant bien, dans certains cas, le nom de *cachexie pancréatique;* plus tard apparaissent les signes physiques, beaucoup plus nets, semblables du reste à ceux que nous avons signalés à propos des hématomes et des pseudo-kystes traumatiques.

Quant au *cancer*, le plus souvent primitif et ayant pour siège de prédilection la tête de l'organe, son diagnostic repose sur le syndrome de Bard-Pic : ictère chronique et progressif, dilatation énorme de la vésicule biliaire, amaigrissement et cachexie rapides; mais il faut reconnaître que cette triade symptomatique s'observe également dans le cancer de l'ampoule de Vater — d'ailleurs rare — et peut manquer dans celui du pancréas. Ajoutons que, dans ce dernier, la tumeur pancréatique fait souvent défaut : elle ne serait perceptible que dans le tiers, voire même le quart ou le cinquième des cas.

Tels sont les principaux éléments du diagnostic des affections chirurgicales du pancréas. Comme on peut le supposer d'après ce qui précède, ce diagnostic offre de multiples difficultés. Aussi ne saurait-on s'étonner qu'il reste souvent en suspens, jusqu'au moment où la laparotomie permet de l'affirmer; et, même à l'ouverture du ventre, il n'est pas exceptionnel que l'origine des lésions constatées échappe à l'opérateur. Dans tous les cas, la première condition pour ne pas méconnaître les affections pancréatiques, c'est de songer à leur possibilité. Voyons maintenant de quelles opérations nous disposons contre elles.

En dehors des sutures, ligatures, tamponnements, extirpations de tumeurs, etc., toutes manœuvres chirurgicales n'offrant rien de bien spécial en l'espèce, la chirurgie propre du pancréas comprend principalement : l'incision pancréatique ou péripancréatique (*pancréatotomie, pancréato-kystotomie*), l'extirpation totale ou partielle du pancréas (*pancréatectomie*), l'incision du canal pancréatique (*pancréaticotomie* ou *taille pancréatique*), le refoulement des calculs pancréatiques (*pancréatico-lithotripsie*), l'établissement d'une fistule pancréatique externe (*pancréatostomie*) ou interne (*pancréato-entérostomie, pancréato-gastrostomie*). De plus, nombre d'interventions sur l'estomac, l'intestin, les voies biliaires, appartiennent, en tant qu'opérations palliatives, à la chirurgie pancréatique.

Pour toutes ces interventions, trois voies s'offrent à nous : la voie transpleurale, la voie lombaire — l'une et l'autre d'indications exceptionnelles —, la voie abdominale antérieure ou transpéritonéale, qui est la voie d'élection. Dans la majorité des cas, nous pratiquerons donc la laparotomie haute, avec grande incision cutanée, située, selon le siège présumé de la lésion pancréatique, soit strictement sur la ligne médiane, soit à droite, à deux travers de doigt en dehors du bord externe du muscle droit de l'abdomen, afin d'éviter les rameaux moteurs de ce muscle; nous rejetons les incisions obliques, qui nécessitent la section des muscles droits. Le péritoine ouvert, on a, pour aborder le pancréas, à choisir entre trois voies : gastro-hépatique, transmésocolique et gastrocolique. La dernière est la plus simple et la plus directe, c'est celle que nous utilisons de préférence : on incise le grand épiploon, on pénètre dans l'espace gastrocolique en refoulant l'estomac en haut et le côlon transverse en bas, on sectionne enfin le feuillet latéral postérieur du péritoine et l'on arrive ainsi sur le pancréas.

Les ressources de la chirurgie pancréatique nous sont à présent connues; il nous reste à indiquer sommairement quelles sont, parmi les interventions opératoires que nous venons d'énumérer, celles qui sont applicables à chacune des affections considérées.

Pour le pancréas annulaire, je conseillerais la gastro-entérostomie, de façon à exclure l'anse duodénale rétrécie; pour les déplacements spontanés de l'organe, on pourrait être amené à faire la pancréatopexie.

Au cas de grand traumatisme pancréatique, l'essentiel, à mon avis, est d'intervenir aussitôt que possible, et de pratiquer la suture de la glande; s'il est impossible de tout conserver, on ne fera jamais qu'une pancréatectomie partielle, bien que, des recherches expérimentales de certains auteurs, il semble résulter que la dépancréatisation totale ne soit pas incompatible avec l'existence; pour les pseudo-kystes traumatiques, je donne la préférence à la kystostomie en un temps.

Dans les pancréatites aiguës simples, le mieux, à mon sens, est de drainer la région pancréatique et la vésicule biliaire; il est de plus logique d'admettre que le meilleur mode de traitement de l'hémorrhagie pancréatique ou péri-pancréatique (hématome) est l'incision suivie de drainage dans le premier cas, l'incision et la marsupialisation avec fixation de la poche à la paroi abdominale, si possible, dans le second. Lorsqu'on se trouve en présence d'un abcès du pancréas, on ponctionne, on vide la poche, puis on l'incise largement et on tâche de la fixer à la paroi abdominale antérieure; la conduite est la même dans le cas de nécrose pancréatique.

J'ai pu rassembler 130 observations de pancréatite aiguë chirurgicalement traitée; cette statistique globale donne 67 guérisons et 63 morts; mais de ce dernier chiffre il faut déduire 24 faits où l'acte opératoire ne s'est pas adressé à la lésion pancréatique elle-même; il reste donc un total de 106 cas, dont 67 avec résultat favorable.

Dans les pancréatites chroniques de la tête, l'intervention la plus simple, la plus logique et

la plus rapide est le drainage des voies biliaires principales avec cholécystectomie; elle tire ses indications de l'existence constante d'une stase biliaire avec infection de la vésicule. Si au contraire les lésions sont localisées à la queue ou à la partie voisine du corps de l'organe, la pancréatectomie partielle me paraît s'imposer : elle a été pratiquée avec un excellent résultat par M. Reynès (de Marseille), dans un fait encore inédit et que je crois unique jusqu'ici.

Contre la lithiase pancréatique, on pratiquera la pancréaticotomie simple ou, dans certains cas, le pancréato-gastrostomie.

Pour ce qui est des kystes glandulaires, il faut, après avoir ponctionné et vidé la poche, tenter d'en faire l'extirpation totale et, si celle-ci n'est pas praticable, s'adresser à la marsupialisation en un temps.

Enfin, comme traitement radical ou curatif des tumeurs solides du pancréas, la pancréatectomie partielle est indiquée au cas de tumeur limitée de la queue et du corps, de même que pour certaines tumeurs de la tête : 13 cas de cette intervention que j'ai réunis ont donné 8 morts et 5 guérisons opératoires. Il faut s'abstenir de faire la pancréatectomie totale de la tête, et, *a fortiori*, l'ablation totale de la glande. En présence de tumeurs étendues de la tête seule ou de la tête et du corps, il vaut mieux recourir aux opérations palliatives, en particulier à la cholécystentérostomie ou à la cholécysto-gastrostomie.

J'ajouterai qu'à la suite d'interventions diverses sur le pancréas, il peut subsister des fistules pancréatiques externes, gênantes surtout en raison de l'ulcération des téguments au niveau de leur orifice. En pareille occurrence, lorsque la cautérisation du trajet fistuleux a échoué et que son ablation est jugée impossible, on pourra être amené à l'aboucher soit à l'intestin, comme M. Weir a tenté de le faire dans un cas, mais sans succès, soit plutôt à l'estomac : chez 2 chiens, j'ai réussi à réaliser cette pancréato-gastrostomie.

M. Garré (de Breslau). — Sur 11 cas d'infarctus hémorrhagique et d'inflammation purulente aiguë du pancréas où j'ai dû intervenir, j'ai obtenu 8 guérisons opératoires. Dans les faits de ce genre, un temps opératoire de la plus grande importance, ainsi que l'a fait ressortir mon assistant M. Bunge, consiste à isoler du péritoine et de l'intestin, par un tamponnement soigné, le pancréas enflammé, afin de localiser le foyer de l'infection (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 198). On divise le ligament gastro-colique et on tamponne l'arrière-cavité des épiploons, on soulève l'estomac, le côlon et l'épiploon, et de cette façon le bord inférieur du pancréas peut être atteint. Il importe d'opérer le plus vite possible, car les malades souffrent rapidement du shock après une intervention quelque peu prolongée. On ne s'attardera donc pas à enlever les exsudats péritonéaux. Malheureusement, la moitié de mes opérations ont été pratiquées dans des conditions tout à fait désespérées.

J'ai eu à traiter également 3 cas de kystes du pancréas. Dans un de ces faits, il s'agissait d'un kyste énorme survenu, chez un jeune homme, à la suite d'un traumatisme violent, dans un écrasement. Pour les 2 autres malades, aucun traumatisme ne pouvait être mis en cause, et cependant il y avait des lambeaux de tissu pancréatique nécrosé dans la cavité du kyste.

Cette dernière constatation me paraît avoir une réelle importance, car elle nous donne une indication précieuse sur la façon dont ces kystes ou pseudo-kystes se produisent : à mon avis, l'étiologie de ces productions est en relation étroite avec des nécroses partielles du pancréas; que la nécrose, du reste, soit produite par infarctus ou par infection secondaire, l'accumulation du liquide kystique dans les tissus péri-pancréatiques sera toujours facilement explicable. La non-constatation de bactéries dans le contenu du kyste, l'absence de fièvre et de péritonite ne constituent pas des preuves contre l'origine inflammatoire de ces lésions, étant données la possibilité d'infection par des microbes de virulence atténuée et les propriétés fortement bactéricides des sécrétions pancréatiques.

Il faut donc, à mon avis, admettre parmi les pseudo-kystes du pancréas une forme d'origine nécrotique.

En terminant, je désire vous citer un cas de rupture totale du pancréas chez un ouvrier pris entre deux wagons; j'intervins par la suture quatre heures et demie après le traumatisme; au bout de six semaines, mon opéré quittait l'hôpital parfaitement guéri (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 448).

M. Lejars. — J'ai opéré 3 kystes du pancréas dont 1 kyste hydatique. Il s'agissait, dans ce dernier cas, qui remonte à 1897, d'une tumeur énorme, qui avait brusquement grossi depuis quelque temps, en se compliquant d'accidents infectieux. Au cours de la laparotomie, j'ouvris une poche très adhérente, qui contenait, en effet, du liquide puriforme, mais aussi des vésicules hydatiques très volumineuses, et je constatai qu'elle se prolongeait en haut jusqu'au pancréas dont elle émergeait. Je marsupialisai, après une incision partielle de la paroi; la malade succomba.

Les 2 autres cas ont guéri par l'opération : l'un d'eux était celui d'une femme de vingt-sept ans, très amaigrie, qui m'était envoyée avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse : je trouvai un kyste profond, sus-ombilical, remontant jusqu'au pancréas, et de contenu brunâtre; je le vidai et l'abouchai à la plaie; le suintement consécutif ne dura pas plus d'un mois, et, six mois après, la guérison s'était maintenue. Le troisième kyste avait été pris pour un kyste ovarien ou para-ovarien, chez une jeune fille de dix-huit ans : ce ne fut que sous l'anesthésie et dans la position inclinée qu'on reconnut son origine, dans la région abdominale supérieure; il contenait plusieurs litres d'un liquide clair et filant; il se laissa décortiquer et exciser en grande partie; le cul-de-sac profond fut drainé; le suintement fut peu abondant et disparut vite. La guérison est complète depuis trois ans.

Autrement complexe est la question de la pancréatite chronique; je signalerai seulement un fait qui m'a beaucoup frappé. Une femme est atteinte d'ictère chronique et profondément cachectique : le néoplasme pancréatique paraît certain. Au cours d'une première intervention, je constate que la vésicule et le cholédoque ne contiennent pas de calculs et que la tête du pancréas est grosse et enveloppée d'adhérences; je suis forcé de m'arrêter, avant d'avoir pratiqué la cholécystentérostomie. Je crois à une fin rapide qui ne survient pas, et, quelques semaines après, j'abouche la vésicule à l'intestin. Le résultat fut prompt et durable : l'ictère se dissipa, l'appétit revint, la malade engraissa et reprit de la mine, les douleurs cessèrent; la tuméfaction sous-hépatique disparut totalement; la santé resta très bonne pendant deux ans, puis des troubles digestifs ont reparu, de caractère spécial; la cholécystentérostomie n'a pas guéri de façon définitive la pancréatite chronique, mais elle l'a enrayée pour une longue période.

M. Morestin. — Je n'ai observé qu'un cas de kyste du pancréas, mais j'ai pu le suivre depuis ses premières manifestations cliniques jusqu'à sa terminaison. Il s'agissait d'une jeune femme, auprès de laquelle je fus appelé d'urgence pour des accidents qu'on attribuait à une grossesse tubaire rompue. Je fis immédiatement une laparotomie, et trouvai une grande quantité de liquide hématique dans le péritoine, sans qu'il me fût possible de déterminer le point de départ de l'hémorrhagie. La malade quitta l'hôpital au bout d'une vingtaine de jours. Quelque temps après elle revint me consulter, et je constatai l'existence d'une tumeur que je crus devoir considérer comme un kyste du foie ou du pancréas. Une nouvelle intervention me démontra que j'avais affaire à un kyste pancréatique, que je ne pus extirper et que je dus marsupialiser. Il en résulta une fistule qui s'éternisa. Aussi, désireux de tenter l'abouchement de l'orifice fistuleux dans l'intestin, décidai-je cette femme à subir une troisième opération. Malheureusement une alerte chloroformique m'empêcha de réaliser mon projet, et la fistule se tarit spontanément au bout de quelque temps. Plusieurs mois après, je retrouvai la malade mourante dans le service de Gérard-Marchant. L'autopsie établit que la mort était due à une cirrhose du foie; quant au pancréas, il était sclérosé, sans trace d'une lésion kystique.

M. Doyen. — Comme le rapporteur l'a bien mis en évidence, le diagnostic des lésions pancréatiques est particulièrement difficile, même après laparotomie; pour ma part, je dois dire que, au cours de plusieurs interventions pour kystes de la région pancréatique, il m'a été absolument impossible de déterminer s'il s'agissait d'une lésion pancréatique ou parapancréatique.

Au point de vue du traitement des kystes du pancréas, je crois qu'il faut renoncer à l'extirpation et se contenter de la marsupialisation.

Le traitement des fistules pancréatiques me paraît devoir nous arrêter quelques instants. J'ai pu, dans un cas de ce genre, faire la pancréatico-gastrostomie, que M. Villar nous a dit avoir réalisée chez le chien : je fixai dans le trajet fistuleux, à l'aide d'un fil, une petite sonde qui me servit à faire pénétrer la fistule dans l'intérieur de l'estomac; pour cela, je perforai ce viscère près de sa grande courbure avec une aiguille courbe, au moyen de laquelle je ramenai la sonde et l'extrémité du trajet fistuleux; je n'eus plus ensuite qu'à fixer ce dernier à la séreuse gastrique, par deux surjets longitudinaux, puis je réunis par une double plicature les parois de l'estomac par-dessus ce qui demeurait extérieur du trajet fistuleux, et je fis une réunion soignée par un double surjet intéressant partiellement la paroi du trajet fistuleux.

M. Thiéry. — Dans les cas inopérables de cancer du pancréas, la cholécystostomie doit être considérée comme l'opération palliative de choix; elle est, en effet, beaucoup moins grave que la cholécystentérostomie, préconisée par le rapporteur, et elle ne donne pas, à mon avis, de moins bons résultats.

M. Vidal (de Périgueux). — J'ai opéré un kyste du pancréas par la voie transpleurale, en me contentant, d'ailleurs, de le marsupialiser; la guérison a été complète au bout de quelques semaines.

J'ai eu également l'occasion d'intervenir dans un cas de tuberculose pancréatique, où une vaste collection purulente remplissait l'arrière-cavité des épiploons; mon malade est actuellement très amélioré.

Enfin, tout récemment, j'ai observé chez un nouveau-né un cas de pancréas annulaire, dans lequel le duodénum était absolument réduit à un cordon fibreux; j'ai pratiqué rapidement une gastro-entérostomie postérieure, et le petit malade a survécu.

M. Cranwell (de Buénos-Ayres). — J'ai opéré un enfant pour un kyste infecté de la tête du pancréas; j'ai dû me borner à drainer la cavité kystique, et ce drainage a suffi à assurer la guérison.

M. Walther (de Paris). — Je désire vous montrer un jeune homme qui, à la suite d'une contusion de l'abdomen, a été opéré dans mon service par M. Guillemain. Il y avait environ un litre de sang épanché dans le petit bassin, et notre confrère trouva une rupture complète du pancréas, tout à fait analogue à celle que M. Garré nous citait tout à l'heure; la rupture siégeait au niveau de l'isthme; au fond, on apercevait la veine porte dénudée. M. Guillemain ne fit pas la suture du pancréas, qui était absolument broyé, et établit seulement un drainage à la Mikulicz. La guérison a été obtenue après quelques complications post-opératoires, notamment une parotidite bilatérale qui a nécessité une double incision.

M. Reboul. — J'ai opéré l'année dernière un kyste du pancréas, chez une femme de trente-huit ans. Après avoir mis la tumeur à nu, je fis une ponction qui donna issue à environ 500 c.c. d'un liquide brunâtre et gluant. Après incision, je pus explorer avec la main la cavité du kyste et ramener de la partie déclive de la poche de nombreux graviers de coloration brun jaunâtre. Je terminai mon intervention en marsupialisant la poche et en la drainant; les suites opératoires furent régulières, et la guérison s'est bien maintenue.

M. Mauclaire (de Paris). — Chez une jeune femme de vingt ans, qui s'était tiré un coup de revolver dans l'abdomen, j'ai pu intervenir au bout de quatre heures; après avoir fermé successivement deux plaies siégeant l'une sur la face antérieure et l'autre sur la face postérieure de l'estomac, je trouvai une plaie de la face antérieure du pancréas, que je dus suturer également, car elle donnait un suintement sanguin assez abondant. Malheureusement il y avait une plaie grave du rein, qui nécessita une

néphrectomie, et mon opérée mourut subitement au quatrième jour.

M. Auvray (de Paris). — J'ai opéré également un cas de plaie du pancréas par arme à feu, mais sans aucune autre lésion viscérale; mon malade est mort de septicémie.

Chez un second blessé, qui avait subi un écrasement, j'ai constaté un broiement du pancréas; les organes voisins étaient si gravement intéressés que je dus me borner à faire un tamponnement pour arrêter l'hémorrhagie; le patient succomba.

M. Mayer (de Bruxelles) rappelle les nombreuses opérations qu'il a faites avec M. Zunz, dans un but expérimental, sur le pancréas du chien (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 70 et 1905, p. 480); il signale que tous les animaux auxquels il a pratiqué l'ablation complète du pancréas sont morts au bout de quelques jours.

M. Vidal dit avoir fait également la dépancréatisation totale un assez grand nombre de fois chez des chiens, et, comme M. Mayer, n'avoir jamais pu conserver en vie un seul des animaux ainsi traités.

M. Hallion (de Paris) pense aussi qu'il est impossible de pratiquer l'ablation complète du pancréas sans déterminer une glycosurie mortelle : si quelques expérimentateurs, comme le rappelait M. Villar, ont obtenu des survies après la pancréatectomie totale, c'est que probablement ils n'avaient fait en réalité qu'une extirpation partielle.

240 cas de gastro-entérostomie.

M. Monprofit (d'Angers). — Ma statistique comprend actuellement 240 gastro-entérostomies, dont 119 pour des cas de cancer où l'ablation radicale était impossible et 121 pour des affections non cancéreuses de l'estomac.

Mes 100 premières opérations ont été pratiquées selon les méthodes de Wölfler (22) ou de von Hacker (78). J'ai ensuite abandonné complètement ces deux procédés qui donnent souvent des résultats imparfaits, bien que celui de von Hacker puisse fournir des succès dans certaines conditions.

Je me suis donc absolument déterminé à n'employer que les procédés en Y selon la méthode de Roux, soit sur la face postérieure de l'estomac, soit sur sa face antérieure. Dès que j'éprouve une difficulté quelconque pour faire l'implantation sur la face postérieure, je la pratique sur la face antérieure, d'accord en cela avec M. Rotgans.

Les résultats excellents obtenus avec le procédé en Y antérieur doivent engager à y recourir fréquemment et prouvent que ce qui est défectueux dans le procédé de Wölfler, ce n'est pas l'*antériorité*, mais bien la *latéralité* de l'abouchement.

Ayant constaté dans quelques cas une légère atrésie de la communication gastro-jéjunale dans le procédé en Y, et une fois même une oblitération et une séparation complètes, j'ai employé une modification qu'on peut désigner sous le nom de *section en biseau du bout jéjunal inférieur*. On détruit ainsi les fibres circulaires de l'intestin grêle, on fait un abouchement plus large et on évite tout risque de rétrécissement ultérieur.

M. Roux (de Lausanne). — J'ai également observé un cas d'oblitération et de séparation complète de l'anse verticale de l'Y, chez un homme que j'avais opéré en 1894 et qui présentait, à ce moment, une lésion que j'avais considérée à tort comme un cancer inopérable. Il s'agissait simplement de lésions inflammatoires d'origine ulcéreuse et plus tard, lorsque mon opéré a succombé à l'évolution d'un nouvel ulcère, on a constaté que le pylore était redevenu perméable, ce qui explique pourquoi aucun trouble n'était résulté de l'oblitération de la communication gastrojéjunale.

Pour prévenir le rétrécissement de l'anse verticale de l'Y, j'ai l'habitude de chercher une anse aussi large que possible, et, si je n'en rencontre pas qui me paraisse assez large, j'implante l'intestin en le fermant et en l'abouchant latéralement.

Sur l'appendicite tuberculeuse.

M. Chavannaz (de Bordeaux). — Les rapports entre la tuberculose et les manifestations appendiculaires sont multiples. Assurément, une appendicite vulgaire peut survenir chez un tuberculeux, mais, d'autre part, la tuberculose peut envahir primitivement l'appendice. Ou bien alors elle détermine à ce niveau des lésions plus ou moins torpides, sans donner lieu au point de vue clinique à aucune des manifestations que nous sommes habitués à rencontrer au cours des appendicites vulgaires, ou bien, au contraire, elle se manifeste par les symptômes d'une appendicite banale, dont l'examen histologique peut seul démontrer la véritable nature.

J'ai observé 2 cas rentrant dans cette dernière catégorie de faits; les 2 malades, qui ne présentaient aucun antécédent tuberculeux, avaient eu à un an d'intervalle deux crises d'appendicite aiguë et l'intervention m'a montré qu'il s'agissait d'une tuberculose appendiculaire.

De l'appendicostomie dans le traitement de certaines occlusions intestinales.

M. Lapeyre. — M. Segond a, le premier en France, attiré l'attention sur l'appendicostomie, opération déjà pratiquée par certains chirurgiens américains, notamment contre la dysenterie (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 84); notre collègue propose de l'utiliser comme temps préliminaire à l'exérèse dans les cancers du gros intestin compliqués d'occlusion, de préférence à la cæcostomie ordinaire.

Depuis un an, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer l'appendico-cæcostomie selon la technique décrite par M. Segond. Je m'en suis trouvé très satisfait, et à mon avis ce procédé nouveau présente de grands avantages.

L'appendicostomie n'est pas seulement utilisable dans le cancer; elle m'a donné un beau succès dans un cas d'occlusion de cause péritonitique, liée à un ulcère de l'estomac.

M. Lejars. — J'ai fait une fois l'appendicostomie pour occlusion, mais je n'ai trouvé qu'un appendice de lumière extrêmement réduite, à travers lequel l'écoulement stercoral ne pouvait se faire que d'une façon très imparfaite.

De l'étalement pelvien du côlon terminal à la fin de la laparotomie, notamment pour prévenir l'occlusion post-opératoire par adhérences.

M. Goullioud (de Lyon). — Pendant la laparotomie en position de Trendelenburg, l'intestin grêle remonte au-dessus du détroit supérieur, ainsi que le côlon ilio-pelvien. L'opération terminée et la malade remise en position horizontale, les anses grêles et le côlon retombent dans l'excavation. C'est alors qu'il est utile de rechercher l'anse recto-sigmoïde et de l'étendre comme un voile entre le champ opératoire pelvien et l'intestin grêle. Le côlon iliopelvien représente, en effet, une anse flexueuse à ample méso qui, étalée, forme une sorte de côlon transverse inférieur et recouvre le petit bassin à la façon d'un opercule. La ligature de l'utéro-ovarienne droite est seule visible après l'hystérectomie.

Cet étalement du côlon terminal suffit à recouvrir un utérus suturé et suintant après la myomectomie, ou encore à isoler un tamponnement à la Mikulicz, abdominal ou vaginal. Mais c'est surtout contre les occlusions post-opératoires par adhérences que cet étalement est utile. Ces occlusions constituent une complication très réelle, dont j'ai observé 2 cas typiques; chez ces 2 malades, le côlon pelvien n'était plus dans l'excavation : dans le premier fait, il avait été attiré dans la fosse iliaque, et dans l'autre je l'avais réséqué; aussi les anses grêles, ne trouvant plus de côlon pelvien au-dessous du promontoire, étaient-elles descendues dans le cul-de-sac de Douglas, et une anse très élevée, ayant contracté une adhérence, s'était coudée.

M. Pasteau (de Paris). — La position de Trendelenburg peut provoquer l'occlusion intestinale, ainsi que j'en ai observé un exemple. Il s'agissait d'une bride ancienne qui s'étendait du mésocôlon transverse au grand épiploon et qui, exerçant une traction sur la partie moyenne du côlon transverse, obturait complètement l'intestin.

Cet accident peut se produire aussi bien après l'ouverture du péritoine qu'à la suite des opérations faites en dehors de la cavité abdominale, comme la taille vésicale sus-pubienne.

M. Depage (de Bruxelles). — J'ai observé 4 cas d'occlusion intestinale consécutive à la position de Trendelenburg; 2 de mes malades ont guéri, mais les 2 autres ont succombé.

Pour éviter cet accident, je crois qu'il ne faut jamais fermer le ventre dans la position de Trendelenburg, et qu'on doit, au préalable, bien isoler le grand épiploon, de façon à remettre en place le côlon transverse.

J'ai eu l'occasion de voir aussi un arrêt du cœur chez une malade placée dans la position de Trendelenburg. J'ai fait pendant cinq minutes le massage transdiaphragmatique du cœur; les battements cardiaques ont reparu, mais ce n'est qu'après trois quarts d'heure que les mouvements respiratoires ont repris; la patiente a succombé au bout de vingt-quatre heures, probablement aux suites d'un œdème cérébral.

M. Le Dentu. — J'ai perdu cette année une femme que j'avais opérée d'un très volumineux kyste de l'ovaire; je crois me rappeler, sans en être certain, que j'avais fermé le ventre avant de remettre la malade dans la position horizontale. Malgré une alerte, suivie d'amélioration apparente, j'hésitai à faire une laparotomie, et mon opérée succomba. A l'autopsie, nous avons constaté une torsion de l'intestin grêle sur lui-même, et j'ai vivement regretté de n'être pas intervenu dès l'apparition des premiers accidents.

M. Walther. — Je me demande si, dans le cas de M. Pasteau, c'est bien la position de Trendelenburg qui a été la cause de l'occlusion intestinale, attendu qu'il y avait une bride s'étendant du mésocôlon transverse au grand épiploon. Pour ma part, je n'ai jamais observé d'accident consécutif à la position de Trendelenburg; j'ai d'ailleurs l'habitude, comme M. Depage, de remettre la malade dans la position horizontale avant de fermer l'abdomen.

M. Monprofit. — Dans un cas où j'avais négligé de prendre cette précaution, j'ai observé de l'emphysème sous-cutané.

Traitement opératoire de certaines tumeurs stercorales.

M. Pozzi (de Paris). — J'ai opéré un homme qui depuis des années présentait une énorme tumeur d'une dureté absolument ligneuse, s'étendant de l'ombilic jusque dans la cavité pelvienne, mobile seulement dans le sens transversal; plusieurs chirurgiens avaient examiné ce malade sans faire un diagnostic précis.

La laparotomie m'a montré qu'il s'agissait de la partie inférieure de l'anse oméga, distendue par une masse stercorale de consistance pierreuse. Je me décidai à faire une incision longitudinale de 13 centimètres sur l'intestin et je pus ainsi extraire facilement la tumeur. Je suturai ensuite l'intestin, mais, comme il restait dilaté, je fis une série de plicatures, fixées par des points de Lembert, ce qui permit de ramener la cavité intestinale à ses dimensions normales. Le résultat a été parfait et mon malade a guéri sans difficulté.

Cette question de la constipation grave a été traitée l'année dernière très complètement par M. Lejars (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 419-421). J'ai cru devoir cependant vous citer cette observation, car les faits où l'on a dû recourir à la laparotomie sont relativement rares.

Traitement du cancer du gros intestin.

M. Pauchet (d'Amiens). — J'ai opéré 19 cancers du côlon et 2 cancers du cæcum, avec 6 morts. Ces 21 interventions se décomposent ainsi : 6 résections avec abouchement termino-terminal, 6 résections avec anastomose, 7 anastomoses simples, 2 exclusions. Sur ces malades, 5 ont été opérés en un temps; chez les 16 autres j'ai commencé par faire un anus contre nature temporaire.

A mon avis, les cancers extirpables et non compliqués d'occlusion doivent être opérés en un temps, par la résection et l'entéro-anastomose. Ceux qui sont compliqués d'occlusion seront traités préalablement par la création d'un anus contre nature, et, trois semaines seulement plus tard, par l'ablation de la tumeur.

Pour les cancers inopérables et non compliqués d'occlusion, je ne fais jamais l'exclusion, et je préfère à celle-ci l'anastomose simple, la meilleure étant l'iléo-sigmoïdostomie. Dans le cas de cancer très bas situé, j'ai recours à l'iléorectostomie à l'aide du bouton.

Enfin, lorsque j'ai affaire à un cancer inopérable compliqué d'occlusion, je pratique l'iléo-

sigmoïdostomie latérale, avec une large bouche anastomotique. Si l'état général du malade est trop mauvais, j'ai recours à l'anus cæcal temporaire ou à l'iléo-sigmoïdostomie à l'aide du bouton, qui a, toutefois l'inconvénient de créer un orifice trop petit.

La position ventrale.

M. Depage. — Pour les interventions sur le rectum, la prostate, la colonne vertébrale, le cervelet, la plèvre, il y a grand avantage, ainsi que j'ai pu le constater nombre de fois depuis six ans, à coucher le malade sur le ventre au lieu de le placer en décubitus latéral. Dans ce but, je mets deux coussins ronds, l'un sous les épaules, l'autre sous le bassin; les bras et les jambes du patient pendent le long de la table; la tête inclinée sur le côté repose sur la table. La narcose dans cette position se fait très facilement et très régulièrement. Le champ opératoire devient d'un accès extrêmement commode, étant en pleine lumière.

De la nécessité de redresser les rétroversions.

M. Richelot (de Paris). — La plupart des auteurs enseignent que la rétroversion est une conséquence de la puerpéralité et constitue seulement une lésion symptomatique de l'infection utérine et annexielle. Je crois, cependant, qu'il est toute une série de rétroversions parfaitement mobiles, indépendantes de toute infection utéro-annexielle, et résultant seulement d'un relâchement des ligaments; ce sont ces rétroversions qu'on rencontre chez des nullipares et même chez des vierges.

Aussi suis-je convaincu qu'il ne faut pas se borner à soigner l'utérus et les annexes, dans le cas de rétrodéviation utérine, et qu'on doit redresser cette dernière. C'est pourquoi, depuis six ans, j'ai fait environ 80 opérations dirigées exclusivement contre des rétroversions mobiles, indépendantes de toute infection utéro-annexielle. Sur mes 80 malades, 25 ont été perdues de vue; 15, opérées cette année même, doivent être laissées de côté; sur les 40 autres, une seule, opérée depuis cinq ans, m'a donné un insuccès; 39 sont restées parfaitement guéries.

L'opération qui me paraît le mieux réaliser le redressement de la rétroversion utérine est celle de Doléris, consistant dans l'inclusion pariétale des ligaments ronds; ce procédé a tous les avantages de l'opération d'Alexander sans en avoir les inconvénients.

M. Monprofit. — J'ai employé successivement à peu près toutes les méthodes de fixation de l'utérus qui ont été décrites, et je considère aussi l'opération de Doléris comme le procédé de choix dans le traitement des rétroversions utérines.

M. Walther. — J'ai fait beaucoup d'interventions pour des rétroversions et j'ai pu me rendre compte de l'importance très grande de la fixation de l'utérus en avant. J'emploie pour ma part l'hystéropexie, qui m'a donné constamment d'excellents résultats.

M. Delaunay (de Paris). — J'ai eu recours à l'opération de Doléris dans une trentaine de cas au moins, et j'en ai toujours été extrêmement satisfait.

Traitement des fistules vaginales élevées par la voie abdominale.

M. Forgue (de Montpellier). — On connaît les difficultés du traitement par la voie basse des fistules vaginales élevées; aussi M. Trendelenburg, en nous ouvrant la voie haute, transvésicale, a-t-il facilité singulièrement la cure de ces fistules.

Cette année même, ayant à traiter une fistule située extrêmement haut et se présentant dans des conditions particulièrement défectueuses, j'ai songé à employer non pas la voie transvésicale, mais la voie transpéritonéale, aujourd'hui rendue si facile par la position de Trendelenburg. J'ai pu ainsi, après *décollement* de l'utérus, placer directement des sutures sur l'orifice vésical d'une part, sur l'orifice vaginal d'autre part. Malheureusement, la sonde à demeure a été supprimée un peu prématurément, et le succès a été incomplet, la malade continuant à perdre une partie de ses urines. Déjà M. Dittel a eu recours à la voie transpéritonéale, avec un échec également; je suis néanmoins tout disposé à employer de nouveau cette opération, lorsque l'occasion s'en présentera.

M. Roux. — J'ai exécuté une opération semblable dans des conditions singulièrement difficiles; j'ai placé un certain nombre de plans de suture au catgut très fin, et ma malade a parfaitement guéri.

M. Chénieux (de Limoges). — Il est des cas de fistules vésico-vaginales irréparables, où nous sommes forcés de nous contenter d'un traitement palliatif. C'est ainsi que, chez une malade qui ne présentait aucun vestige de l'urèthre, j'ai dû me borner à établir un méat hypogastrique et à fermer la vulve, quelques jours après, en circonscrivant à droite et à gauche, par deux lambeaux, l'orifice vulvaire, et en faisant pivoter l'un de ces lambeaux de façon à en faire le bas-fond du cloaque.

M. Bégouin (de Bordeaux). — J'ai pratiqué 7 opérations de fistules vésico-vaginales par le procédé du dédoublement. Dans les 3 premières, concernant 2 malades seulement, je n'ai fait qu'un seul plan de sutures, vaginal, laissant aux lambeaux vésicaux le soin de s'accoler eux-mêmes; il persista chez ces 2 femmes une petite fistule. Dans mes 4 autres interventions — dont une, notamment, fut pratiquée chez une patiente déjà opérée 5 fois par divers chirurgiens et dont 2 concernent les malades précédentes —, j'ai au contraire obtenu des guérisons parfaites d'emblée, en faisant deux plans de sutures, l'un vésical non perforant, au catgut, l'autre vaginal.

Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire, ouvert dans la vessie.

M. Barnsby (de Tours). — Chez une femme de trente-huit ans, atteinte d'un kyste de l'ovaire, qui avait été diagnostiqué au cours d'une grossesse plusieurs années auparavant, il se produisit une torsion du pédicule du kyste, lequel augmenta brusquement de volume, avec très violente réaction péritonéale. La malade ne se décida cependant à se laisser opérer que huit semaines après cet accident et je dus intervenir d'urgence, chez une femme épuisée, au lendemain d'une perforation spontanée du kyste dans la vessie. Au cours de l'opération, je me trouvai en présence d'un kyste ovarique adhérent partout. La rupture pendant la décortication permit de constater qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde suppuré communiquant avec la vessie. A la paroi du kyste adhérait un appendice dont le tiers inférieur, coudé et oblitéré, contenait du pus; en outre, il existait un volumineux fibrome utérin avec hydrosalpinx gauche.

Le kyste et l'appendice furent enlevés, la brèche vésicale fut suturée et je terminai mon intervention par une hystérectomie abdominale supravaginale en conservant l'ovaire gauche. Les suites opératoires furent simples et heureuses.

M. Sorel (de Dijon). — Je suis intervenu par l'ovariotomie dans 2 cas de kyste de l'ovaire au cours de la grossesse; mes deux opérées ont accouché à terme.

De la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus.

M. Boursier (de Bordeaux). — Je puis vous communiquer 2 faits nouveaux de torsion du pédicule de fibromes sous-séreux de l'utérus.

Le premier concerne une fille de trente ans, qui fut prise brusquement de douleurs très vives dans le bas-ventre. Des crises douloureuses analogues se reproduisirent ensuite assez fréquemment et l'on constata l'existence d'un fibrome. La laparotomie me montra que la tumeur était pourvue d'un assez long pédicule, lequel avait subi une torsion complète.

Dans le deuxième cas, la malade fut prise subitement de douleurs très vives, et l'on reconnut alors la présence d'un fibrome utérin, que je pus enlever; au cours de l'intervention, je constatai également qu'il s'agissait d'un fibrome sous-péritonéal à pédicule tordu.

Cure radicale de la hernie ombilicale.

M. Gourdet (de Nantes). — J'ai eu l'occasion d'employer, dans 5 cas de hernie ombilicale, le procédé suivant, qui m'a donné régulièrement un résultat parfait : au lieu d'aviver longitudinalement la paroi, comme il est classique de le faire, ce qui agrandit l'orifice et rend la suture très difficile, je pratique soigneusement la dissection des bords de l'anneau ombilical herniaire, qui est, sinon toujours, au moins très souvent étiré dans le sens transversal; il m'est alors très facile de suturer l'orifice dans ce sens avec un fort fil de soie passé en surjet.

M. Lucas-Championnière (de Paris). — Je crois *a priori* qu'il n'y a pas avantage à faire une suture transversale plutôt qu'une suture longitudinale; ce sont d'ailleurs les résultats éloignés qui pourront seuls nous montrer ce qu'on doit en penser.

M. Morestin. — J'emploie depuis plusieurs années la suture transversale dont M. Gourdet vient de parler, mais, après avoir fait d'abord une réunion transversale des bords de l'orifice, il m'arrive de réunir ensuite verticalement, par-dessus cette suture transversale, les deux lèvres aponévrotiques.

M. Walther. — J'ai employé avec avantage, dans certains cas, la suture transversale pour le plan profond, avec réunion verticale des gaines des muscles droits; les résultats que j'ai obtenus par cette manière de faire ont été très satisfaisants.

Résection du cordon dans les cas de hernies inguinales volumineuses ou difficiles à réparer.

M. Lucas-Championnière. — Après avoir réalisé, grâce à la castration, de belles cures radicales de hernies inguinales particulièrement volumineuses, je me suis demandé si l'on ne pourrait pas se contenter, en pareil cas, de pratiquer la résection du cordon, en laissant le testicule en place.

J'ai fait cette opération pour la première fois au commencement de 1904, et depuis je l'ai pratiquée chez 7 autres malades. Les résultats ont été très satisfaisants.

L'atrophie du testicule n'est pas aussi rapide qu'on pourrait le croire, et elle n'est pas non plus aussi complète qu'on l'imaginerait.

Il faut avoir soin de diviser les éléments du cordon et de les lier isolément; je crois que ce mode de procéder a une certaine importance, au point de vue de la réparation, surtout pour le segment inférieur du cordon.

Hernie lombaire étranglée.

M. Lejars. — J'ai opéré récemment une hernie lombaire étranglée chez un homme qui depuis vingt-cinq ans présentait une petite tumeur dans la région lombaire gauche, au niveau du triangle de J.-L. Petit. Au cours de mon intervention, après avoir incisé la peau et l'aponévrose du grand dorsal, je ne trouvai aucune trace d'un feuillet péritonéal; je débridai vers le haut l'orifice intramusculaire très étroit par lequel sortait le côlon descendant. Le malade a guéri facilement.

Traitement chirurgical des néphrites.

M. Vidal. — Je suis intervenu 5 fois pour des néphrites dites médicales :

Sur 2 cas de néphrite aiguë sans pyonéphrose, la néphrotomie m'a donné une amélioration considérable et une guérison complète.

Sur 3 cas de néphrite chronique, j'ai pratiqué 1 fois la néphrotomie avec un insuccès presque complet, et 2 fois la décapsulation bilatérale, avec une guérison et une amélioration très grande.

De l'intervention chirurgicale dans les vieilles adhérences pleurales.

M. Ch. Willems (de Gand). — J'ai observé 3 cas où de simples adhérences pleurales donnaient lieu à un ensemble de symptômes rappelant ceux de la pleurésie purulente. Mes 3 malades ont parfaitement guéri par la résection costale, suivie du décollement des adhérences, poussé aussi loin que possible, et d'un drainage prolongé.

Il est intéressant d'opposer ces faits à ceux que M. Debove a décrits sous le nom de pleurésie purulente latente, et qui se rapportent à des sujets portant pendant des années de grands épanchements, sans présenter, pour ainsi dire, aucun symptôme subjectif ou objectif. Dans ces cas, la thoracotomie, qui semble pourtant formellement indiquée, donne des ré-

sultats désastreux, tandis que dans les adhérences pleurétiques sèches, où l'opération paraît moins justifiée *a priori*, elle conduit à des succès rapides et constants.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

M. Calot (de Berck-sur-Mer). — Les opérations sanglantes préconisées jusqu'à ce jour contre la luxation congénitale de la hanche étaient graves et laissaient des ankyloses. L'opération nouvelle à laquelle j'ai eu recours dans 2 cas, avec plein succès, est d'une bénignité certaine; de plus, elle ménage la capsule et la synoviale, ce qui permet d'obtenir une articulation souple.

Elle consiste, au lieu d'ouvrir largement la hanche, à faire une boutonnière de 2 centimètres à peine de longueur, comme dans une ténotomie ou une ostéotomie sous-cutanée, puis à dilater le rétrécissement de la capsule à l'aide d'un dilatateur spécial, introduit fermé, par la petite boutonnière, dans le canal capsulaire.

M. Redard (de Paris). — En ce qui concerne la technique de la réduction de la luxation congénitale de la hanche par la méthode non sanglante, je crois que les trop nombreuses modifications qui y ont été apportées dans ces derniers temps sont justiciables de certaines critiques. Pour ma part, il me semble qu'on doit insister surtout sur la nécessité d'une mobilisation très exacte de la tête fémorale, ainsi que de l'allongement et de la distension des parties rétractées, c'est-à-dire de la capsule et des muscles.

Je suis d'avis qu'on peut sans inconvénient réduire notablement la durée de l'immobilisation dans un grand nombre de cas.

M. Gourdon (de Bordeaux). — J'estime que le traitement des « boiteux de naissance » peut donner une guérison certaine jusqu'à neuf ans. Entre neuf et treize ans, les difficultés opératoires sont plus grandes, et, pour prévenir certaines complications, telles que la raideur articulaire et les modifications dans l'attitude du bassin ou de la colonne vertébrale, il faut supprimer l'appareil inamovible deux mois et demi après l'intervention et le remplacer par un appareil amovible qu'on enlève deux fois par jour pour faire des exercices de mobilisation.

M. Frœlich (de Nancy). — Souvent, dans le cours du traitement d'une luxation congénitale unilatérale de la hanche, on voit le côté opposé se luxer à son tour, soit en raison d'une prédisposition, par malformation primitive, soit par suite de l'évolution d'une arthrite pathologique simulant une luxation congénitale. Les faits sur lesquels je désire attirer l'attention — et dont j'ai eu pour ma part l'occasion d'observer 2 exemples — sont beaucoup plus rares : il s'agit des cas où une luxation congénitale double, confirmée par la radiographie, se transforme en luxation unilatérale. J'attribue cette guérison spontanée de l'une des luxations à l'abduction dans laquelle se met l'un des membres — celui du côté guéri — sous l'influence de l'adduction exagérée où se place le membre du côté opposé en se luxant davantage.

Opérations orthopédiques pour déviations et difformités d'origine paralytique.

M. Mencière (de Reims). — J'ai pu réunir 50 observations de déviations ou difformités d'origine paralytique, ayant donné lieu à environ 150 interventions diverses : 14 de ces faits se rapportent à la paralysie spasmodique, 32 à des paralysies par poliomyélite antérieure; 2 fois il s'agissait de difformités consécutives à un traumatisme cérébral ou nerveux; enfin 2 cas concernent des difformités ayant succédé à une myélite d'ordre médical.

Les résultats obtenus sont des plus encourageants et condamnent l'abstention trop souvent systématique à l'heure actuelle. En effet, quand les lésions sont indélébiles, le traitement non sanglant (massage, mécanothérapie, électrothérapie) demeure impuissant. Après intervention, au contraire, il atteint toute sa valeur.

Nouveau procédé opératoire pour la cure de la syndactylie congénitale.

M. Princeteau (de Bordeaux). — M'inspirant à la fois des procédés digitaux, tels que celui de Didot, et des procédés commissuraux, comme celui de M. Félizet, j'applique au traitement de la syndactylie congénitale un procédé à la fois digital et commissural.

Pour cela, je fais successivement une incision dorsale et une incision palmaire, sur toute la longueur de l'espace interdigital; puis à 1 centimètre de la base de celui-ci, je fais partir de chaque incision longitudinale une petite incision oblique dirigée vers le milieu de la base de l'un des doigts, l'une sur la face dorsale, l'autre sur la face palmaire. J'obtiens ainsi quatre lambeaux opposables deux par deux, soit deux grands lambeaux, l'un dorsal et l'autre palmaire, et deux petits lambeaux, également l'un dorsal et l'autre palmaire; ceux-ci me servent à constituer la commissure, tandis que les premiers forment le revêtement cutané des faces interdigitales des doigts séparés l'un de l'autre.

J'ai employé ce procédé dans 5 cas et les résultats ont été très satisfaisants.

La chirurgie réparatrice de la face.

M. Depage, *rapporteur*. — Il faut entendre par chirurgie réparatrice de la face l'ensemble des interventions chirurgicales pratiquées dans le but de faire disparaître des difformités ou des lésions amenant des troubles fonctionnels plus ou moins accusés, ou même constituant, pour le sujet qui en est atteint, une véritable tare au point de vue social. Cette seconde source d'indications, qui vise les opérations dites « de complaisance » — qu'il serait mieux de nommer « opérations de luxe » —, ne doit assurément pas être élargie outre mesure : dans chaque cas particulier, la conscience du chirurgien lui tracera les limites qu'il ne doit pas franchir.

Les méthodes imaginées à l'effet de corriger ces lésions ou difformités peuvent être goupées sous un certain nombre de chefs, qu'il importe de passer succinctement en revue.

Sous le nom de méthodes de *restauration simple*, nous réunissons les multiples opérations de pratique journalière visant à obtenir la réparation aux dépens de tissus prélevés au siège même de la lésion, sans autoplastie à proprement parler (excision d'une cicatrice avec réunion des bords de la plaie, par exemple).

Les méthodes d'*autoplastie*, comme on le sait, offrent à l'étude plusieurs types bien distincts : autoplastie italienne, avec lambeau pris à distance; autoplastie française, avec lambeau prélevé au voisinage direct de la brèche, mais sans torsion du pédicule; autoplastie indienne, avec lambeau de voisinage à pédicule tordu. Disons tout de suite que, si la méthode italienne peut être utilisée avec avantage à la face — pour certaines opérations de cheiloplastie, de rhinoplastie ou de blépharoplastie —, les méthodes française et indienne sont d'un emploi beaucoup plus général : elles nécessitent seulement, dans la chirurgie réparatrice de la face, des précautions spéciales pour obtenir une cicatrice non difforme de la brèche résultant du prélèvement du lambeau autoplastique; quand on ne pourra faire le rapprochement et la suture immédiate des lèvres de cette plaie, on pratiquera, par exemple, des incisions libératrices au niveau du cuir chevelu, ou bien l'on recouvrira la perte de substance au moyen de greffes, etc., etc.

La méthode des *greffes*, sans avoir l'importance de l'autoplastie vraie, peut rendre d'excellents services dans la réparation des plaies de la face. Les greffes dermo-épidermiques de Reverdin, mieux encore les greffes épidermiques de Thiersch, seront particulièrement précieuses. La transplantation d'un lambeau cutané unique libre a été avantageusement employée pour certains cas de blépharoplastie (Le Fort); de même les greffes muqueuses libres, prélevées au niveau des lèvres, de la face interne des joues, du vagin, trouveront leurs indications, et aussi la greffe de fragments cartilagineux ou osseux. Par contre, les méthodes de greffe hétéroplastique (peau de grenouille, de lapin, membrane épithéliale de l'œuf, etc.) ne nous paraissent pas appelées à un grand avenir.

Les méthodes de *prothèse* consistent essentiellement en l'emploi de substances inertes, étrangères à l'organisme, agissant tantôt pour remplacer plus ou moins complètement des parties détruites, tantôt pour soutenir des portions déformées. Dans le premier groupe, il faut distinguer une prothèse *immédiate* ou de *remplacement*, qui tend à remplacer directement la perte de substance osseuse par une pièce artificielle de même forme et de même volume, et ne trouve guère son emploi que pour les pertes de substance accidentelles ou opératoires des maxillaires; et une *prothèse de soutien*, qui se place à distance de la plaie, agit par exemple, après résection de la mâchoire, sur les fragments restants pour empêcher qu'ils ne dévient. Le second groupe — *prothèses endodermiques* ou *sous-cutanées* — correspond particulièrement à la méthode des injections prothétiques de paraffine, suivant le procédé de Gersuny ou les multiples modifications qui y ont été apportées; cette méthode est susceptible de fournir d'excellents résultats, surtout depuis que nous sommes en possession d'une instrumentation nous permettant d'injecter *à froid* des mélanges à point de fusion élevé.

Enfin, sous le chef de méthodes de réparation diverses, peuvent se ranger divers procédés de restauration — d'ailleurs sans idée directrice commune — qui ne rentrent dans aucune des catégories précédentes ; telles sont la suture nerveuse pour le traitement de l'hémiplégie faciale, la résection de l'articulation temporo-maxillaire dans la constriction de la mâchoire, etc., etc.

Il me paraît inutile, après cet exposé, d'envisager en détail l'application de ces procédés de réparation chirurgicale ou de prothèse aux diverses anomalies congénitales ou acquises des paupières, du nez, des lèvres, des joues, des mâchoires, et aux grandes pertes de substance de la face étendues à plusieurs régions.

Je dirai seulement que, d'une manière générale, les greffes conviennent spécialement dans les déformations des joues et des paupières et pour la cicatrisation des régions d'emprunt; que les différentes variétés d'autoplastie seront appliquées, suivant des règles assez précises, pour la rhinoplastie, la cheiloplastie, la blépharoplastie; que les prothèses serviront surtout avec avantage pour éviter les déformations consécutives aux pertes de substance des mâchoires. Mais je m'empresse d'ajouter que si certaines régions sont susceptibles de réfections très satisfaisantes, notamment les paupières et les lèvres, pour d'autres organes au contraire, et spécialement pour le nez, les résultats sont encore inconstants, si bien que des recherches nouvelles s'imposent.

Je désire insister en outre sur les inconvénients qu'il y a souvent à vouloir terminer en une seule séance des réparations parfois très compliquées; il ne faut pas s'entêter dans des interventions de ce genre et il vaut mieux y revenir à plusieurs reprises pour tirer de l'intervention le maximum de bénéfice.

Enfin, en dépit des indications plus ou moins précises fixées pour tel ou tel procédé, en dépit aussi des règles de technique que l'on peut établir, on n'oubliera pas que le caractère dominant de la chirurgie réparatrice de la face réside dans la variabilité extrême des méthodes de traitement, et dans la part considérable laissée dans chaque cas à l'originalité et à la spontanéité du chirurgien. C'est ce qui rend la chirurgie de la face si difficile et de résultats si incertains; mais c'est aussi ce qui lui confère l'intérêt qu'elle suscite, et cause la satisfaction profonde que procure toujours la réussite complète d'une réparation faciale.

M. Berger (de Paris). — Il y a plus de vingt-cinq ans que j'insiste sur les avantages des autoplasties par la méthode italienne, qui ne sont pas aussi difficiles ni aussi compliquées qu'on pourrait le croire. Ses indications peuvent se grouper autour de trois chefs principaux : impossibilité de trouver dans les régions environnantes la surface tégumentaire nécessaire pour réparer la perte de substance; crainte de voir le mal pour lequel on opère récidiver dans les lambeaux pris au voisinage de la lésion; enfin, nécessité de défigurer le patient le moins possible.

L'importance de la préparation des régions sur lesquelles doit porter l'intervention réparatrice est tout à fait considérable, comme j'ai eu l'occasion de le dire bien souvent.

Au point de vue de la fixation du membre supérieur auquel on emprunte le lambeau, j'ai renoncé à l'appareil plâtré pour employer exclusivement l'appareil de Tagliacozzi, qui est en général bien toléré.

M. Gross (de Nancy). — J'ai pratiqué une

rhinoplastie totale chez un sujet dont le nez avait été entièrement détruit par un lupus et par les nombreuses thermo-cautérisations faites pour guérir l'affection. La réfection a été obtenue à l'aide de la méthode italienne avec un lambeau ostéo-périostique pris sur l'avant-bras et comprenant une baguette osseuse cubitale d'après le procédé d'Israël. L'opération a donné un résultat satisfaisant; néanmoins, la forme du nez laisse à désirer lorsqu'on la compare à celle du nez naturel, mais je crois qu'il est possible de perfectionner le procédé suivi. Il serait bon, à mon avis, dans les cas analogues, au lieu de doubler le lambeau avec des téguments pris sur l'avant-bras même, de confectionner, avant la transplantation, un lambeau double avec baguette osseuse interposée, ou bien encore de recouvrir la face profonde du lambeau avec des greffes dermo-épidermiques.

M. Girard (de Genève). — J'ai obtenu par le procédé d'Estlander d'excellents résultats dans la réparation de petites pertes de substance de la portion juxta-commissurale de la lèvre inférieure. C'est un procédé que l'on a abandonné à tort, à mon avis. On peut d'ailleurs le modifier en prenant, au lieu du lambeau triangulaire emprunté à la lèvre supérieure, un lambeau trapézoïde ou ovalaire empiétant sur la joue. Dans un cas de carcinome, notamment, j'ai eu recours à cette manière de faire, et le résultat a été tout à fait satisfaisant.

M. Campenon (de Paris). — Je désire vous dire quelques mots des fistules salivaires parotidiennes; j'en ai observé 5 cas, siégeant au niveau de la glande elle-même, et non pas au niveau du canal de Sténon. Après avoir, chez mon premier malade, échoué par la cautérisation et par la suture, j'ai eu recours à un procédé qui m'avait bien réussi pour les fistules du canal de Sténon: la fistule une fois excisée, je conduisis, avec un trocart perforant la joue d'arrière en avant, un petit drain que je fixai ensuite avec un fil de soie, créant ainsi un canal de Sténon accessoire. Le résultat fut parfait, de même que dans les 4 autres observations, où je n'hésitai pas à avoir recours au même procédé.

M. Morestin. — Pour la cheiloplastie, j'emploie le plus souvent le procédé de M. Larger, qui est un excellent perfectionnement de celui d'Estlander; je l'ai appliqué au moins une douzaine de fois, et les résultats ont été absolument satisfaisants.

Dans un cas de luxation de la mâchoire inférieure, j'ai obtenu la réduction par la simple ablation des ménisques; mais le résultat fonctionnel n'a pas été aussi bon que si j'avais réséqué les condyles.

M. Pozzi. — J'ai décrit un procédé de rhinoplastie, dans lequel on fait l'hémisection du lambeau frontal que l'on veut rabattre sur la perte de substance nasale, au lieu de retourner simplement le lambeau frontal entier. Les deux lambeaux résultant de l'hémisection sont, après renversement, adossés et suturés l'un à l'autre.

M. Doyen. — J'ai réparé une perte de substance de la paupière inférieure, consécutive à une brûlure, en prélevant un lambeau de peau dans la région abdominale.

Dans les cas de brûlure très étendue, il peut être indispensable d'allonger de 15 à 20 millimètres la peau du front. Ce résultat s'obtient par une série d'incisions en Y, superposées transversalement et suturées en V.

Pour la rhinoplastie, je ne suis pas partisan des pièces prothétiques. Dans un cas, j'ai prélevé sur chaque maxillaire supérieur un volet osseux, et ces deux lambeaux rabattus au devant de la perte de substance ont servi de soutien aux téguments.

Quant à la réparation de la lèvre inférieure, j'emploie depuis 1886 un procédé analogue à celui de Dieffenbach pour la réparation des paupières; cette opération permet d'extirper la totalité de la lèvre inférieure avec un résultat plastique excellent.

M. Broca (de Paris). — En ce qui concerne le traitement du bec-de-lièvre, je considère que tous les procédés décrits sont plus ou moins des dérivés de celui de Mirault, qui est, en somme, excellent.

Au point de vue du choix du moment de l'opération, je crois que l'on peut procéder à la réparation labiale vers l'âge de trois mois. Pour la palatoplastie, je conserve mon opinion sur les avantages de l'opération en un temps, après cinq ou six ans.

M. Kirmisson. — Dans un cas de bec-de-lièvre compliqué, j'ai vu M. Brophy exécuter son procédé dans mon service chez un enfant de quatre mois; le résultat a été satisfaisant et vous allez pouvoir l'apprécier, car l'enfant va vous être montré. Quelques semaines après, j'ai exécuté moi-même cette opération, et mon petit malade est mort de septicémie. Malgré la statistique excellente présentée par son auteur, je ne pense pas que ce procédé puisse être considéré comme d'une bénignité absolue chez les jeunes enfants.

M. Auguste Reverdin (de Genève). — Je crois qu'on a tort de ne pas avoir souvent recours à des manœuvres de massage pour allonger la lèvre supérieure, de façon à préparer avantageusement dans certains cas la réparation opératoire du bec-de-lièvre.

D'autre part, ces manœuvres préparatoires, combinées au port d'une pièce de prothèse, m'ont permis d'obtenir un beau résultat opératoire dans la réparation d'une perte de substance considérable du maxillaire inférieur et de la joue, ainsi que de la lèvre inférieure, consécutivement à un noma survenu dans l'enfance au cours d'une fièvre typhoïde.

M. Ombredanne (de Paris). — L'emploi du tissu cartilagineux, pour la réfection du squelette du nez, m'a donné de bons résultats, et les rhinoplasties sur soutien cartilagineux exécutées soit par M. Nélaton, soit par moi, depuis 1902, n'ont pas présenté trace de modification ni de tendance à l'élimination.

M. Savariaud. — J'ai eu dans un cas recours aux greffes dermo-épidermiques pour une réparation palpébrale, après suture des paupières, et le résultat a été assez satisfaisant.

M. Delaunay. — J'ai obtenu dans 2 cas une réparation parfaite de la sous-cloison du nez en prélevant deux lambeaux sur la lèvre supérieure et en les suturant sur la ligne médiane. Dans un troisième fait, j'ai dû recourir à un procédé un peu plus compliqué, pour une perte de substance correspondant à la fois à la cloison et à la sous-cloison.

M. Ch. Julliard (de Genève). — J'ai eu à traiter une difformité du nez, caractérisée par l'abaissement du lobule et l'élargissement des ailes, chez un malade de vingt-cinq ans qui n'acceptait une intervention qu'à la condition absolue qu'il n'y eût aucune cicatrice apparente. Dans ce but, j'ai circonscrit l'aile du nez par une incision placée au fond du pli naso-jugal; grâce à cette incision, l'aile du nez se trouve séparée de sa base et peut être facilement relevée pendant l'opération. J'ai pu alors réséquer dans le septum un fragment cunéiforme intéressant toute l'épaisseur du cartilage, et dont la base était calculée de façon à correspondre exactement à la hauteur à laquelle je voulais relever le nez; deux points de suture au catgut ont permis l'affrontement des surfaces de section du cartilage et ont assuré le maintien du lobule dans sa nouvelle position; l'élargissement des ailes du nez a disparu de lui-même, le redressement de l'extrémité de l'organe ayant pour conséquence immédiate le rétrécissement de son diamètre transversal.

M. Girard. — L'augmentation de la hauteur de la peau du front, que M. Doyen a pratiquée dans le but d'aider à la correction d'un ectropion, me paraît constituer une application du principe essentiel de l'opération du bec-de-lièvre simple d'après Hagedorn, qui permet d'obtenir à volonté une hauteur plus ou moins grande de la lèvre. J'ai moi-même appliqué ce principe à l'allongement du voile du palais dans des cas d'uranostaphylorrhaphie bien réunie où cependant le résultat phonétique n'était pas parfait.

A propos de l'uranostaphylorrhaphie en deux temps, je dirai qu'on peut lui concéder quelques avantages pour certaines indications spéciales, mais on ne saurait prétendre diminuer ainsi le danger pour la vie: j'ai opéré en deux temps un petit malade âgé de moins de deux ans; la première séance fut parfaitement supportée, mais, après la seconde qui eut lieu sept jours plus tard, l'enfant contracta une pneumonie et succomba en peu de jours. Je pense donc qu'en général l'opération en une séance est préférable.

Traitement du cancer.

M. Doyen. — Je compte actuellement, sur un total de 318 cas de cancer traités par mon sérum, dont plus de 60 % se présentaient dans des conditions tout à fait défavorables, 63 malades survivants et ayant retiré du traitement un bénéfice incontestable. Sur ces 63 cancéreux, 19 (9 tumeurs primitives, 10 récidives) ont été traités sans opération, 44 avec opération (35 tumeurs primitives, 9 récidives); pour 18 de ces derniers faits l'extirpation des masses néoplasiques n'a pu être complète. Or, un de mes 63 malades est en observation depuis près de cinq ans, 3 sont suivis depuis plus de trois ans, 11 depuis plus de deux ans, 22 depuis plus d'un an, 22 depuis plus de huit mois et 4 depuis plus de six mois.

J'insiste tout spécialement sur les 19 cas traités sans opération et observés depuis plusieurs années. Certains de ces patients, notamment un homme atteint de cancer de l'estomac ayant envahi la paroi abdominale, avec formation d'une fistule, et 2 cas de cancer en cuirasse, vous ont été présentés l'année dernière; leur état, déjà très satisfaisant il y a un an, s'est encore amélioré dans des proportions inespérées: le sujet atteint de cancer de l'estomac digère parfaitement et son état général est excellent; les 2 cas de cancer en cuirasse se sont améliorés à un tel point que la lésion est méconnaissable chez l'une de ces femmes, et que, chez l'autre, il n'en existe plus aucune trace, la peau ayant repris sa teinte et sa souplesse normales.

Au nombre des malades opérés, chez lesquels il a été impossible d'extirper la totalité des tissus cancéreux, et qui, par conséquent, devraient avoir succombé déjà pour la plupart, je puis vous citer notamment le cas d'une femme qui avait une généralisation péritonéale, avec un semis de noyaux cancéreux sur l'intestin et sur le péritoine pariétal, et qui est actuellement dans un état très satisfaisant.

M. Vidal. — Parmi les méthodes de sérothérapie du cancer — exclusion faite des essais de sérothérapie antiparasitaire, qui considèrent gratuitement l'origine parasitaire du cancer comme démontrée —, il en est une que j'ai expérimentalement étudiée depuis 1897, et qui vise exclusivement la cytolyse.

La plupart des sérums employés contre le cancer (sérum antidiphtérique, sérum de Richet, toxines du streptocoque, etc.) n'ont en effet d'action que sur la charpente conjonctive. Par la cytolyse, au contraire, on cherche à agir directement sur la cellule cancéreuse: pour cela, il est important de tenir compte de la spécificité cellulaire, en dirigeant contre le cancer de chaque organe un sérum cytolytique correspondant à l'espèce cellulaire qui caractérise l'organe visé. En procédant de cette façon j'ai obtenu des régressions très appréciables chez des chiens cancéreux; malheureusement ces résultats n'ont pas été durables.

M. Bender (de Paris). — Les études sur le *Micrococcus neoformans* décrit par M. Doyen sont assez avancées maintenant pour que l'on puisse se prononcer sur la spécificité de ce microbe en tant qu'agent du processus cancéreux. Or, je crois que jusqu'ici la preuve de cette spécificité n'est pas faite, attendu que jamais ce microbe n'a pu déterminer la production d'un néoplasme cancéreux.

M. Brunswic-Le Bihan. — En ce qui concerne le cas de cancer généralisé au péritoine que M. Doyen vient de nous citer, je pense que l'on peut, après la simple laparotomie, et sans aucun traitement spécial, observer des faits de ce genre. J'ai vu, avec M. Monprofit, une malade atteinte d'une généralisation péritonéale, qui paraissait devoir succomber rapidement et qui, actuellement, est encore vivante, sans qu'on l'ait soumise au moindre traitement anticancéreux.

M. Monprofit. — Cette malade a été opérée par moi il y a un an; je croyais bien qu'elle était morte depuis longtemps, lorsque je l'ai revue récemment dans un état relativement satisfaisant.

M. Pozzi. — Il ne faut pas oublier en outre que, parmi les tumeurs diffuses du péritoine, il est des formations papillaires qui ont absolument l'aspect de lésions cancéreuses et qui n'en sont pas, puisque, après l'ablation de la tumeur principale, elles sont susceptibles de s'atrophier spontanément.

M. Doyen. — Le cas que j'ai cité n'a rien de comparable à ceux dont il vient d'être question, car, pour ma malade, l'examen histo-

logique a été fait et il a permis de vérifier la nature cancéreuse indiscutable des lésions généralisées au péritoine.

Traitement des gibbosités pottiques.

M. Alivisatos (d'Athènes). — Grâce à un appareil spécialement construit à cet effet, j'ai redressé depuis six ans plus de 40 gibbosités pottiques, facilement ou assez facilement réductibles, sans observer le moindre accident primitif ou consécutif pendant ou après la réduction des gibbosités.

Je puis, en particulier, vous citer les observations de 2 petits malades atteints de paraplégie avec paralysie des sphincters, qui ont très bien guéri de ces phénomènes paralytiques.

M. Malherbe (de Nantes) présente un travail sur l'épithélioma calcifié.

M. Bérard (de Lyon) relate une observation de kyste intraligamentaire ayant dédoublé le mésocôlon iliaque, et traité avec succès par l'ablation.

M. Berthomier (de Moulins) fait une communication sur un cas d'utérus didelphe avec vaste kyste hématique développé aux dépens de l'ovaire gauche et du tiers externe de la trompe; la laparotomie a été suivie de guérison.

M. Dujon (de Moulins) communique une observation d'entérorrhaphie circulaire totale, après résection de 20 centimètres d'intestin grêle hernié, sphacélé en quarante-huit heures par suite d'un traumatisme chez un enfant de huit ans.

M. Fournier (d'Amiens) relate 6 observations de fistules entéro-vaginales, dont 3 traitées chirurgicalement, avec 1 insuccès et 2 guérisons.

Dr MAURICE CAZIN (de Paris).

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la tuberculose rénale par le gaïacol à l'intérieur.

On admet actuellement d'une façon générale que la tuberculose rénale est justiciable dans tous les cas de l'intervention chirurgicale et que, même lorsque l'affection est encore à ses débuts, la néphrectomie seule est susceptible d'amener la guérison. Or, d'après l'expérience de M. le docteur Max Schüller, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Berlin, il serait cependant possible d'obtenir par le gaïacol une guérison complète et définitive, à condition d'instituer le traitement dès les stades initiaux de la maladie, alors que les lésions n'ont pas encore pris d'extension.

Des 2 faits de ce genre que notre confrère a eu l'occasion d'observer, l'un a trait à un homme chez lequel 7 injections interstitielles de gaïacol iodoformé amenèrent en deux mois la guérison complète d'une tuberculose des testicules, reconnue inopérable. Or, l'urine de ce malade était mélangée de sang et renfermait des bacilles de Koch, des cellules épithéliales du rein et de la vessie, ainsi que des hématies. Pour combattre cette tuberculose rénale au début, on fit prendre au patient du gaïacol à l'intérieur, et successivement on vit disparaître en quelques mois tous les caractères anormaux de l'urine; cette guérison s'est maintenue depuis treize ans.

Le second cas est relatif à une fillette de trois ans et demi, atteinte de coxalgie. A l'examen microscopique de l'urine, qui laissait déposer un sédiment brunâtre, on constata la présence de fragments de canalicules du rein renfermant de nombreux amas de bacilles tuberculeux. On pratiqua trois injections de gaïacol iodoformé dans le col et la tête du fémur, auxquelles on associa l'administration du gaïacol *per os*. Sous l'influence de ce traitement, les lésions de la hanche s'améliorèrent, et l'urine ne tarda pas à s'éclaircir. Un an après le début du traitement, l'enfant, qui avait augmenté de vingt livres, paraissait dans un état florissant; l'examen de l'urine y décela néanmoins la présence de quelques bacilles de Koch. On reprit alors momentanément le traitement par le gaïacol et, depuis huit ans, on n'a plus constaté aucun trouble du côté de l'appareil urinaire. Il y a donc tout lieu d'admettre que la tuberculose rénale est définitivement guérie.

Le mode d'emploi du gaïacol auquel M. Schüller donne la préférence consiste à administrer le médicament à doses faibles, mais en prises nombreuses. A un adulte, il donne de 12 à 20 gouttes de gaïacol, dans 130 à 200 grammes d'eau bouillie, en 5 ou 6 fois dans la journée. Chez les enfants, on en fait prendre de 3 à 12 gouttes, suivant l'âge. En tout état de cause, l'administration du gaïacol doit être continuée sans interruption pendant plusieurs mois.

Le glycocholate de soude contre les coliques hépatiques.

D'après l'expérience d'un médecin américain, M. le docteur H. Richardson, lecteur de chimie physiologique à l'University of Maryland de Baltimore, on obtiendrait d'excellents résultats dans les coliques hépatiques en administrant au malade du glycocholate de soude à la dose de 0 gr. 30 centigr. répétée trois fois par jour. On peut élever la dose quotidienne sans provoquer l'apparition de nausées; mais, quand on continue l'administration du médicament pendant plusieurs mois — dans le but de prévenir le retour des crises —, il est préférable de diminuer les doses de façon à ne pas dépasser la quantité totale de 16 grammes par mois, soit environ 0 gr. 50 centigr. par jour.

Ajoutons qu'un autre confrère américain, M. le docteur H. B. Stevenson (de Rider), a employé avec succès le même mode de traitement : il a obtenu la disparition définitive des crises hépatiques chez 3 malades auxquelles il a fait prendre trois doses quotidiennes de 0 gr. 30 centigr. de glycocholate de soude pendant trois semaines, puis deux doses chaque jour durant les trois semaines suivantes, enfin une seule dose *pro die* pendant une dernière période de même durée.

L'héliothérapie du cancroïde.

Il y a longtemps que l'on connaît l'action des radiations solaires sur les affections de la peau. Ce mode de traitement ayant toutefois été quelque peu laissé de côté, par suite des récents progrès de la photothérapie à l'aide des sources lumineuses artificielles, nous croyons devoir faire connaître le cas de guérison d'un cancroïde que M. le docteur Max Hirschberg (de Francfort-sur-le-Mein) a eu l'occasion d'observer sur lui-même.

A la suite de courses de montagne qu'il fit au mois de décembre dernier au-dessus du lac de Genève, notre confrère, qui était atteint d'un épithélioma de l'hélix du pavillon de l'oreille droite ayant jusqu'alors résisté à toutes les tentatives de cautérisation, s'aperçut que cette tumeur commençait à s'effriter et à s'éliminer par écailles, puis finit par disparaître complètement. Or, il se trouve qu'au cours de ses promenades quotidiennes, dirigées de l'ouest vers l'est, M. Hirschberg exposait chaque jour le côté droit de son corps à l'action du soleil pendant plusieurs heures. Aussi est-ce à ces expositions répétées aux rayons solaires qu'il croit devoir attribuer la guérison de son épithélioma.

L'action prolongée de radiations solaires intenses n'a d'ailleurs pu être supportée qu'en raison de l'époque de l'année à laquelle on se trouvait; en toute autre saison, en effet, le risque d'un coup de soleil aurait rendu l'héliothérapie inapplicable à une lésion de la tête.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 3 et 10 octobre 1905.

Le paludisme en Algérie pendant l'année 1904.

M. Laveran lit, à l'occasion d'un travail de MM. Soulié et Moreau (d'Alger) sur ce sujet, un rapport que nous résumons ainsi :

Pour étudier la répartition du paludisme en Algérie, MM. Soulié et Moreau ont adressé aux maires et administrateurs, ainsi qu'aux médecins de toutes les communes, des questionnaires avec des tableaux très simples, et ce sont les résultats de cette enquête pour l'année 1904 qui sont exposés dans leur travail.

En récapitulant les chiffres relatifs aux trois départements, on constate que les malades atteints de paludisme en 1904 ont été au nombre de 98,774, sur lesquels il y a eu 7,412 décès.

Si l'on prend les moyennes de morbidité et de mortalité palustres de la population pour laquelle les auteurs ont eu des renseignements (1,817,077 habitants) et qu'on les applique à la population totale de l'Algérie (4,423,266 habitants), on constate qu'en 1904 le nombre des malades atteints de paludisme peut être évalué à 240,000, et celui des décès par cette cause à 18,000.

Ces chiffres accusent une recrudescence très considérable du paludisme en 1904.

D'autre part, en ce qui concerne l'armée d'Algérie. dont l'effectif a été, en 1904, de 44,065 hommes, on a enregistré 10,065 cas de paludisme, soit presque 1 cas sur 4 hommes, et seulement 47 décès, ce qui donne 1 décès pour 214 malades.

La recrudescence des fièvres en 1904 s'expliquerait par l'abondance des pluies, qui, en multipliant les mares, a favorisé la pullulation des anophèles.

Infection et intoxication par des viandes ou du poisson dans leurs rapports avec certaines maladies infectieuses de l'homme.

M. Babes (de Bucarest) fait une communication dans laquelle il s'efforce de démontrer qu'il est toute une série de maladies humaines, affectant le plus ordinairement la forme de fièvres typhoïdes anormales ou paratyphoïdes, mais pouvant aussi réaliser le tableau clinique de la septicémie, du typhus exanthématique, etc., etc., qui reconnaissent pour cause l'infection de l'organisme par des germes introduits dans le tube digestif avec la viande d'animaux malades; parmi ces germes, il faut citer en particulier le *Bacillus enteridis* et les divers bacilles paratyphiques. La nature vraie de ces infections est démontrée au moyen de la réaction d'agglutination, qui doit être recherchée non seulement à l'égard du bacille d'Eberth, mais aussi avec les microbes susmentionnés.

L'orateur ajoute qu'il a pu observer deux petites épidémies rentrant dans le cadre de ces infections d'origine alimentaire : dans l'une, c'est l'ingestion de viande d'agneau, dans l'autre la consommation de certains poissons, qui lui paraissent devoir être incriminées.

Gastrectomie subtotale pour cancer de l'estomac.

M. Bœckel (de Strasbourg) communique l'observation d'un homme de quarante-trois ans, atteint d'un cancer très étendu de l'estomac, auquel il a fait récemment une gastrectomie subtotale avec un excellent résultat.

L'orateur a rassemblé à cette occasion 46 cas de gastrectomie totale ou subtotale (conservation du cardia), ayant donné 28 guérisons et 18 décès (39.1 % de mortalité); des 28 malades guéris, 21 seulement ont été suivis assez longtemps pour que l'on puisse juger des résultats éloignés : 11 ont eu une récidive en moins de cinq ans; 2 ont succombé sans récidive sept mois et demi et deux ans après l'opération; on compte enfin 8 survies sans récidive, dont 2 datant d'un an, 5 de deux ans et demi à cinq ans, 1 de plus de onze ans.

M. Fernet relate 2 observations — dont la sienne — de pleurésie médiastine, purulente dans un cas, gangreneuse dans l'autre, traitée avec succès par la thoracotomie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bandler (V.). Zur Histologie der Melanosis lenticularis progressiva (Xeroderma pigmentosum). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXVI, 1.)

Bindi (F.). Sul comportamento delle fibre elastiche nei processi flogistici cronici ed acuti. (*Morgagni*, juillet.)

Boon (D. A.). De pathologische anatomie van de pseudobulbaire paralyse. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 15 juillet.)

Bruck (A. W.). Ein Fall von kongenitalem Lebersarkom und Nebennierensarkom mit Metastasen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 1.) — Sarcome congénital du foie et de la capsule surrénale avec métastases.

Glas (E.). Beiträge zur Pathologie der Zungengrundtumoren. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 juillet.) — Anatomie pathologique des tumeurs de la base de la langue.

Hall (I. W.) et **Herxheimer** (G.). Methods of morbid histology and clinical pathology. In-8°, 290 p. Londres.

Poult (J.). Ein Teratom der Thyreoidea. Beitrag zur Geschwulstlehre. (*Virchows Arch.*, CLXXXI, 1.)

Rosenberger (R. C.). A study of the mesenteric glands in their relations to tuberculosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Seitz (O.). Ein Fall von Myxoosteochondrosarcom der Tibia. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 4-6.)

Thorel (Ch.). Ueber Mitosen und atypische Regenerationen bei Nephritis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.)

Wimmer (A.). Om neurofibrilfarvning og neurofibrillernes forhold i cortex cerebri ved patologiske tilstande. (*Hospitalstidende*, 26 juillet.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bain (W.). An experimental contribution to the treatment of cholelithiasis. (*Brit. Med. Journ.*, 5 août.)

Bickel (A.). Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss von Alkalien und Säuren auf die sekretorische Funktion der Magenschleimhaut. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 juillet.) — Action des bases et des acides sur la sécrétion de la muqueuse gastrique.

Chevrotier (J.). Etude expérimentale sur l'effet des excitations conjonctivales dans les arrêts de la respiration et du cœur, et sur son mécanisme physiologique. In-8°, 125 p. avec fig. Lyon.

Ehrlich (P.) et **Apolant** (H.). Beobachtungen über maligne Mäusetumoren. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 juillet.) — Sur le cancer des souris.

Fellner (B.) et **Rudinger** (C.). Tierexperimentelle Studien über Blutdruckmessungen mittels des Riva-Rocci'schen Sphygmomanometers. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVII, 1-2.)

Meyer (P.). Ueber die Wirkung des Allylsenföls auf Leber und Niere. (*Virchows Arch.*, CLXXX, 3.) — Action de l'essence de moutarde sur le foie et le rein.

Minozzi (A.) et **Viviani**. E possibile ritrovare il fenolo nel sangue degli avvelenati per clisteri di soluzione fenica? (*Cesalpino*, juillet.)

Pirrone (D.). Nevrite ascendente da pneumococco del Fränkel. (*Riforma med.*, 17 et 24 juin et 1er juillet.)

Rindone. Sulla permeabilità della parete intestinale ai batterii. (*Riforma med.*, 6 mai.)

Rössle (R.). Ueber die chemische Individualität der Embryonalzellen. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 juillet.)

Silbermark (M.) et **Döměny** (P.). Experimentelle Studie zur Colostomiemethode nach von Mosetig-Moorhof. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 1-3.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bashford (E.), **Murray** (J.) et **Cramer** (W.) The growth of cancer under natural and experimental conditions. (Investigations of the Imperial Cancer Research Fund.) In-4°, 96 p. avec fig. Londres. — La croissance du cancer dans les conditions naturelles et expérimentales.

Bickel (A.) et **Kascher** (Mlle). Ueber die Oberflächenspannung von Körpersäften unter physiologischen und pathologischen Bedingungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 juillet.) — Sur la tension superficielle des humeurs organiques à l'état normal et pathologique.

Detre (L.) et **Sellei** (J.). Die Lehre von den normalen Antisubstanzen im Lichte unserer Lipoidtheorie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 juillet.) — Les anticorps normaux d'après la théorie des lipoïdes.

Eisler (M. von). Ueber die Antihämolysine des normalen Serums. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 juillet.)

Féré (Ch.). Note sur l'influence de l'incontinence sexuelle pendant la gestation sur la descendance. (*Arch. de neurol.*, avril.)

Ferrannini (L.). Sul ricambio degli idrati di carbonio; i prodotti intermedii della glicolisi e i diversi zuccheri delle urine diabetiche. (*Riforma med.*, 3 juin.)

Hirschler (A.) et **Terray** (P. von). Ueber die Bedeutung der anorganischen Salze im Stoffwechsel des Organismus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVII, 1-2.) — Signification des sels minéraux pour les échanges organiques.

Kelling (G.). Ueber die Blutserumreaktion der Carcinomatösen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 et 24 juillet.) — Sur la séroréaction chez les cancéreux.

Lamb (G.). Snake-venoms in relation to hæmolysis. In-4°, 15 p. Calcutta. — Venins de serpent et hémolyse.

McFarland (J.). On the occurrence of a fibrinolytic ferment in the blood serum. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, VIII, 2.)

Pavy (F. W.). On carbohydrate metabolism. (*Lancet*, 24 juin, 1er juillet et 5 août.)

Schilling (Th.). Beiträge zur Frage der Ammoniakausscheidung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.) — Sur l'élimination de l'ammoniaque.

MÉDECINE

Decousser (D.). Contribution à l'étude de la myosite blennorrhagique. (*Nord méd.*, 1er août.)

Deiana (O.). Sul valore clinico della sindrome urinaria nella insufficienza epatica. (*Clinica moderna*, 28 juin et 5 juillet.)

De Renzi (E.). Neoplasma pleuro-pulmonare. (*Gazz. degli Osped.*, 20 juillet.)

Elsner (H. L.). Clinical features of the benign stenoses of the pylorus. (*Med. News*, 22 juillet.)

Erben (F.). Studien über Nephritis. 2. Teil. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVII, 1-2.)

Ewart (W.). The practical value of Grocco's paravertebral triangle as a physical sign for the diagnosis and estimation of pleural effusions. (*Lancet*, 22 juillet.)

Federici (N.). Sulla importanza ed efficacia della puntura esplorativa nelle raccolte pleuriche essudative. (*Gazz. degli Osped.*, 23 juillet.)

Friedenwald (J.). The immediate effect of biliary retention on the secretory function of the stomach. (*Med. News*, 22 juillet.)

Funke (J.). Syphilis of the liver, sclerogummatous type. (*Med. News*, 8 juillet.) — Syphilis scléro-gommeuse du foie.

Robinson (B.). Some phases of the neurotic heart. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.) — Sur les troubles nerveux du cœur.

Russo (M.). La bleumetilenereazione, suo valore clinico. (*Riforma med.*, 13 mai.)

Schrötter (H. von). Klinischer Beitrag zur Bronchoskopie. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 juin et 4 juillet.)

Sforza (N.). Occlusione del tronco celiaco per trombosi. (*Gazz. degli Osped.*, 4 juin.)

Turck (F. B.). What is dyspepsia? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 juin.)

Zuccòla (P. F.). Contributo allo studio della gastrite ulcerosa cronica anacloridrica. (*Riv. critica di clinica medica*, 6 et 13 mai.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Adamkiewicz (A.). Mit welchen Teilen des Gehirns verrichtet der Mensch die Arbeit des Denkens? (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er août.) — Sur le siège de l'idéation chez l'homme.

Andersson (D.). Om vilsegaaende. (*Hygiea*, mai.) — De la marche des personnes égarées.

Ashby (H.). On some of the neuroses of early life. (*Lancet*, 22 juillet.) — Sur quelques névroses du premier âge.

Biaute. Du diagnostic en aliénation mentale. (*Gaz. méd. de Nantes*, 22 juillet.)

Bidon (H.). Un cas de paralysie labio-glosso-laryngée dans le cours d'une sclérose en plaques. (*Marseille méd.*, 15 juillet.)

Bregman. Zur Klinik der Balkengeschwülste. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIX, 1-2.) — Sur les tumeurs de la protubérance.

Burr (C. W.). Insanity at puberty. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er juillet.)

Cisler (J.). O poruse reci pri posuncine. (*Casopis lékaru ceskych*, 8 juillet.) — Altérations de la parole dans la chorée.

Deroubaix (A.). Un cas d'atrophie abarticulaire. (*Journ. de neurol.*, 5 juillet.)

Determann. Intermittierendes Hinken eines Arms, der Zunge und der Beine (Dyskinesia intermittens angiosclerotica). (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIX, 1-2.)

Dupré (E.). La mythomanie; étude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbides. In-8°, 71 p.

CHIRURGIE

Baracz (R. von). Zur Radicaloperation des Nabelbruches. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 1.) — Cure radicale de la hernie ombilicale.

Barham (G. F.). A case of strangulated hernia of the small intestine and bladder. (*Lancet*, 15 juillet.) — Etranglement herniaire de l'intestin grêle et de la vessie.

Bayly (H. W.). Surgery at sea: a case of perforating duodenal ulcer; operation; recovery. (*Lancet*, 5 août.) — Ulcère perforé du duodénum; opération en mer; guérison.

Bennett (Sir William H.). On automatic flushing of the stomach in certain cases of vomiting. (*Lancet*, 8 juillet.) — Lavage de l'estomac contre les vomissements.

Bergmann (E. von). Ueber Krankheiten, die dem Krebs vorangehen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 juillet.) — Sur les affections précancéreuses.

Bier (A.). Das Verfahren der Stauungshyperämie bei acut entzündlichen Krankheiten. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 1.) — La stase hyperémique contre les inflammations aiguës.

Bindi (F.). Contributo clinico ed istogenetico al cancro primitivo del fegato. (*Clinica moderna*, 12 juillet.)

Blecher. Beitrag zur Behandlung der myelogenen Sarcome der langen Röhrenknochen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 4-6.) — Sur le traitement des sarcomes myéloïdes des os longs.

Bond (C. J.). On ascending currents in mucous canals and gland ducts, and their influence on infection; a study in surgical pathology. (*Brit. Med. Journ.*, 29 juillet.)

Botella (E.). Fibrosarcome de l'isthme et du lobule droit de la glande thyroïde. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Brewer (G. E.). Etiology, diagnosis and treatment of benign stenosis of the pylorus. (*Med. News*, 8 juillet.)

Cheney (W. F.). Primary cancer of the liver, with metastases to the left adrenal and right lung. (*Amer. Medicine*, 1er juillet.) — Cancer primitif du foie, avec métastases dans la capsule surrénale gauche et le poumon droit.

Cobb (F. C.). The importance of early diagnosis of cancer in and about the mouth. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 13 avril.) — Importance du diagnostic précoce du cancer intra et péribuccal.

Darquier (J.). A case of hypertrophy of the mammary glands. (*Lancet*, 8 juillet.)

Deaver (J. B.). Report of operations performed at the public clinics for students at the German Hospital [Philadelphia], during the session of 1904 and 1905. (*New York Med. Journ.*, 15 juillet.)

Dowd (C. N.). The surgical treatment of tubercular cervical lymph-nodes; a study of 100 cases submitted to operation. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Traitement chirurgical des adénopathies cervicales tuberculeuses.

Drueck (C. J.). Examination of the rectum and its value in diagnosis. (*Med. Record*, 15 juillet.)

Esau (P.). Ein operativ geheilter Milzabscess nach Typhus abdominalis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 juillet.) — Abcès typhoïdique de la rate; opération; guérison.

Eve (F.). Two cases of duodenal ulcer treated by gastro-enterostomy. (*Brit. Med. Journ.*, 15 juillet.)

Exner (A.). Zur Kasuistik und Therapie der Pankreaszysten. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 juillet.)

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

D'APRÈS

LES TRAVAUX DU CONGRÈS DE PARIS

I

A côté des questions scientifiques et purement médicales que nous avons passées en revue dans un précédent article (1), le Congrès de la tuberculose a également eu à envisager les problèmes de préservation et d'hygiène sociale.

Déjà, en 1899, le Congrès de Berlin visait la lutte contre la tuberculose *en tant que maladie sociale*, mais cette réunion, organisée sur l'initiative du Comité central allemand, formé en vue de créer des maisons de santé pour les sujets atteints d'affections pulmonaires, se ressentit beaucoup trop de ses origines, à telles enseignes que, officieusement tout au moins, elle s'intitula « Congrès pour la création de sanatoria affectés au traitement des maladies pulmonaires ». Réduire toute la prophylaxie et toute la thérapeutique de la tuberculose à la cure de sanatorium, tel était, en effet, à cette époque, le *credo* du Corps médical allemand en matière de lutte antituberculeuse. Et — chose curieuse — en France même, d'aucuns se laissèrent tellement subjuguer par ce dogme que, sur la foi de ce qu'ils avaient entendu affirmer si catégoriquement à Berlin, ils n'hésitèrent pas à glorifier, à leur tour, le sanatorium comme « seule œuvre qui assure à la fois la guérison des malades et la protection des bien portants » et à lui attribuer le pouvoir de procurer à la France « un gain annuel de 30,000 existences et une prolongation de la vie de 35,000 autres » (Romme). Dès la première heure, nous avons cru devoir mettre en garde les lecteurs de ce journal contre cet engouement irréfléchi pour les sanatoria (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 185-187 et 193-194), et, trois ans plus tard, à la Conférence internationale de Berlin, nous avons pu constater que nos confrères d'outre-Rhin commençaient eux-mêmes à s'apercevoir que la création de sanatoria populaires ne pouvait en aucune façon résumer toute la lutte contre la tuberculose. Depuis lors, la cause du sanatorium envisagé en tant qu'instrument unique d'assistance et de préservation sociale a encore perdu du terrain, et, au Congrès de Paris, elle vient d'essuyer une nouvelle défaite.

II

Le rapport présenté par MM. les docteurs Courtois-Suffit et Laubry (de Paris), sur le rôle des sanatoria et des dispensaires dans la lutte antituberculeuse, n'a pas peu contribué à élucider ce problème et à le montrer sous son véritable jour. Sans doute, le résultat thérapeutique obtenu dans le sanatorium destiné à la classe riche n'est pas à dédaigner, car il est durable : le tuberculeux qui en bénéficie peut, une fois sorti de cet établissement, prendre tous les ménagements nécessaires, s'adonner à une profession parfaitement compatible avec sa santé ébranlée, éviter toute fatigue, etc. En est-il de même pour le tuberculeux pauvre, qui sort du sanatorium populaire? En admettant même que, après un séjour de trois à six mois dans un établissement de ce genre, il le quitte *économiquement guéri* — et c'est là, en somme, le seul mode de guérison que l'on soit en droit d'espérer en pareille occurrence —, son sort n'en reste pas moins soumis aux mêmes conditions sociales qui ont motivé son entrée et le guettent de nouveau à sa sortie, cette fois d'autant plus dangereuses qu'elles s'attaqueront à un sujet affaibli. Il serait, d'ailleurs, erroné de croire que cette guérison économique fût absolument équivalente à un retour complet à la capacité de travail : le plus souvent, si le malade peut reprendre sa profession, c'est seulement à condition qu'elle n'exige ni un séjour dans une atmosphère insalubre, ni des efforts musculaires trop considérables. Aussi MM. Courtois-Suffit et Laubry estiment-ils que le rôle thérapeutique du sanatorium est des plus restreints : non seulement celui-ci ne guérit pas, mais encore il est loin d'être le réservoir d'énergie où l'ouvrier retrouverait rapidement ses forces et sa complète aptitude au travail.

Cette faillite thérapeutique est-elle, au moins, compensée par les avantages prophylactiques qu'escomptent généralement les partisans des sanatoria? Les rapporteurs ne le pensent pas, car, quelque pénétré des bienfaits de la cure hygiéno-diététique que soit le tuberculeux qui sort du sanatorium, son zèle et sa conviction de néophyte « se rétréciront au contact de la misère, s'apaiseront dans son logement insalubre ou son atelier déprimant, disparaîtront sous la crainte des préjugés de ses camarades ou de ses patrons, auxquels la seule vue du crachoir de poche le désignera comme dangereux ».

En résumé, rôle prophylactique illusoire, rôle thérapeutique (apprécié sinon par la guérison, du moins par le retour à la capacité de travail) fort douteux, subordonné à la fois à l'évolution naturelle de la maladie et à la profession de l'individu, tel est, d'après MM. Courtois-Suffit et Laubry, le bilan du sanatorium. Reste, il est vrai, le côté humanitaire, l'organisation des sanatoria populaires constituant un grand progrès au point de vue de l'assistance des tuberculeux; mais, en regard des dépenses excessives que nécessitent l'installation et l'entretien d'un sanatorium (celui de Bligny, par exemple, a coûté 1,500,000 francs et comporte un budget annuel de 180,000 francs, et cela pour 120 pensionnaires seulement!), son rôle, purement palliatif, paraît vraiment insuffisant pour justifier les sacrifices qu'il exige.

Cela étant, loin d'en faire l'instrument unique de défense antituberculeuse, les rapporteurs estiment, au contraire, que le sanatorium ne saurait être que l'auxiliaire d'autres mesures d'un ordre plus général, mesures sociales qui changeront les conditions de vie du prolétariat en modifiant profondément les rapports actuels entre le capital et le travail, mesures d'hygiène générale qui assureront aux quartiers populeux l'air et la lumière, mesures d'assistance qui entoureront le sanatorium d'autres œuvres capables d'en assurer le fonctionnement et d'en grandir la portée. Encore convient-il de faire remarquer que, même dans ces conditions, les sanatoria devront être construits avec le moins de luxe possible et être exclusivement réservés aux candidats à la phtisie, la grande masse des malades atteints de tuberculose confirmée n'étant justiciables que des hôpitaux d'isolement.

Sans adresser au sanatorium les reproches formulés par MM. Courtois-Suffit et Laubry, et tout en se plaisant à énumérer longuement l'ensemble des conditions qui font, *en principe*, de cet établissement un instrument idéal de cure, l'un des deux co-rapporteurs étrangers, M. Beco (de Bruxelles), s'est vu, cependant, obligé de reconnaître que « le sanatorium est représenté comme le pivot de la lutte antituberculeuse, alors qu'il n'en sera jamais qu'un élément secondaire », lequel, pour remplir convenablement son rôle, doit fonctionner de concert avec toute une série d'autres institutions d'hygiène et d'assistance : dispensaires, bureaux de bienfaisance, hôpitaux ordinaires, œuvres philanthropiques diverses qui pourraient contribuer au soutien des familles momentanément privées de leur gagne-pain, etc. De plus, pour M. Beco, la question du sanatorium est inséparable du problème de l'assainissement des habitations privées, le second étant, en définitive, de beaucoup plus important que la première.

C'est à peu près à la même conclusion qu'arrive, dans son rapport, M. le docteur S. Bang (de Silkeborg), qui fait connaître les résultats fournis par les sanatoria en Danemark. Quelque encourageants que soient ces résultats, le rapporteur danois ne disconvient pas que le sanatorium, à lui seul, est impuissant à combattre efficacement la tuberculose, et qu'il faut lui assurer la coopération d'autres institutions, telles qu'hôpitaux pour tuberculeux (destinés à la fois aux malades graves et à ceux pour lesquels le pronostic est incertain), établissements de convalescence (pour malades sortant d'un sanatorium), asiles, etc.

Les griefs élevés par MM. Courtois-Suffit et Laubry contre les sanatoria ne sont pas restés sans faire naître des objections, notamment de la part de M. Bielefeldt (de Berlin), de M. Gebhard (de Lubeck), président de l'Institution nationale des assurances sociales pour les villes hanséatiques, de MM. les docteurs Schmid (de Berne), Barth (de Paris), Kuss (d'Angicourt), etc. Il faut cependant avouer que ces objections ne sont pas de nature à modifier l'idée générale qui se dégage des trois rapports précités, à savoir que le sanatorium ne saurait constituer, à lui seul, un instrument de défense sociale. Et, du reste, de l'aveu même de ses partisans, le sanatorium populaire ne vise qu'un groupe restreint de tuberculeux, de sorte que, sur 10 malades présentés pour être admis dans un de ces établissements, on est obligé d'en refuser au moins 7, comme non justiciables de ce genre de traitement. C'est assez dire que le sanatorium ne saurait aucunement prétendre au rôle de facteur efficace — et encore moins à celui de facteur unique — de la préservation sociale contre la tuberculose.

III

L'institution de dispensaires antituberculeux est-elle plus satisfaisante?

Le rôle de ces créations, fondées surtout dans un but de prophylaxie et d'assistance à domicile des malades, doit consister à entrer en relation avec les chefs d'usines ou d'ateliers, et, grâce à leurs renseignements, à rechercher les ouvriers suspects de tuberculose; à attirer ceux-ci au dispensaire, à leur donner des consultations gratuites, des conseils pour leur famille, des secours matériels pendant les périodes de chômage forcé; enfin, à leur fournir tous les moyens et toutes les instructions nécessaires pour assurer l'hygiène du tuberculeux, la désinfection de son logement, de son linge, etc. C'est là, du moins, le programme fixé par l'initiateur même de ces établissements, M. le professeur Calmette (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 365), et MM. Courtois-Suffit et Laubry reconnaissent que, organisé suivant ce plan méthodique, le dispensaire peut rendre d'excellents services; mais ils n'en voient pas moins dans cette institution une forme d'assistance dont la portée humanitaire reste plus grande que la portée sociale, et qui, tout en étant moins onéreuse que l'assistance par le sanatorium, exige cependant un budget assez élevé (d'après les prévisions de M. Calmette, 72,000 francs par an pour l'assistance de 100 familles, frais d'installation non compris).

Au surplus, il s'en faut qu'il y ait beaucoup de dispensaires répondant à cet idéal, et, à côté de ces établissements peu nombreux, pullulent les « pseudo-dispensaires ». Passe encore quand ce ne sont que des dispensaires de consultation, que l'on peut croire inutiles, sans en incriminer la bonne foi. Mais il en est d'autres que MM. Courtois-Suffit et Laubry stigmatisent avec raison du nom de « dispensaires-réclame » et qui, sous couleur d'œuvres humanitaires, ne sont, en réalité, que des centres de compétitions ou d'intérêts, où la réclame se fait pour tous ; « Elle se fait pour le médecin-directeur, consacré spécialiste au cours de l'inauguration officielle; pour les assistants,

(1) L. Cheinisse. Le Congrès international de la tuberculose et l'état actuel de nos connaissances sur cette maladie. (*Semaine Médicale*, 1905, p. 481-485.)

que rend nombreux l'attrait d'un titre nouveau et le prestige d'une décoration rêvée et facilement accordée; elle se fait, enfin, pour le parti politique qui domine dans le conseil d'administration, et qui surveille jalousement son arme électorale de choix ». Et comme ces préoccupations passent au premier plan et absorbent l'attention qu'on doit au malade, celui-ci se trouve à la merci de pratiques regrettables, où les séances d'électricité ou d'ozonisation et les flacons de spécialités pharmaceutiques remplacent toute prescription hygiénique.

En résumé, les rapporteurs français estiment que, d'une part, il est difficile aux dispensaires d'être des établissements autonomes, édifiés d'après les idées de M. Calmette, car ils exigent, pour des services douteux, un budget trop élevé, et que, d'autre part, il leur est impossible de se consacrer exclusivement à la consultation, sous peine de dégénérer en policliniques inutiles, voire même dangereuses. Pour MM. Courtois-Suffit et Laubry, le dispensaire, tout comme le sanatorium, doit s'appuyer en partie sur les groupements coopératifs et les mutualités ouvrières; reliant ainsi ces collectivités aux établissements de cure, il sera avant tout un *dispensaire de préservation*, destiné à déceler le prédisposé à la tuberculose, à reconnaître à temps la maladie dans ses phases initiales et à diriger les sujets atteints de formes curables vers la campagne, la mer ou le sanatorium.

M. Beco a également insisté, dans son rapport, sur ce rôle du dispensaire en tant qu'institution appelée à dépister la maladie à son début. Les renseignements fournis par le rapporteur sur le fonctionnement des dispensaires en Belgique sont particulièrement instructifs. Ce qui, dans ce pays, contribue à donner au dispensaire un caractère pratique et populaire, c'est le rôle de l'agent que l'on appelle *enquêteur* ou *pisteur* : choisi surtout parmi les commissaires ou les visiteurs des mutualités, il connaît les mœurs et les besoins de l'ouvrier, il parle sa langue, il possède sa confiance, et ainsi il réussit mieux que personne à l'interroger, à le persuader, à se renseigner sur ses occupations, ses conditions de vie et à surveiller l'exécution des conseils donnés. Ces conseils ne visent pas le traitement médical proprement dit : le dispensaire ne délivre ni ordonnances, ni médicaments, mais le malade y est autant que possible fixé sur son sort; il est discrètement éclairé sur ce qu'il doit faire pour l'amélioration de sa santé et la préservation de sa famille, et, suivant les circonstances, on le persuade de retourner à son médecin traitant ou bien on le prépare à se faire admettre soit dans un sanatorium, soit dans un hôpital.

Mais il convient de ne pas oublier que, le premier des devoirs du dispensaire étant d'établir le diagnostic, et surtout le diagnostic précoce de la maladie, la direction et la surveillance de ces établissements ne sauraient appartenir qu'à des médecins. Or, puisqu'il s'agit d'une entreprise essentiellement médicale, il est temps de songer — et M. Beco a très bien fait d'insister sur ce côté de la question, qui jusqu'à présent n'avait été que trop négligé — à régler avec plus de justice le sort du médecin appelé à propager l'hygiène générale par le concours qu'il prête aux autorités sanitaires. Les pouvoirs publics ne doivent pas abuser du désintéressement du Corps médical et en faire, en quelque sorte, la base des œuvres philanthropiques ou sociales.

Tout en considérant le dispensaire comme un instrument parfait de surveillance et d'éducation hygiénique du tuberculeux dans son habitation, M. Beco croit devoir formuler un certain nombre de *desiderata*, dont le plus urgent vise la réforme de l'assistance publique. Celle-ci doit non seulement améliorer ses services actuels, en organisant l'isolement des tuberculeux et en assurant une hygiène appropriée à la situation de ces malades, mais elle doit encore prendre, en même temps, un caractère préventif, qui lui permette de participer d'une manière plus active à la lutte contre la tuberculose.

D'autres orateurs, MM. les docteurs Dewez (de Mons), Rénon, Boureille, Savoire (de Paris), etc., etc., sont également venus prendre la défense des dispensaires antituberculeux, en montrant que le reproche adressé à ces établissements par MM. Courtois-Suffit et Laubry, de nécessiter des dépenses excessives, n'était pas sans comporter quelque exagération et était, en tout cas, loin d'être mérité par tous les dispensaires.

Mais ce qui ressort surtout de ces débats sur le rôle du sanatorium et du dispensaire dans la lutte antituberculeuse, c'est que l'heure des formules exclusives et quasi dogmatiques est passée. Personne n'a plus osé soutenir que hors le sanatorium il n'est point de salut, et l'ordre du jour qui a clôturé cette discussion, et qui a été adopté à l'unanimité, a mis les choses au point, en proclamant que, si le principe même du sanatorium et du dispensaire doit être généralement accepté, le degré d'utilité ou de nécessité de ces établissements reste entièrement subordonné aux institutions, aux mœurs et aux ressources de chaque pays, les sanatoria et dispensaires constituant un moyen de lutte *qui ne peut avoir rien d'exclusif ni de prédominant*. Et, comme pour souligner mieux encore la nécessité de porter en même temps cette lutte sur un autre terrain, on a eu soin de déclarer, dans le même ordre du jour, que « le problème de l'habitation salubre dominera toujours la prophylaxie de la tuberculose » et qu'il importe aussi d'introduire dans le régime de l'assistance publique et des mutualités un plus grand souci de prévoyance et d'hygiène.

IV

En groupant ainsi autour de cette question des sanatoria et des dispensaires les desiderata que nous venons d'indiquer, l'assemblée a été encore loin de faire ressortir toute la complexité du problème de la lutte antituberculeuse. La préservation et l'assistance de l'enfant, qui constituent un des éléments les plus importants de ce problème, ont été longuement étudiées dans la troisième section du Congrès.

Quatre rapporteurs ont été appelés à traiter de la préservation de l'enfance contre la tuberculose, M. le docteur Marfan (de Paris) et M. le professeur Heubner (de Berlin) ayant surtout à s'occuper de la préservation familiale, tandis que M. le docteur Méry (de Paris) et M. le professeur Ganghofner (de Prague) ont été chargés d'étudier la préservation scolaire.

Ce qui ressort nettement des travaux de cette section, c'est que la grande majorité des cas de tuberculose observés pendant la période scolaire sont dus, en réalité, à la contagion familiale et ont pris naissance avant l'entrée de l'enfant à l'école. La plupart de ces manifestations se rapportent, d'ailleurs, à la tuberculose latente, fermée, non contagieuse.

Il se dégage de ces faits une double conclusion : d'une part, la préservation familiale doit tenir une place beaucoup plus importante que la prophylaxie scolaire, et, d'autre part, celle-ci doit viser moins le danger de contagion — en somme, très restreint à l'école — que la préservation individuelle des enfants prédisposés ou porteurs de lésions tuberculeuses latentes. Or, jusqu'ici, on s'est surtout occupé des mesures propres à combattre la contagion, comme le prouve, par exemple, l'instruction ministérielle concernant la prophylaxie de la tuberculose dans les écoles en France (Voir *Semaine Médicale*, 1902, Annexes, p. CLXXVIII). On sait, en effet, qu'aux termes de la circulaire en question, « aucun enfant atteint de lésions tuberculeuses ouvertes contagieuses (lésions suppurées ouvertes des os ou des ganglions, lésions pulmonaires ouvertes avec toux et expectorations chargées de bacilles) ne doit être admis à l'école ». Déjà, en 1902, à propos d'un vœu analogue formulé par un des membres de la Conférence de Berlin, nous avons dit : « Tout cela est fort bien en principe, mais il est permis de se demander comment on s'y prendra dans la pratique pour ne pas priver ces enfants de l'instruction à laquelle ils ont droit » (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 366). Nous avons plaisir à constater que M. Ganghofner partage, dans son rapport, cette manière de voir, en reconnaissant que, pour être théoriquement justifiée, l'exclusion de l'école de tout enfant atteint de tuberculose ouverte ne saurait être légalement exigée tant que l'on n'aura pas organisé partout un enseignement spécial pour ces petits malades.

M. Marfan, après avoir passé en revue les divers modes de contagion extra-scolaire qui entrent en jeu dans la genèse de la tuberculose infantile (contagion par les crachats de phtisiques, les diverses excrétions d'organes tuberculeux et, enfin, par le lait des animaux tuberculeux), a tracé les règles destinées à éviter cette contagion, en envisageant d'abord le cas où l'enfant ne cohabite pas avec un tuberculeux. Il est alors relativement facile de le préserver, en assurant la prophylaxie de la tuberculose transmise par le lait (emploi du lait stérilisé industriellement, du lait bouilli ou du lait chauffé au bain-marie à 100°), en surveillant les sorties et les promenades de l'enfant pour qu'il ne contracte pas la tuberculose hors de la maison (empêcher l'enfant de jouer avec de la terre, ne jamais le laisser embrasser par un inconnu, etc.), et en évitant la contagion en cas de changement d'habitation (aération prolongée, désinfection, etc.). Ces mesures doivent être appliquées à tous les enfants indistinctement.

La chose devient beaucoup plus importante, lorsque l'enfant cohabite avec un tuberculeux. Il y a lieu de distinguer ici deux cas, suivant que le malade a un foyer tuberculeux *fermé* ou *ouvert*, car c'est seulement dans cette dernière occurrence qu'il y a danger de contagion. C'est assez dire combien il importe, au point de vue prophylactique, d'établir le diagnostic à la première phase de la maladie et d'instituer à temps un traitement approprié de manière à maintenir la tuberculose fermée. S'agit-il, par contre, d'une tuberculose ouverte, le premier précepte à remplir consiste à éloigner de la maison la personne infectée, toutes les fois que cela sera possible (institutrice, gouvernante, domestique, etc.); quand la chose est irréalisable, il faut mettre en œuvre les diverses mesures propres à empêcher la contagion, immédiate ou médiate, et qui ne diffèrent guère ici de ce qu'elles doivent être en toute autre circonstance.

A côté de ces moyens destinés à opposer une barrière à la contagion, on ne doit pas négliger ceux qui visent à modifier l'organisme des sujets prédisposés, de façon à les rendre réfractaires dans la mesure du possible (alimentation appropriée, séjour à la montagne, à la mer ou à la campagne, etc.).

M. Marfan reconnaît cependant que ce plan idéal de préservation antituberculeuse de l'enfance n'est pas toujours très facile à réaliser, et que, chez les pauvres, voire même dans la petite bourgeoisie, la prophylaxie familiale reste impuissante et doit céder la place à la prophylaxie sociale. C'est ici qu'interviennent utilement des œuvres comme les *sanatoria maritimes* — qui ont fait l'objet de deux rapports, dus à M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux) et à M. le professeur d'Espine (de Genève) —, les *colonies de vacances*, les *jardins ouvriers*, les *sanatoria d'altitude*, etc.

Toutefois, certaines de ces œuvres et, en particulier, les sanatoria maritimes visent surtout les sujets déjà atteints de tuberculoses externes. Or, c'est pour l'enfant sain dont le père ou la mère sont tuberculeux que, dans la classe pauvre, les mesures prophylactiques s'imposent

particulièrement, tout en étant très difficiles à mettre en pratique. L'*Œuvre de la préservation de l'enfance contre la tuberculose*, créée récemment par M. Grancher et sur laquelle M. Marfan fonde les plus grands espoirs, est précisément destinée à soustraire les enfants encore sains au milieu familial dans lequel ils sont exposés à la contagion de la tuberculose, en les plaçant à la campagne, soit dans des familles, soit dans des maisons de santé établies *ad hoc*, soit par tout autre moyen.

Malheureusement, comme l'a fait remarquer le co-rapporteur, M. Heubner, la préservation contre la tuberculose est une question d'argent, et l'activité des meilleures œuvres philanthropiques est fatalement condamnée à ne pas aller au delà d'une certaine limite, tracée par les ressources pécuniaires de ces institutions, de sorte que, en fin de compte, le nombre des enfants auxquels on peut de la sorte venir en aide est insignifiant en comparaison de celui des enfants qui ont besoin d'être secourus.

D'après M. Heubner, l'Etat et les communes pourraient contribuer efficacement à cette préservation par l'amélioration toujours croissante des conditions générales d'hygiène, suivant en cela l'exemple donné par l'Angleterre : création de parcs populaires, d'emplacements réservés aux jeux et exercices sportifs, etc.

V

Ainsi donc, quel que fût le problème de prophylaxie qu'abordât le Congrès, il se voyait invariablement réduit au même aveu, à savoir qu'on doit imprimer à la lutte antituberculeuse une direction nouvelle : la tuberculose étant avant tout une maladie sociale, c'est sur le terrain social que doit être portée cette lutte. De là, l'importance que, en Allemagne, on attache à juste titre, comme l'a montré dans son rapport M. Bielefeldt, à l'assurance ouvrière obligatoire, tandis qu'en France — et le rapporteur français, M. E. Fuster (de Paris), a particulièrement insisté sur ce point — il y a avantage, dans l'état actuel des choses, à utiliser les institutions de mutualité, qui existent déjà et qui, ayant un intérêt supérieur à lutter contre la tuberculose, doivent, de plus en plus, orienter leurs services dans le sens de la prévention.

Envisagée au point de vue social, l'étiologie de la tuberculose est, d'ailleurs, excessivement complexe. MM. les docteurs Romme (de Paris) et Sternberg (de Vienne) l'ont rappelé, en passant longuement en revue, dans leurs rapports, les facteurs les plus importants à cet égard, tels qu'exode rural, logements insalubres, hygiène défectueuse des usines et des ateliers, insuffisance des salaires, chômage, alcoolisme, etc., etc.

Cela étant, il est regrettable que le Congrès se soit arrêté presque exclusivement sur la question des logements insalubres. Le rôle de l'habitation dans l'étiologie de la tuberculose a fait l'objet de deux rapports, dus à MM. Juillerat et Bonnier (de Paris) et à M. Young (de Londres), et l'assemblée a tenu à affirmer l'importance qu'elle attachait au sujet, en adoptant, sur la proposition de MM. Casimir-Périer, Léon Bourgeois, Landouzy et Paul Strauss, le vœu que la loi donne à l'autorité publique le droit et les moyens d'exproprier tous les immeubles dangereux pour la santé des habitants, en tenant compte pour l'évaluation de l'indemnité de la valeur sanitaire de l'immeuble.

Mais la démolition des immeubles insalubres offre-t-elle une garantie suffisante pour assurer réellement l'hygiène de l'habitation? Il est permis d'en douter, et il n'est pas sans intérêt de rappeler ce qu'écrivait à ce propos, il y a trois ans environ, M. Lucien Descaves : « La loi du 13 avril 1850 n'a jamais été appliquée, parce qu'elle était, en réalité, inapplicable, aussi incomplète dans son esprit que dans sa lettre. Aujourd'hui, comme il y a cinquante ans, les commissions des logements insalubres n'existent guère que sur le papier, paralysées qu'elles sont par une jurisprudence lente et restrictive. Les mesures qu'elles prennent sont dépourvues, le plus souvent, de sanction... Tant que cette loi caduque ne sera pas abrogée, il est même illusoire de demander la démolition des immeubles insalubres, car ceux qui les remplaceraient pourraient être édifiés dans des conditions aussi défectueuses. La loi de 1850, en effet, ne comporte aucunes garanties préventives. Le permis de bâtir, chez nous, n'engage à rien ou presque à rien le propriétaire. Il en va tout autrement à l'étranger, en Angleterre notamment, où cette autorisation n'est pas qu'une simple formalité et impose à quiconque la sollicite des devoirs déterminés. »

Au surplus, sans vouloir contester la valeur du facteur hygiénique dans la lutte antituberculeuse, nous estimons, avec MM. Courtois-Suffit et Laubry, que la place la plus importante dans cette lutte revient au facteur économique, « qui doit changer les conditions de vie du prolétariat, supprimer les salaires de famine en modifiant les rapports actuels du capital et du travail ».

Tant qu'il n'en sera pas ainsi, les pouvoirs publics auront beau exaucer le vœu concernant l'expropriation des immeubles insalubres, les conditions économiques de la classe ouvrière n'en continueront pas moins à opposer un *veto* inflexible à l'extermination de la tuberculose.

Dr L. Cheinisse (de Paris).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Nouvelle explication du bruit de dédoublement du rétrécissement mitral par le « claquement diastolique de la mitrale », par M. L. Gallavardin.

Le dédoublement du second bruit du cœur, qui caractérise le rétrécissement mitral, est ordinairement attribué, depuis les travaux de Potain et de ses élèves, au défaut de synchronisme dans la fermeture des valvules sigmoïdes des deux orifices artériels, ou encore, selon la théorie de MM. Tripier et Devic, à un « frémissement sigmoïdien ». Toutefois, l'une et l'autre de ces explications pèchent par la base, en ce que les mécanismes qu'elles invoquent — et notamment la différence de tension sanguine dans le système de la grande et de la petite circulation — n'appartiennent pas en propre au rétrécissement mitral; de plus, elles sont incapables de dire pourquoi le dédoublement du second bruit fait parfois défaut dans l'affection valvulaire en cause, par exemple lorsque celle-ci se complique d'insuffisance mitrale ou aortique.

Cela étant, l'auteur croit devoir proposer à son tour une théorie de ce phénomène stéthoscopique, qu'il interprète de la façon suivante : le premier bruit du dédoublement correspondrait purement et simplement au second bruit cardiaque normal, dû au claquement des sigmoïdes aortiques et pulmonaires; le second bruit du dédoublement serait un bruit surajouté, produit par un claquement diastolique de la mitrale. Reste à expliquer comment se produit, dans le seul rétrécissement de l'orifice mitral, ce claquement des valves de la bicuspide.

Au moment où la systole ventriculaire vient de prendre fin et où la diastole va commencer, l'ondée sanguine qui a pénétré dans le système artériel sous la puissante impulsion du ventricule gauche revient brusquement en arrière par l'effet de l'élasticité des parois aortiques violemment distendues; elle s'engouffre dans les replis semi-lunaires, les tend brusquement, les rapproche vivement et fait violemment claquer leurs bords. Mais cette chute brusque des valvules aortiques produit un double ébranlement, d'une part au niveau de l'anneau aortique sur lequel elles sont insérées, d'autre part dans la masse sanguine intra-ventriculaire, par suite de l'enfoncement subit des nids sigmoïdiens dans le ventricule. Ce ne sont pas là simples vues de l'esprit : la palpation de la région cardiaque, les tracés cardiographiques, etc., etc., démontrent la réalité de cet ébranlement.

Or, la grande valve de la mitrale est appendue directement au-dessous de l'orifice aortique qu'elle semble continuer à l'intérieur du ventricule gauche. Elle est d'autre part parfaitement souple et mobile; on conçoit donc que l'ébranlement dont il vient d'être question retentira nécessairement sur elle et la fera osciller; on peut directement le constater du reste sur un cœur isolé, dont l'aorte est en communication avec le robinet d'une conduite d'eau : au moment où l'on ouvre le robinet, la pression de l'eau amène la fermeture des sigmoïdes aortiques, et l'on voit en même temps la grande valve de la mitrale se soulever et se rapprocher fortement de la petite valve. Seulement, chez l'individu à valvule bicuspide normale, ce mouvement n'amène pas les deux valves au contact et par suite ne se traduit par aucun bruit particulier; au contraire, au cas de rétrécissement mitral, les deux valves sont déjà rapprochées l'une de l'autre par leur soudure pathologique; de plus leurs bords sont indurés du fait même du processus pathologique; dès lors, l'oscillation de la grande valve mettra celle-ci en contact avec la petite, et ainsi se produira un bruit surnuméraire qui, succédant presque immédiatement au second bruit normal, donnera l'impression d'un dédoublement de ce dernier.

Comme on le voit, cette théorie ne fait intervenir, pour l'explication du phénomène, que des conditions propres à la lésion en cause. Elle rend compte, en outre, que le dédoublement fasse défaut au cas de coexistence d'une insuffisance aortique ou mitrale : aortique, parce qu'alors, du fait de l'occlusion incomplète de l'orifice de l'aorte, la rétropulsion post-systolique de l'ondée sanguine aortique n'est plus suffisamment énergique pour déterminer l'ébranlement de la valvule bicuspide; mitrale, vu qu'en pareille occurrence les bords des deux valves de la valvule auriculo-ventriculaire gauche, plus ou moins bridées, ne peuvent plus se juxtaposer, ce qui supprime la possibilité de tout claquement diastolique.

On pourrait objecter qu'un mécanisme semblable devrait également produire un dédoublement du second bruit dans le rétrécissement tricuspidien, ce qui n'est pas. Mais M. Gallavardin fait observer qu'ici les conditions sont assez différentes, car le choc sigmoïdien pulmonaire est bien moins marqué que le choc sigmoïdien aortique, et, de plus, la valvule tricuspide est séparée de l'orifice pulmonaire par toute la longueur de l'infundibulum, de sorte qu'elle doit ressentir bien moins facilement les effets de l'ébranlement sigmoïdien pulmonaire. (*Lyon méd.*, 10 septembre 1905.) — F. F.

Deux cas de cirrhose atrophique à marche aiguë avec ascite chyliforme, par M. A. Lambrior.

La rareté de l'ascite chyliforme au cours des cirrhoses du foie nous engage à résumer les 2 faits relatés par M. Lambrior dans le présent travail, d'autant que chez ces malades les lésions hépatiques, différentes au point de vue anatomique, avaient un caractère clinique commun également peu fréquent, à savoir la rapidité de leur évolution.

Le premier cas a trait à un homme de cinquante-quatre ans, jusque-là bien portant, qui, à la suite d'une chute à plat ventre, remarqua que son abdomen commençait à augmenter de volume, en même temps que ses membres inférieurs enflaient; simultanément apparurent des troubles de l'état général (affaiblissement, anorexie, diarrhée, vomissements) qui décidèrent le patient à se faire admettre à l'hôpital au bout de six semaines environ. Là, en présence d'une ascite manifeste et très abondante, on fit d'urgence une ponction qui permit d'extraire 16 litres d'un liquide jaune citrin, opaque, d'apparence laiteuse. Un examen plus minu-

tieux put alors être pratiqué : il montra qu'il n'existait aucune tumeur de l'abdomen, mais que le foie était très diminué de volume, tandis que la rate était hypertrophiée; toute hypothèse de lésion cardiaque ou rénale, de même que de péritonite tuberculeuse, étant éliminée, le diagnostic de cirrhose atrophique s'imposait; il fut bientôt vérifié à l'autopsie, car cet homme succomba une semaine après son admission à l'hôpital; l'étude histologique du foie montra qu'il s'agissait d'une cirrhose atrophique graisseuse.

Le second malade, un homme de cinquante et un ans, entaché d'alcoolisme, offrait également une hydropisie généralisée avec ascite considérable, lors de son entrée dans le service de M. Lambrior, les premières manifestations morbides ayant apparu quatre mois auparavant, sous forme de troubles digestifs. La paracentèse, pratiquée encore d'urgence, donna issue à 14 litres de sérosité chyliforme, ayant exactement les mêmes caractères que dans le cas précédent; après évacuation du liquide péritonéal, la palpation révéla une diminution modérée de volume du foie, avec splénomégalie légère. Cette petite opération apporta un soulagement appréciable au patient, mais l'épanchement ne tarda pas à se reproduire, et la mort survint par cachexie progressive au bout de dix-neuf jours. Sous le microscope, le foie offrait des lésions de cirrhose diffuse.

Il s'agit là de cas assurément exceptionnels, et par l'apparition de l'ascite chyliforme au cours d'une cirrhose, et par la marche rapide de celle-ci; à ce double point de vue ils peuvent être rapprochés du fait publié dans ce journal même (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 181-182) par M. Merklen il y a quelques années. (*Rev. de méd.*, août 1905.) — F. F.

Considérations cliniques sur un cas de cycle typhoïdique anormal, par M. A.-L. Peyroux.

La chute brusque de la température au-dessous de la normale, dans la dothiénentérie, est souvent considérée comme un indice de haute gravité; il s'en faut, cependant, que le pronostic soit en pareille occurrence toujours désespéré, comme en témoigne le fait suivant :

Une jeune fille de quatorze ans était au vingt-troisième jour à peu près d'une fièvre typhoïde à forme grave, mais d'évolution normale jusque-là, quand survint — au cinquième jour du stade amphibole — une entérorrhagie assez abondante; la température, qui le soir même atteignait 39°5, était le lendemain matin à 37°5, le soir à 37°4. Les jours suivants, la fièvre oscille entre 38° et 39°; une constipation opiniâtre s'installe, qui ne cède qu'à des purgatifs doux répétés à plusieurs reprises. Enfin, la situation paraît s'améliorer, quand, au trente-troisième jour, le thermomètre tombe brusquement, de 39°4 le soir, à 36°8 le matin, à 35°4 l'après-midi; en même temps l'état général s'aggrave; l'asthénie est complète, le facies grippé, le pouls bat à 60. On prescrivit des stimulants, des enveloppements chauds; en deux ou trois jours la température remonta à la normale, et la convalescence s'installa, pour faire dès lors de rapides progrès.

Il n'est pas douteux que dans cette observation la première hypothermie — toute passagère — fut le fait de l'hémorrhagie intestinale; quant à la seconde, elle est plus difficile à interpréter : la défervescence brusque survient surtout dans les formes abortives, et tel n'était pas le cas ici; il est, du reste, exceptionnel de constater ainsi, en l'espace de vingt-quatre heures, une chute de 4° centigrades. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 juillet 1905.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Contribution à la pathologie des abcès cérébraux otogènes, par M. E. Schmiegelow.

Les abcès cérébraux d'origine otitique ne comptent plus parmi les raretés; mais l'auteur ayant eu, en quelques années, l'occasion d'en traiter une série de 19 cas, il nous paraît utile de résumer ses observations, touchant cette complication de diagnostic fort malaisé.

Ces suppurations se localisent de manière assez différente, suivant leur origine : parmi les 19 abcès en question, 13 relevaient d'une otite chronique et parmi eux on comptait 8 abcès du cerveau et 5 abcès du cervelet, tandis que les 6 autres, dus à une otite aiguë, siégeaient 5 fois dans le cerveau et une fois seulement dans le cervelet. Pour ce qui est des otites chroniques, c'est le cholestéatome qui joue le rôle capital dans la pathogénie de l'abcès encéphalique, car il existait dans *tous* les cas de M. Schmiegelow et se trouvait généralement fort volumineux; une fois seulement ses dimensions étaient restreintes. C'est donc au cours des vieilles otites chroniques, non traitées, que se produisent le plus grand nombre de complications encéphaliques.

Quant aux symptômes, ils sont malheureusement très variables. Les douleurs de tête sont au nombre des plus constants : 2 fois cependant elles firent défaut, et, chez un troisième patient, elles ne survenaient que périodiquement. De plus, leur localisation n'a aucun rapport avec celle de l'abcès.

En ce qui concerne les autres signes des suppurations encéphaliques, le vertige manqua 7 fois, les nausées et les vomissements 7 fois, le ralentissement du pouls 12 fois; les symptômes oculaires (œdème de la papille, hémorrhagies, rétinites) n'existaient que dans 7 des 17 cas examinés à ce point de vue. La fièvre est, par contre, un symptôme à peu près constant; mais, pour qu'elle ait quelque valeur diagnostique, il faut qu'on puisse éliminer les autres causes locales d'ascension thermique, telles que la thrombose du sinus, les abcès épiduraux, la rétention de pus dans la caisse. La cécité verbale est encore un excellent signe, et l'auteur l'a rencontré 5 fois sur 6 cas où l'abcès cérébral siégeait à gauche; malheureusement, il n'a de valeur que pour l'hémisphère gauche.

Le diagnostic exige donc une grande expérience, d'autant plus que les symptômes cérébraux peuvent être eux-mêmes couverts par ceux de quelque phlébite ou méningite concomitante. Certains faits sont très embarrassants : chez un tuberculeux on avait cru à un abcès en raison des vertiges existants; or, un examen plus approfondi montra qu'il s'agissait d'une carie de la caisse ayant gagné le canal semi-circulaire antérieur, d'où les vertiges en question. On ne s'étonnera donc pas si le diagnostic ne fut posé que 14 fois sur 19 et si 9 fois seulement on fut assez heureux pour évacuer le foyer suppuré. Une circonstance importante au point de vue opératoire, c'est que presque toujours l'abcès atteint la surface de l'encéphale et y provoque l'adhérence des méninges : il en était ainsi dans tous les cas observés par l'auteur, sauf un.

La mort subite est une terminaison commune de ces complications encéphaliques, et elle survient volontiers à l'occasion de l'anesthésie générale, quel que soit l'anesthésique. Sur ses 19 patients M. Schmiegelow eut ainsi 2 morts subites et 2 morts sous chloroforme. On a imputé ces accidents à l'oblitération de l'aqueduc de Sylvius, comprimé par le foyer suppuré, cette oblitération entraînant à sa suite la dilatation du sinus latéral et la compression des centres respiratoires. En pareille occurrence, on pourrait tenter la ponction du sinus latéral, car celle de la moelle lombaire est sans effet, l'aqueduc de Sylvius étant oblitéré. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 4.) — R. DE B.

De la rupture spontanée des anciennes cicatrices d'opération césarienne, par M. F. Prüsmann.

Depuis l'emploi méthodique des sutures à étage, la rupture des anciennes cicatrices d'opération césarienne est devenue de plus en plus rare; elle s'observe pourtant encore de temps à autre. Dans le présent travail, M. Prüsmann, à l'occasion d'un fait de ce genre, cherche à établir les conditions qui favorisent la production de cet accident.

Une femme de quarante ans, atteinte d'un rétrécissement de 6.6 centimètres, avait déjà subi de ce chef deux opérations césariennes. Elle se trouvait de nouveau enceinte de trois mois, quand elle vint réclamer une opération pour une hernie abdominale, et, à l'occasion de cette troisième laparotomie, on put constater que la cicatrice utérine était linéaire et nullement étirée. Cependant, lorsque, six mois plus tard, le travail se déclara, il se produisit une rupture utérine pour laquelle on ouvrit le ventre une quatrième fois : après extraction de l'enfant, la cicatrice utérine fut réséquée et les parois avivées de l'organe furent suturées. La malade guérit.

Au point de vue histologique, la cicatrice présentait cette particularité qu'elle était pénétrée dans toute son épaisseur, jusqu'au niveau de la séreuse, par les éléments de la caduque. Chez cette femme, avant la rupture — et c'est là ce qui avait causé cet accident —, péritoine et muqueuse se trouvaient donc directement adossés sur la ligne de cicatrice, sans interposition de fibres musculaires.

Quant à l'origine de ces prolongements de la muqueuse en pleine cicatrice utérine, on peut émettre tout d'abord l'hypothèse que la muqueuse, lors de la suture, se serait en quelque sorte herniée à travers la plaie utérine où l'aurait maladroitement fixée la suture; cette hypothèse est toutefois inadmissible, vu que la muqueuse utérine, loin de se hernier comme celle de l'intestin, demeure adhérente à la couche musculeuse. D'autre part, on avait constaté *de visu*, chez la parturiente en cause, que la cicatrice utérine semblait parfaite, ce qui ne permet pas d'admettre que l'affrontement des parois musculaires ait été insuffisant. Par contre, il est légitime de supposer que de simples parcelles de la muqueuse s'étaient incluses dans cette cicatrice grâce à une constriction peut-être trop faible des nœuds de suture. Ainsi pris entre les parois musculaires de l'incision utérine, ces débris muqueux avaient continué à se développer et la nouvelle grossesse survenue n'avait fait que favoriser leur accroissement, en ramollissant, d'une part, le tissu musculaire et en activant, d'autre part, la prolifération de la muqueuse transformée en caduque. Grâce à ce double processus, les fibres musculaires s'étaient trouvées de plus en plus dissociées et n'avaient pu arriver à se cicatriser sur la ligne d'incision de la matrice. Enfin, la tension de l'œuf, augmentant progressivement avec l'approche du travail, avait achevé de rendre impossible ce travail de reconstitution des fibres musculaires.

Cette explication a l'avantage de ne pas faire intervenir le placenta ni l'usure de la cicatrice utérine par la pénétration des villosités, mécanisme qui n'est d'ailleurs valable que pour un petit nombre de cas. Elle permet de conclure à la multiplicité des facteurs qui entrent dans une bonne réfection de la paroi utérine et à la difficulté d'obtenir à tout coup cette réfection : si les sutures sont trop ou pas assez serrées, si les catguts se résorbent trop vite, si l'affrontement est imparfait, les fibres musculaires pourront être insuffisamment rapprochées ou seront coupées par le matériel de ligature et les éléments de la muqueuse s'infiltreront alors entre elles, comme dans le cas précédent, jusque sous la séreuse. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.) — R. DE B.

Tuméfaction aiguë de la glande thyroïde, occasionnée par l'emploi de l'iodure de potassium, par M. J. Csillag.

L'auteur a eu l'occasion d'observer une manifestation particulière d'iodisme, qui paraît assez rare, à en juger d'après ce fait que, dans la littérature médicale récente, M. Csillag n'a pu trouver qu'un seul cas analogue, publié il y a trois ans par M. Sellei (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 348). Cette dernière observation n'était cependant pas unique jusqu'ici : Marotte a attribué à l'iodure de potassium un gonflement énorme et très douloureux de la glande thyroïde survenu chez une femme à laquelle il avait prescrit ce médicament (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 141).

Le cas relaté par M. Csillag a trait à un homme de trente et un ans, atteint de syphilis et qui, au cours d'un traitement ioduré, fut pris de maux de gorge avec tuméfaction du cou. Au moment où le malade vint, pour la première

fois, trouver l'auteur, on reconnaissait déjà à la simple inspection l'existence, au niveau du cou, d'une tumeur rappelant, par son aspect et sa situation, un goitre; cette tumeur était indolore et suivait les mouvements de déglutition. Toutefois, chacun de ses lobes ayant le volume d'un œuf de poule, bien que la tuméfaction ne remontât qu'à une quinzaine de jours, on ne pouvait s'arrêter à l'hypothèse d'un goitre. Comme, d'autre part, il n'existait, en l'espèce, aucune maladie infectieuse, telle que la grippe, le paludisme, la fièvre typhoïde, la diphtérie, etc., etc., susceptible d'occasionner une thyroïdite aiguë, l'auteur supposa avoir affaire à une inflammation de la glande thyroïde, liée à la syphilis, et prescrivit, en conséquence, des injections mercurielles. Le traitement parut d'abord confirmer ce diagnostic, la tuméfaction thyroïdienne diminuant rapidement sous l'influence de ces injections; mais bientôt M. Csillag fut à même de se convaincre que la thyroïdite en question relevait, en réalité, d'une toute autre cause. En effet, après avoir pratiqué au malade vingt injections hydrargyriques, il lui ordonna une solution d'iodure de potassium à 3 %, à la dose quotidienne de trois cuillerées à bouche. Or, au bout de sept jours, la tumeur reprit son développement, et, comme la première poussée de thyroïdite avait également coïncidé avec l'emploi de l'iodure de potassium, l'auteur se demanda si la tuméfaction thyroïdienne n'était pas une manifestation d'iodisme; de fait, cette fois, on put facilement en venir à bout, en supprimant simplement la médication iodurée, sans recourir aux injections mercurielles. Pour plus de certitude, M. Csillag décida, d'accord avec le patient, de faire un nouvel essai : deux jours après avoir institué le traitement ioduré, alors que le malade n'avait, par conséquent, absorbé que six cuillerées de la solution d'iodure de potassium, le gonflement de la glande thyroïde fit sa réapparition.

On ne saurait donc contester l'existence, dans ce cas, d'un rapport de cause à effet entre l'usage de l'iodure et la thyroïdite aiguë. Ce fait d'intolérance particulière de la glande thyroïde à l'égard de la médication iodurée paraît d'autant plus remarquable que les manifestations habituelles de l'iodisme (catarrhe des muqueuses, éruptions cutanées, etc.) étaient, chez le malade en question, très peu marquées. (*Wien. med. Wochensch.*, 12 août 1905.) — L. CH.

Contribution au traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, par M. R. von Uhle.

Les vomissements incoercibles de la grossesse sont quelquefois en relation avec des affections gynécologiques; le fait observé par M. von Uhle montre bien le parti que la thérapeutique peut tirer de cette donnée étiologique.

Une secondipare de vingt-cinq ans, un peu nerveuse, mais non hystérique, et qui avait déjà présenté des vomiturritions fréquentes durant sa première grossesse, fut réduite, dès le troisième mois de la deuxième, à la condition la plus misérable, par suite de vomissements incoercibles. Elle n'avait pourtant pas de fièvre. Le traitement, consistant en lavements nutritifs, en injections de sérum artificiel, suppression de tout aliment liquide ou solide par la bouche, injections de morphine, avait amené une certaine amélioration, mais, au bout de quelques jours, les vomissements reprirent de plus belle.

Ayant alors constaté que l'utérus était fortement antéfléchi, à tel point que le col regardait la concavité même du sacrum, l'auteur pensa qu'avant de recourir à l'avortement provoqué, on pourrait tenter le redressement de l'utérus. A cet effet, il introduisit dans le vagin un colpoynter dans l'espoir que cet instrument, une fois plein d'eau, soulèverait la matrice, la ramènerait à une position normale et ferait ainsi cesser les vomissements. De fait, dès la première journée d'application de l'instrument, la malade cessa de vomir. Comme, vers le soir, elle accusait quelques douleurs, ce qui pouvait faire croire à une menace d'avortement, le ballon fut retiré. Le lendemain il n'y avait pourtant aucun signe de travail, mais les vomissements reparaissaient. Le ballon fut ainsi replacé ou enlevé, suivant que les vomissements se reproduisaient ou qu'une fausse couche semblait à craindre. Cependant, au bout d'une quinzaine, les premiers disparurent définitivement et la grossesse se poursuivit jusqu'à terme.

Il ne semble donc guère douteux que, dans le cas présent, les vomissements incoercibles fussent sous la dépendance de l'antéversion utérine. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 juin 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

L'étiologie des corrugations des dents et des ongles, par M. G. L. Curtis.

M. Curtis a, depuis de longues années, remarqué que les dents de certains sujets portent des marques particulières, se présentant tantôt sous la forme de taches opaques, tantôt comme des sillons transversaux qui rappellent vaguement les rides sillonnant les cornes des vaches. Les auteurs ne paraissent avoir, jusqu'à présent, attaché aucune importance à ces altérations dentaires, à en juger par ce fait que, en dehors de quelques descriptions des érosions de l'émail, mises sur le compte d'une fièvre éruptive, et de la notion classique des encoches d'Hutchinson, M. Curtis n'a pas trouvé, dans la littérature médicale, de documents relatifs à ce point. Or, pour sa part, il a été à même de s'assurer que, tout comme les lésions analogues des ongles — lésions dont la signification a été récemment notée dans ce journal (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 416) —, les altérations dont il s'agit relèvent de causes parfaitement définies et, partant, ne sont pas dépourvues d'une certaine valeur diagnostique.

D'après l'expérience de l'auteur, les sillons transversaux des dents et des ongles seraient en rapport avec l'auto-intoxication et les affections rhumatismales auxquelles celle-ci aboutit souvent, tandis que les lignes longitudinales seraient sous la dépendance de troubles de la nutrition liés à des affections intestinales (colite, proctite, hémorrhoïdes, etc.).

M. Curtis a également eu l'occasion de constater que les femmes atteintes de rhumatisme pendant leur grossesse donnent naissance à des enfants chez lesquels on relève ensuite l'existence des altérations dentaires susmentionnées; d'autre part, chez les enfants ayant subi une atteinte de rhumatisme pendant la période de développement de l'émail de la dentition permanente, cet émail se trouve aussi sillonné de rides.

Les taches opaques, que l'on remarque chez certains sujets, tant sur les ongles que sur l'émail dentaire, ont la même signification, et se rapportent à des troubles de la nutrition consécutifs à l'auto-intoxication.

Pour ce qui est des lésions unguéales, elles permettraient même, suivant qu'elles sont plus ou moins fines ou grossières, de juger du degré de gravité de la maladie subie par le patient. De plus, d'après la position du sillon transversal, on pourrait déterminer approximativement la date de l'affection : si la ligne se trouve tout près du bord libre de l'ongle, c'est que l'atteinte du mal remonte à quatre mois environ; dans les cas où la lésion occupe à peu près le milieu de l'ongle, on peut évaluer à deux mois le laps de temps qui s'est écoulé depuis la maladie; s'agit-il, au contraire, d'un sillon avoisinant encore la matrice de l'ongle, l'affection ne remonte guère à plus de quinze jours ou trois semaines.

Les sillons longitudinaux brisés et irréguliers indiqueraient des troubles intestinaux graves, et là encore la position des points d'incidence sur la ligne longitudinale de l'ongle renseignerait sur la date de la maladie.

Les altérations dont il s'agit présenteraient, aux yeux de M. Curtis, une valeur diagnostique tellement considérable qu'en leur absence il n'hésite pas à conclure que le patient n'a eu à subir ni atteinte sérieuse de rhumatisme, ni troubles intestinaux prolongés. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 août 1905.) — L. CH.

Du traitement des luxations congénitales ou acquises de l'épaule pendant la première enfance, par M. R. Whitman.

La plupart des luxations de l'épaule observées dans la première enfance sont considérées comme d'origine congénitale, au même titre que les luxations de la hanche. Or, dans le présent mémoire, M. Whitman s'efforce de prouver que cette assimilation n'est pas légitime, ce qui n'est pas sans importance au point de vue du traitement.

Les luxations de l'épaule, dans la première enfance, peuvent se diviser en trois classes : celles qui sont dues à des altérations congénitales des surfaces articulaires, comme le fait se passe à la hanche, mais ce sont les plus rares; celles qui résultent de quelque violence obstétricale; enfin celles qui sont secondaires aux paralysies du plexus brachial, causées elles-mêmes par des tractions sur la tête ou les bras dans les accouchements difficiles.

Ces dernières sont les plus fréquentes, bien que les accoucheurs considèrent généralement comme un accident bénin les paralysies en question. Celles-ci, portant d'ordinaire sur les cinquième et sixième paires cervicales, ont pour effet d'amener la paralysie du deltoïde, du biceps et des supinateurs de l'avant-bras. Il s'ensuit des déplacements secondaires ou des rétractions qui ne sont le plus souvent reconnues qu'assez tard. On constate alors l'atrophie des muscles du membre; l'humérus est en abduction légère sur l'omoplate, son extrémité supérieure fait une saillie plus ou moins marquée en arrière et un peu au-dessous de sa position normale; en avant, au contraire, l'épaule est aplatie et le paraît encore davantage, si le deltoïde est atrophié. Dans certains cas, l'avant-bras reprend son pouvoir de flexion et de supination, mais ces mouvements sont gênés ou limités par suite de la rotation interne de la tête humérale. Le diagnostic n'est guère possible que par les commémoratifs; il ne faut pas oublier en outre que luxation et paralysie traumatiques peuvent être associées; en pareille occurrence la réduction permet seule d'apprécier la part qui revient aux nerfs dans la déformation : si les mouvements ne se rétablissent pas, c'est qu'il s'agit d'une paralysie.

Pour réduire la luxation, on fait coucher l'enfant; le bras est saisi d'une main, pendant qu'on embrasse l'aisselle entre l'index et le pouce de l'autre main de façon à fixer l'omoplate, et que le pouce presse en arrière sur la tête humérale pour la ramener en avant. Avec la première main, on mobilise l'humérus d'avant en arrière et inversement, comme on le ferait d'un levier de pompe. Quand l'humérus a été suffisamment mobilisé et peut être facilement mis en adduction, on ramène la tête en avant, on cherche à la faire remonter en haut vers la cavité glénoïde pendant que l'humérus est tourné en rotation externe. La réduction effectuée, l'avant-bras se met quelquefois en flexion légère. On applique ensuite un bandage plâtré qui doit rester trois mois en place.

Si la réduction est impossible d'un coup, on se borne dans une première séance aux mouvements de pompe, au refoulement de la tête en avant et on applique un plâtre; quinze jours plus tard on achève la réduction.

Le traitement ultérieur est fort varié et consiste en la mobilisation de l'article, l'emploi du massage et de l'électrothérapie. Rien que par ces moyens, on obtient de grandes améliorations, même s'il existe des paralysies incurables. Toutefois, quand le deltoïde est complètement atrophié, il vaut mieux rechercher l'ankylose de la jointure, au besoin par l'arthrodèse. A l'occasion, on pourra également tenter la transplantation tendineuse. (*Ann. of Surgery*, juillet 1905.) — R. DE B.

Infection septique d'origine buccale en tant que cause de l'iritis, par M. E. K. Campbell.

Il est généralement admis que la syphilis et la diathèse rhumatismale résument, à elles seules, à peu près toute l'étiologie de l'iritis. Or, en ce qui concerne notamment le rhumatisme, il est incontestable que son influence a

été singulièrement exagérée, et, pour sa part, l'auteur n'a jamais eu l'occasion d'observer un cas de fièvre rhumatismale compliquée d'iritis; il est bon, du reste, de rappeler que celle-ci est très rare chez les enfants, tandis que le rhumatisme articulaire aigu est relativement commun entre cinq ans et quinze ans.

Que si l'on veut chercher dans la plupart des cas d'inflammation non syphilitique de l'iris une origine infectieuse, il convient, d'après M. Campbell, d'avoir surtout en vue l'infection septique buccale. On sait le rôle important que certains médecins anglais — M. W. Hunter, entre autres — font, depuis quelque temps, jouer à ce facteur dans l'étiologie des maladies, et récemment encore nous avons eu l'occasion de signaler dans ce journal un fait qui paraît plaider en faveur de l'hypothèse suivant laquelle l'ulcère de l'estomac pourrait relever d'une infection septique d'origine buccale (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 196). Pour ce qui est de l'iritis, l'auteur en a dernièrement observé 3 cas, où il n'existait aucune trace ni de syphilis, ni de rhumatisme. Par contre, les trois malades en question présentaient une infection buccale très accentuée : les rebords alvéolaires étaient rouges et enflammés, les gencives saignaient facilement et, sous l'influence d'une pression même légère, laissaient sourdre des gouttelettes de pus (pyorrhée alvéolaire), l'haleine avait une odeur aigre, et le teint jaune sale des patients faisait craindre une anémie de nature septique. Le traitement consista surtout à réparer le mauvais état de la dentition (plombages et avulsions), à désinfecter les petites collections purulentes et à nettoyer soigneusement la cavité buccale. Sous l'influence de ces moyens, associés à l'usage des mydriatiques et des toniques, on vit guérir rapidement l'iritis.

En présence de ces résultats, M. Campbell recommande de ne pas négliger d'examiner l'état de la bouche chez les sujets atteints d'iritis, alors même que celle-ci paraît de nature syphilitique. Encore que la vérole doive être incriminée dans 50 % des cas de cette affection oculaire, il convient d'envisager, même dans les faits de ce genre, l'éventualité d'une infection mixte. (*Lancet*, 22 juillet 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

Torticolis oculaire, par M. J. P. Van der Brugh.

La rareté du torticolis dû à des troubles de la motilité oculaire et la nécessité, en pareil cas, de baser le traitement de la déviation de la tête sur un diagnostic ophtalmologique exact nous engagent à résumer l'observation relatée par M. Van der Brugh.

A la suite de convulsions survenues peu de temps après sa naissance, une fillette, actuellement âgée de cinq ans et demi, avait été atteinte de torticolis. On avait commencé par lui faire une ténotomie, puis on lui avait appliqué un appareil plâtré, ensuite on avait eu recours au massage, le tout sans succès, jusqu'au jour où un chirurgien s'aperçut qu'elle louchait. Voici ce que l'on constatait :

Quand l'enfant était abandonnée à elle-même, elle inclinait sa tête à gauche et en avant et l'on ne percevait alors aucune déviation oculaire; mais il n'en était plus de même lorsqu'on redressait la tête, ni surtout quand on l'inclinait à droite. Si, la tête étant droite, on faisait regarder en haut, le mouvement conjugué des yeux s'exécutait normalement; lorsque, au contraire, on faisait fixer un objet placé en bas et à gauche, l'œil droit demeurait élevé. En couvrant alors l'œil gauche, tout en engageant la petite malade à regarder dans la même direction, on voyait, derrière l'écran, l'œil gauche se porter encore plus fortement que tantôt en bas et à gauche. Le muscle paralysé était donc celui qui déplace l'œil droit en bas et à gauche. Or, contrairement à un schéma encore très répandu, mais reconnu faux, le muscle qui commande ce mouvement n'est pas le droit inférieur, mais le grand oblique.

Quant à la cause amenant le torticolis oculaire, elle est facile à comprendre : supposé que la motilité d'un œil vers la gauche soit supprimée, le malade tournera tout naturellement la tête à gauche, afin d'éviter la diplopie provenant de cette partie du champ visuel. Un raisonnement analogue permet d'expliquer l'attitude de la tête chez la fillette en question.

Pour le traitement, on avait le choix entre plusieurs méthodes. La première consistait à avancer l'insertion du muscle paralysé, mais cet avancement ne rendant pas le muscle capable de se contracter, il est probable qu'en l'espèce le bénéfice eût été nul. On pouvait encore sectionner le muscle antagoniste, c'est-à-dire, dans le cas particulier, le muscle droit supérieur; toutefois, il en serait résulté de la diplopie dans la moitié supérieure du champ visuel. Quant à sectionner, c'est-à-dire à supprimer le muscle grand oblique du côté opposé, on y aurait bien gagné le parallélisme des yeux, mais au prix d'une double paralysie et très probablement le torticolis n'en aurait été que plus tenace. Par contre, en sectionnant le droit inférieur de l'œil gauche, lequel incline en même temps à gauche l'axe vertical de la cornée gauche, il devait en résulter que cet axe se déplacerait à droite sous l'influence des antagonistes; or, c'est aussi l'inclinaison que prend l'axe vertical de la cornée droite, par suite de la paralysie du grand oblique de ce côté. Une certaine absence de parallélisme entre les deux axes verticaux est bien la conséquence de cette myotomie, mais, en pratique, cet inconvénient est faible.

C'est donc cette opération qui fut exécutée, et elle donna un excellent résultat au double point de vue de la vision et de l'attitude de la tête. Il est curieux de noter que sur 3 cas de ce genre, traités jusqu'ici chirurgicalement, la correction du strabisme fut incorrecte 2 fois et que les malades n'en furent pas moins débarrassés de leur torticolis. Par contre, il est douteux que le résultat, au point de vue oculaire, ait été aussi satisfaisant. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 5 août 1905.) — R. DE B.

Contribution à l'étude de la goutte, par M. J. J. Van Loghem.

Dans un précédent travail (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 286), M. Van Loghem a montré que les injections expérimentales d'acide urique dans le tissu sous-cutané donnent naissance à des dépôts de cristaux non pas d'acide urique, mais d'urate de soude, ce qui permet d'expliquer par la précipitation d'urates dans un organisme saturé d'acide urique la formation des *tophi* goutteux. Or, étant donné que la présence d'un acide minéral fort diminue *in vitro* la solubilité de l'acide urique, il était assez naturel de rechercher — et c'est ce qu'a fait l'auteur — l'influence que pourrait avoir la médication acide sur la formation des *tophi* expérimentaux.

Pour cela, M. Van Loghem a fait prendre pendant un certain temps à des lapins deux doses quotidiennes de 0 gr. 25 centigr. d'acide chlorhydrique dissous dans 50 c.c. d'eau; cette solution était administrée par l'intermédiaire d'un tube œsophagien, et cela chaque jour sans interruption, faute de quoi l'expérience échouait. En même temps on injectait aux animaux de l'acide urique.

Après quelques tâtonnements sur les doses à employer, l'auteur obtint ainsi une série de 7 lapins soumis à la médication acide, contre 9 animaux de contrôle n'ayant subi que les injections d'acide urique. Or, chez ceux-ci, les injections sous-cutanées d'acide urique donnèrent des cristaux d'urate de soude, alors que chez les premiers ces cristaux firent complètement défaut.

Il serait peut-être téméraire d'en conclure que la transformation de l'acide urique en urates n'ait pas du tout eu lieu chez eux : il est possible, par exemple, qu'elle ait été très lente et que les cristaux se soient résorbés au fur et à mesure de leur production. En tout cas, il est digne d'être noté que les humeurs peuvent perdre la faculté de transformer l'acide urique injecté en urates, sous l'influence de la résorption d'acide chlorhydrique au niveau du tube digestif. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 12 août 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Atrophie jaune aiguë du foie et traumatisme, par M. A. Ascarelli.

L'étiologie et la pathogénie de l'atrophie jaune aiguë du foie sont encore fort obscures et, s'il est possible d'attribuer à cet égard une certaine importance à quelques facteurs occasionnels, tels que commotions morales ou excès alcooliques, etc., il s'en faut que l'on soit fixé sur les causes directes de l'état morbide en question. Tout porte, cependant, à croire qu'il s'agit d'une maladie infectieuse. Cela étant, il nous paraît intéressant de signaler les deux faits relatés par M. Ascarelli et qui démontrent que, tout comme d'autres maladies infectieuses (pneumonie, méningite, péricardite, etc.), l'atrophie jaune aiguë du foie peut avoir pour cause occasionnelle un traumatisme, soit que celui-ci exalte la virulence de micro-organismes restés jusque-là à l'état latent, soit qu'il favorise l'infection en diminuant la résistance des tissus et en déterminant des désordres vasomoteurs.

L'un de ces cas se rapporte à un jeune homme de vingt ans, vigoureux et d'une forte constitution (il venait d'être déclaré bon pour le service militaire), qui, après avoir reçu un coup sur les testicules, fut pris de douleurs abdominales et présenta, au bout de deux jours, de la fièvre, suivie bientôt d'ictère, de convulsions et de vomissements. On vit ainsi se dérouler le tableau clinique caractéristique de l'ictère grave, et, huit jours après le traumatisme, le malade succomba. L'autopsie ne fit que confirmer le diagnostic d'atrophie jaune aiguë du foie.

Ce fait paraît d'autant plus intéressant que le traumatisme, tout en portant sur une région éloignée du foie, avait cependant exercé sur celui-ci une influence directe, ce qui s'explique, dans une certaine mesure, par les relations anatomiques : on sait, en effet, que le groupe veineux postérieur du testicule se jette dans les veines épigastriques et aboutit ainsi à la veine cave inférieure, tandis que le groupe antérieur, après avoir formé le plexus pampiniforme, s'ouvre, à droite, directement dans la veine cave inférieure; or, ce dernier vaisseau présente des rapports étroits de contiguïté avec la glande hépatique, sans compter qu'entre le système porte et le système veineux général il existe de nombreuses anastomoses.

Dans la seconde observation recueillie par l'auteur, il s'agissait d'un charretier robuste, âgé de cinquante-neuf ans, qui, étant tombé de sa charrette, reçut des contusions au cuir chevelu et à l'abdomen; cette homme présenta, au bout de quinze jours, tous les symptômes de l'ictère grave et il ne tarda pas à succomber. Là encore, la nécropsie mit en évidence une atrophie jaune aiguë du foie, en même temps qu'elle décela l'existence, dans le lobe droit de cet organe, d'un petit infarctus hémorrhagique ancien, dû vraisemblablement à un autre traumatisme que le malade avait subi six mois auparavant; la glande hépatique représentait, par conséquent, un *locus minoris resistentiæ*, particulièrement prédisposé à se laisser influencer par les germes pathogènes.

En se basant sur ces faits, M. Ascarelli estime qu'il y a lieu d'admettre la possibilité d'un rapport étiologique occasionnel entre les traumatismes et l'atrophie jaune aiguë du foie. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXV, 3.) — L. CH.

Significato e importanza delle temperature ascellari fra 37° e 37°5 C. In-8°, 6 p. Modène. — Signification et importance des températures axillaires comprises entre 37° et 37°5, par M. V. Levi.

Il est généralement admis et par les cliniciens et par les physiologistes que la température axillaire de l'homme, à l'état de santé, oscille entre 37° et 37°5, et l'on considère comme apyrétique tout individu chez lequel le thermomètre ne dépasse pas ces chiffres. Or, c'est là une opinion qui, d'après les observations recueillies par l'auteur depuis nombre d'années dans les affections les plus diverses, serait totalement inexacte : à l'état normal, la tempéra-

ture axillaire oscillerait constamment un peu au-dessous de 37°, le plus souvent entre 36°5 et 37°; par suite, une température de 37°5 devrait toujours être regardée comme subfébrile, une température de 37° comme au moins suspecte.

On pourrait faire à M. Levi l'objection que, les sujets qu'il a observés étant ou des malades ou des convalescents, les résultats qu'il a enregistrés doivent être attribués à un certain degré d'hypothermie et ne sauraient s'appliquer à l'homme en état de santé parfaite; mais l'auteur fait remarquer que nombre de ces patients étaient atteints d'affections réputées comme sans influence sur la température, et, dans ces cas, il a vu le thermomètre se tenir au-dessous de 37°; d'autre part, il a pu s'assurer qu'aux degrés thermiques compris entre 37° et 37°5 succède régulièrement soit une période franchement fébrile, au-dessus de 37°5, soit une période d'apyrexie réelle, au-dessous de 37°; les températures en question ont donc nettement la signification d'un phénomène morbide. Ce n'est pas enfin à un défaut de technique que sont imputables ces constatations, car M. Levi a toujours eu soin de laisser le thermomètre en place pendant dix minutes au minimum, et il ne s'est jamais servi des thermomètres dits « à la minute », instruments essentiellement infidèles.

Ces faits paraissent à l'auteur de nature à modifier certaines de nos conceptions actuelles sur les formes dites apyrétiques de diverses affections fébriles; ils ont un intérêt particulier quand il s'agit d'apprécier si un fébricitant est entré en convalescence et si on peut lui permettre, notamment au point de vue du régime alimentaire, le retour aux conditions normales d'existence : pour la fièvre typhoïde, par exemple, M. Levi estime qu'on ne saurait parler de convalescence tant que la courbe thermique n'est pas descendue au-dessous de 37°. — F. F.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

De l'hyperacidité du suc gastrique et de sa détermination par la méthode de Sahli, par M. V. Rubow.

L'auteur rend compte dans ce mémoire de ses recherches sur l'hyperchlorhydrie et sur la valeur du procédé de Sahli pour en déterminer le degré.

Le terme d'hyperacidité, si couramment employé de nos jours, n'a qu'une valeur très relative. Sur 213 malades dont l'acidité totale dépassait 75 — ce qui correspond à 0.40 % d'acide chlorhydrique libre — et qui, par suite, étaient des « hyperchlorhydriques » au sens habituel, M. Rubow n'en a trouvé que 3 dont l'acidité atteignît 0.45 ou 0.46 %; or, on trouve souvent, dans un estomac sain, des chiffres égaux ou même supérieurs. Il est vrai que si, comme on l'a souvent fait, on recueille le suc gastrique d'un gastrostomisé à l'état de repos digestif, on trouve une acidité extrêmement réduite, voisine de 0.15 %; mais si l'on prélève la sécrétion à une période d'activité et chez un sujet jeune, on s'aperçoit que, grâce à l'excitation sécrétoire produite par la mastication — avant l'introduction du repas dans la fistule —, l'acidité monte facilement jusqu'à 0.56 %. Ainsi qu'on le voit, ce chiffre, obtenu dans des conditions analogues à celles des repas d'épreuve, l'emporte de beaucoup sur les hyperacidités constatées en clinique.

Dans ces derniers temps, M. Sahli a pensé qu'on arriverait à des résultats plus exacts qu'avec le repas de Boas-Ewald, en faisant absorber aux sujets examinés une soupe de gruau de froment cuite au beurre, soupe qui, *in vitro*, a la propriété de maintenir les graisses dans un état presque parfait d'émulsion. En titrant exactement la graisse de ce potage, puis celle du contenu gastrique retiré par la pompe stomacale, il pensait arriver à déterminer exactement, par une simple différence, la part d'acidité revenant au suc gastrique. Toutefois, d'après les expériences de l'auteur, les choses ne se passent pas aussi simplement : l'acidité qu'on obtient ainsi est bien généralement supérieure à celle qu'indique le procédé de Boas-Ewald, mais, chez le même sujet, lors des diverses expériences, elle varie dans des limites telles qu'il est impossible de tirer aucune conclusion. Chez un malade, par exemple, soumis à 7 expériences consécutives, l'acidité oscilla entre 0.29 % et 1.04 %, et, entre ces deux extrêmes, les chiffres s'échelonnaient sans la moindre régularité.

Une des principales causes d'erreur du procédé réside dans la précipitation de l'émulsion à l'intérieur de l'estomac, ce dont on peut se convaincre en prenant des échantillons du contenu gastrique avant que le repas d'épreuve ait complètement passé dans le duodénum : on s'aperçoit alors que ces échantillons sont beaucoup plus riches en graisse que le potage d'épreuve lui-même.

Une autre cause d'erreur — facile du reste à éliminer —, c'est la coagulation des graisses du contenu stomacal dans le tube d'essai, par suite du refroidissement, et leur ascension à la surface du liquide, dont l'analyse donne alors un titrage bien inférieur à la réalité.

M. Sahli, qui s'est rendu compte, entre autres, de la première des imperfections que nous venons de signaler, a essayé d'y remédier en obligeant le malade à remuer toutes les cinq minutes pendant le repas d'épreuve : les résultats sont alors meilleurs, mais, chez le même sujet, on constate encore des écarts de 10 % entre les différents chiffres; d'autre part, cette mobilité imposée au patient n'est pas toujours facile à obtenir, ni suffisante.

Au total, pour M. Rubow, la soi-disant hyperacidité de l'estomac ne tient nullement à une acidité exagérée du suc gastrique; elle est surtout fonction de la motricité stomacale : si l'estomac expulse rapidement le repas d'épreuve, le chyme est riche en suc gastrique qui ne se trouve que peu ou pas délayé, notamment par le suc alcalin des glandes pyloriques, celles-ci ne jouant à ce moment de la digestion qu'un faible rôle neutralisant; si, au contraire, le repas d'épreuve stagne dans l'estomac, le suc gastrique est par là même fortement dilué : cette dilution est encore aggravée par ce fait que, dans les estomacs paresseux, la sécrétion des glandes alcalines est généralement exagérée. (*Hospitalstidende*, 5, 12 et 19 juillet 1905.) — R. DE B.

Le signe de Quinquaud, par M. E. Krogh.

L'auteur a étudié la valeur du signe de Quinquaud (crépitation phalangienne) pour le diagnostic de l'alcoolisme, en le recherchant sur 200 malades (100 hommes et 100 femmes), alcooliques ou non, atteints d'affections nerveuses diverses.

Des observations comparatives qu'il a faites sur ce symptôme, sur le tremblement des mains et sur celui de la langue, il ressort que c'est le second de ces phénomènes qui est le plus commun d'une façon absolue, puisque, sur ces 200 cas, il ne manquait que 22 fois (7 hommes et 15 femmes), alors que le signe de Quinquaud était 44 fois absent (14 hommes et 30 femmes).

D'autre part, sur les 200 sujets en question, on comptait 55 alcooliques du sexe masculin et 7 du sexe féminin. Or, chez 8 alcooliques avérés, la crépitation phalangienne faisait entièrement défaut, tandis que, chez tous les alcooliques, on rencontra le tremblement des mains. Enfin, 7 patients présentaient le signe de Quinquaud et pas de tremblement, mais aucun n'était alcoolique.

On voit que d'après ces données — qui confirment les résultats obtenus l'année dernière par M. Fürbringer, mais ne concordent pas tout à fait avec les conclusions auxquelles sont plus récemment arrivés MM. Hoffmann et Marx (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 175 et 1905, p. 328) —, le signe de Quinquaud n'aurait pas grande signification; il serait notamment inférieur au tremblement des mains, pour le diagnostic de l'alcoolisme.

Ajoutons que, d'après M. Krogh, le tabagisme n'a pas grande influence sur son apparition. Comme, à l'autopsie de quelques sujets ayant présenté ce symptôme, les articulations furent trouvées indemnes, l'auteur estime que la crépitation phalangienne tient peut-être au frôlement des tendons sous le ligament radiocarpien. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août 1905.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le nitrite d'amyle comme hémostatique dans les hémorrhagies internes.

Nous avons signalé l'année dernière les excellents résultats que les inhalations de nitrite d'amyle ont donnés contre les hémoptysies entre les mains de M. F. Hare (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 288). De son côté, un médecin écossais exerçant à Tananarive, M. le docteur C. F. A. Moss, a employé avec succès le même mode de traitement dans 2 cas d'hémorrhagie interne grave.

L'un de ces faits est relatif à une hémophilique qui eut une hémorrhagie secondaire après avoir été opérée pour kystes des deux ovaires, si bien qu'on dut rouvrir le ventre; l'état général allait néanmoins en empirant, et l'on s'attendait d'une minute à l'autre à une issue fatale, quand notre confrère eut l'idée de recourir à des inhalations de nitrite d'amyle. L'effet de ce traitement fut immédiat, et, en moins de cinq minutes, le pouls, qui était imperceptible auparavant, redevint satisfaisant. La guérison opératoire s'effectua dans les délais normaux.

Dans l'autre cas observé par M. Moss, il s'agissait de la rupture d'une grossesse extra-utérine, avec signes d'hémorrhagie interne et état général faisant redouter que la femme ne succombât sur la table d'opération; notre confrère eut de nouveau recours aux inhalations de nitrite d'amyle, et il estime que c'est grâce à leur action hémostatique et cardiotonique que la malade put supporter l'intervention sans aucun incident.

Traitement de la métrite cervicale blennorrhagique par des injections sous-muqueuses d'acide lactique.

A en juger d'après l'expérience de M. le docteur S. Chandler (de Philadelphie), les injections sous-muqueuses d'acide lactique constitueraient un traitement fort efficace de la métrite cervicale d'origine blennorrhagique. Voici quelle est la technique adoptée par notre confrère :

Après avoir désinfecté la cavité du vagin et du col utérin d'abord avec de l'eau chaude, ensuite avec des tampons d'ouate imbibés d'une solution aqueuse d'acide pyroligneux (acide acétique du bois), il attire le col à l'orifice vulvaire, puis, à l'aide d'une seringue de Pravaz, pratique tout autour du col, sous la muqueuse, une série d'injections, chacune avec quelques gouttes d'acide lactique pur. Si la malade présente une sensibilité particulière, on procède en deux séances, mais ce n'est habituellement pas nécessaire. Ces injections déterminent la production d'une eschare très superficielle qui s'élimine rapidement et sans causer aucun inconvénient.

Dans les 35 cas, aigus ou chroniques, soumis par M. Chandler à ce mode de traitement, le microscope a révélé au bout de trois semaines l'absence de tout gonocoque dans les sécrétions du col, et un nouvel examen, pratiqué de cinq à huit mois plus tard, a permis de s'assurer que la guérison se maintenait.

Utilité de conserver à sec le catgut iodé.

La simplicité de la stérilisation du catgut par l'iode n'a cessé de gagner des partisans à ce procédé. Toutefois, la plupart des chirurgiens qui y ont recours lui font le reproche de diminuer quelque peu la résistance du catgut. Aussi a-t-on imaginé, pour obvier à cet inconvénient, différents moyens que nous avons successivement fait connaître : telles la substitution de l'alcool ou de l'éther à l'eau, comme véhicule de l'iode, ou encore la formolisation préalable (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 32, 384 et 416).

Or, de recherches instituées par M. le docteur A. V. Moschcowitz, chirurgien adjoint du Mount Sinai Hospital de New-York, il résulte

que l'on pourrait parfaitement employer la solution iodo-iodurée aqueuse qui a été préconisée à l'origine, à condition seulement de ne pas y laisser séjourner le fil plus de huit jours, mais de l'en retirer ensuite pour le conserver à sec dans un flacon stérilisé. Ce serait en effet la macération prolongée du catgut dans un liquide aqueux qui en diminuerait la solidité.

Préparé de la sorte, le catgut iodé aurait une résistance au moins égale, sinon supérieure, à celle du catgut stérilisé par n'importe quel autre procédé. La conservation à sec ne compromettrait d'ailleurs en rien les qualités d'asepsie du fil : dans les expériences instituées à cet effet par notre confrère, le contact prolongé du catgut avec les différents milieux de culture n'a jamais donné naissance à la moindre colonie microbienne.

L'iodure de potassium à faible dose contre la rhinite vasomotrice.

D'après un fait observé par M. le docteur C.-J. Kœnig (de Paris), la médication iodurée à faible dose pourrait rendre d'excellents services contre la rhinite vasomotrice, manifestation nerveuse spasmodique vasculaire liée au neuro-arthritisme.

Ayant, en effet, à donner ses soins à une jeune fille de vingt-trois ans, qui depuis deux années était atteinte de rhinite vasomotrice ayant résisté à toute thérapeutique et se manifestant par des crises d'éternuements violents et répétés avec écoulement abondant de sérosité, obstruction nasale, céphalée frontale, larmoiement, rougeur des yeux, etc., notre confrère se décida — sur la demande de la malade, qui avait entendu prôner ce médicament par une de ses amies — à essayer de l'iodure de potassium : il le prescrivit sous forme d'une solution à 5 %, à la dose d'une cuillerée à café à prendre, dans un peu de lait, à la fin des deux principaux repas, soit 0 gr. 50 centigrammes d'iodure par jour. Or, dès le début de ce traitement, les crises paroxystiques cessèrent comme par enchantement, et, depuis six mois, la guérison se maintient : c'est à peine si quelquefois cette jeune fille éternue légèrement et a un peu d'écoulement nasal. Par mesure de précaution, M. Kœnig lui a pourtant recommandé de reprendre la médication iodurée trois fois par an, pendant un mois chaque fois.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 octobre 1905.

Des différents modes de transport des germes cholériques.

M. Chantemesse lit sur ce sujet, en son nom et au nom de M. Borel, une note que nous résumons ainsi :

Des enquêtes récentes ont démontré que le choléra peut être transporté à longue distance, se propager de ville en ville, ou se disséminer de maison à maison. Ces trois modes d'extension de la maladie s'effectuent par des procédés différents.

Dans le transport à longue distance, ce ne sont ni les marchandises, ni les effets ou bagages des passagers provenant de pays infectés, ni l'eau potable embarquée dans les mêmes pays, qui interviennent. Le plus ordinairement ce transport est le fait de passagers ou de matelots qui, bien portants au moment de l'embarquement, hébergent cependant dans leur intestin des vibrions cholériques, lesquels peuvent exceptionnellement ne manifester leur présence que quinze, vingt ou trente jours après le départ du bateau. Ce sont ces explosions individuelles qui constituent le véritable danger dans la question du transport lointain d'une épidémie cholérique.

Dans la propagation de ville à ville, le rôle des marchandises est encore négligeable. Par contre, les bagages, les effets, les linges peuvent transporter le vibrion pathogène, mais il faut pour cela qu'ils agissent avant que ce vibrion ait été détruit par dessiccation, et celle-ci exige généralement de trois à quatre jours. Ici encore, ce sont des individus en apparence bien portants, en réalité en état d'incubation cholérique, qui sont les principaux agents de propagation de l'épidémie. L'état d'incubation ne durant d'habitude que quatre ou cinq jours, le domaine de la propagation se limite à la distance qui peut être parcourue pendant le même laps de temps, en tenant compte des moyens de locomotion en usage dans chaque pays.

Enfin, en ce qui concerne la dissémination du choléra d'individu à individu, de maison à maison, les modes d'extension les plus divers entrent en jeu : ce sont les effets et linges souillés qui n'ont pas eu le temps de se dessécher complètement; les malades, et souvent même les hommes sains en apparence, mais porteurs de vibrions cholériques; l'eau potable, quand les déjections fraîchement émises ont gagné la nappe d'eau souterraine, les puits et les citernes. Cependant, l'origine hydrique du choléra n'explique pas toutes les épidémies : diverses enquêtes ont démontré d'une façon certaine que les mouches peuvent puiser dans les vomissements et les déjections des vibrions cholériques et les porter au bout de plusieurs heures sur le lait, l'eau, le pain, les aliments, etc., etc. On conçoit que les mouches constituent ainsi des agents puissants de dissémination à petite distance de cette infection : de la sorte s'explique l'action retardatrice de l'hiver, destructeur de mouches, sur l'extension des épidémies cholériques.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 octobre 1905.

Etude du sang dans un cas d'hémophilie.

M. P. Emile-Weil. — J'ai eu l'occasion d'observer un homme de quarante-cinq ans, de bonne santé habituelle, mais hémophile de longue date, qui, à l'occasion de l'avulsion de trois dents, eut une hémorrhagie gingivale de onze jours de durée, l'ayant amené à un état de faiblesse profonde; il s'agissait ici d'hémophilie sporadique, sans aucun caractère héréditaire.

Chez ce malade, à la suite de cette perte sanguine prolongée, l'anémie était intense : on ne comptait que 2,280,000 hématies par millimètre cube et 0.60 d'hémoglobine; les globules blancs et les hématoblastes étaient normaux comme nombre et proportion. Par contre, la coagulation étudiée *in vitro* (sang recueilli par piqûre des veines du coude) offrait ce que nous avons appelé avec M. Gilbert le type de « coagulation plasmatique » (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 446).

J'ai pu constater en outre à cet égard quelques faits nouveaux : c'est ainsi que la coagulation était activée par la chaleur ou l'addition de chlorure de sodium; de plus, tandis que le sérum de cet hémophile n'exerçait aucune influence sur la coagulation du sang de sujets normaux, l'addition au sang de cet homme de sérum humain ou animal, ou encore de liquide de pleurésie séro-fibrineuse, en rendait la coagulation sensiblement normale.

Ces constatations me paraissent démontrer que le défaut de coagulation du sang des hémophiles tient non pas à la présence de substances anticoagulantes dans ce sang, mais bien à l'absence ou à l'altération de certaines substances normales, probablement du ferment coagulant ou *thrombase;* et c'est par l'apport de traces de thrombase que l'addition de sérum humain ou animal permet au sang hémophile de se coaguler normalement. D'ailleurs, puisque ce sang — abandonné à lui-même — se coagule spontanément à la longue, il est logique d'admettre que dans l'hémophilie il y a seulement *dysthrombasie*, et non *athrombasie*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 octobre 1905.

Hernie intra-rectale avec occlusion intestinale au cours d'une péritonite tuberculeuse.

M. Mignon. — Je désire attirer votre attention sur un cas de hernie intra-rectale, que j'ai observé chez un jeune soldat. Le début des accidents coïncida avec des coliques violentes et des efforts de défécation ayant entraîné l'issue hors de l'anus d'une tumeur du volume d'un œuf de dinde. Cette tumeur fut réduite dans l'ampoule rectale, mais le malade continua à souffrir, et des signes d'occlusion intestinale se manifestèrent nettement.

Je fus alors appelé à examiner cet homme, et je constatai, par le toucher rectal, l'existence d'une tumeur qui remplissait presque complètement l'ampoule rectale : le doigt était arrêté par elle, au niveau de la paroi antérieure du rectum, à 10 centimètres environ de l'anus. Je crus devoir me borner à pratiquer une entérectomie dans la fosse iliaque droite, et, au cours de la laparotomie, je pus reconnaître l'existence d'une péritonite tuberculeuse. Quarante-cinq jours après mon intervention, la tumeur intrarectale avait complètement disparu.

Je pense dans ce cas qu'il s'agissait d'une hernie du cul-de-sac de Douglas, ayant déterminé un prolapsus de la paroi antérieure du rectum, sous l'influence de l'épanchement liquide symptomatique de la péritonite tuberculeuse.

M. Picqué présente un jeune homme de vingt-quatre ans, opéré par un de ses internes pour une plaie du ventricule gauche du cœur, par coup de couteau, une demi-heure après la blessure, et une jeune femme opérée par lui-même, pour une plaie du ventricule gauche et de l'auricule par balle de revolver, deux jours après une tentative de suicide. Ces deux malades ont guéri.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 octobre 1905.

Pneumothorax consécutif à une injection intrapulmonaire d'adrénaline.

M. Galliard. — J'ai observé un homme de quarante ans, atteint de tuberculose pulmonaire, chez lequel on eut recours, pour arrêter des hémoptysies qui avaient résisté aux moyens usuels de traitement, à l'injection intrapulmonaire de 1 c.c. d'une solution d'adrénaline à 1 ‰. Cette injection fut suivie très rapidement de la cessation de l'hémorrhagie, mais, le lendemain, le malade présentait tous les signes d'un pneumothorax de moyenne intensité du côté correspondant à celui où l'injection avait été pratiquée et, deux jours après, il succomba.

M. Dufour. — J'ai soumis 6 malades atteints de tuberculose pulmonaire, quelques-uns avec hémoptysies, à un traitement systématique par des injections, renouvelées tous les deux jours, de un demi-centimètre cube de la solution d'adrénaline au millième. Chez plusieurs d'entre eux, ces injections ont paru diminuer la toux et l'expectoration, mais, au point de vue des hémoptysies, leurs effets ont été nuls.

M. Lermoyez. — Je n'en suis pas surpris, car l'adrénaline n'est pas, comme on le dit généralement, une substance vasoconstrictive, mais bien vasodilatatrice, avec toutefois cette réserve que l'action vasodilatatrice qu'elle produit est précédée d'une phase assez prolongée de vasoconstriction.

C'est grâce à cette action primitivement vasoconstrictrice que l'emploi de l'adrénaline, au cours des opérations sur les fosses nasales, supprime tout écoulement immédiat de sang; par contre, on observe constamment, en pareil cas, des hémorrhagies secondaires qui coïncident avec la phase de vasodilatation du médicament.

M. Barié. — Chez 6 tuberculeux atteints d'hémoptysies graves et répétées, j'ai employé systématiquement les injections sous-cutanées de la solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 ‰, sans obtenir aucun résultat appréciable.

A mon avis, c'est surtout comme hémostatique local, dans les épistaxis, dans les flux hémorrhoïdaires, etc., que les heureux effets de l'adrénaline se manifestent nettement.

M. Siredey. — L'emploi de l'adrénaline m'a donné d'excellents résultats dans plusieurs cas de métrorrhagie.

De la rareté des adénopathies au cours des érysipèles.

M. Dufour dit avoir recherché l'état des ganglions sous-maxillaires chez plus de 150 malades atteints d'érysipèle de la face et avoir

très rarement constaté l'augmentation de volume de ces organes, que les classiques considèrent comme habituelle. Au cours des mêmes recherches, l'orateur a pu se convaincre que la contagiosité de l'érysipèle est très faible, et que le plus souvent le développement de l'affection est consécutif à une auto-inoculation due à la mauvaise habitude qu'ont beaucoup de sujets de porter leurs doigts à leurs narines, de sorte que les ongles produisent de petites excoriations par lesquelles se fait l'infection streptococcique.

M. Barth est plutôt tenté de croire que ces excoriations existent habituellement chez certains sujets, et que l'apparition d'un érysipèle périnasal tient à l'exaltation fortuite, sous une influence quelconque (fatigue, époque menstruelle, etc.), de la virulence des streptocoques qui y sont répandus.

M. Lermoyez relate un fait où il a suffi de pratiquer un lavage du sinus maxillaire infecté, pour faire disparaître définitivement un érysipèle qui se renouvelait périodiquement tous les mois.

Sur l'épidémie dite grippale de l'hiver dernier.

M. Bezançon fait, en son nom et au nom de M. Israëls de Jong, une communication dans laquelle, après avoir rappelé leurs recherches antérieures sur la prétendue épidémie grippale de l'hiver 1904-1905, recherches ayant démontré la grande rareté du coccobacille de Pfeiffer, ainsi que la quasi constance du *Micrococcus catarrhalis* et d'un paratétragène chez les malades atteints de cette « grippe » (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 103), il signale que des constatations absolument concordantes ont été faites par de nombreux observateurs en divers pays, notamment à Berlin, à Francfort-sur-le-Mein, à Vienne, à Prague, à Londres, à New-York, etc.

Ces faits établissent qu'il s'est agi là d'une épidémie fort étendue, n'ayant probablement rien à voir avec la grippe, et permettent de révoquer en doute la spécificité nosographique de cette dernière affection.

Syndrome de Stokes-Adams et paralysie générale progressive.

M. Rist communique l'observation d'un homme de quarante-neuf ans, ancien syphilitique, chez lequel on constate à la fois le syndrome de Stokes-Adams (ralentissement du pouls, accès vertigineux, exagération de la tension artérielle) et des signes manifestes de méningo-encéphalite chronique diffuse (affaiblissement des facultés, euphorie, irritabilité, etc.), les deux affections ayant débuté simultanément il y a quatre ans. La particularité intéressante de cette observation, est que le syndrome de Stokes-Adams semble pouvoir être considéré comme une manifestation précoce de la paralysie générale; le lien entre les deux affections serait constitué par la syphilis, dont les rapports avec certains cas de pouls lent permanent ont été mis en évidence depuis longtemps déjà.

M. Goldschmidt (de Strasbourg) adresse une note sur un cas de *gangrène symétrique des extrémités, d'origine traumatique.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE LYON

Martin (E.). Pied plat valgus douloureux d'origine tuberculeuse, tuberculose inflammatoire, rhumatisme tuberculeux.

Martin (M.). De la salpingite tuberculeuse.

Pallasse (E.). Recherche et valeur pronostique de la quantité de l'épanchement dans les pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses.

Papillon (P.). Des interprétations délirantes et des hallucinations chez les amputés aliénés.

Peguet (C.). Du rétrécissement congénital de l'aorte thoracique chez les vieillards athéromateux.

Pellanda (Ch.). La mort par fibromyomes utérins.

Pellet (J.). Quelques réflexions sur le rôle de l'élément grippal dans les maladies infectieuses.

Perdrizet (L.-E.). Rétraction de l'aponévrose palmaire d'origine tuberculeuse; tuberculose inflammatoire; rhumatisme tuberculeux abarticulaire.

Péridier (M.). Contribution à l'étude des formes dépressives de la paralysie générale.

Pérignat (F.). De la forme délirante de la méningite tuberculeuse chez l'enfant.

Pernin (L.). Chorée et fièvre typhoïde.

Pérot (H.). Etude sur la syphilis chez le médecin.

Perrier (A.). Des hémorrhagies intra-péritonéales dans les cas de fibromes utérins.

Pétrement (E.). Du meilleur procédé d'abouchement dans la pylorectomie.

Peutot (J.). Contribution à l'étude du cancer de l'angle sous-hépatique du côlon.

Pilliot (A.). Recherches cliniques sur les principales médications de la chorée de Sydenham, le beurre arsenical et l'antipyrine en particulier.

Porot (A.). La question des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis nerveuse.

Pouchet (L.). De la cure radicale de la hernie inguinale par le procédé d'Estor.

Querleux (Ch.). Des supplices infligés aux cadavres pendant le Moyen Age et la Renaissance.

Rayot (H.). Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la syphilis des os longs chez le nourrisson.

Regnault (M.). Anémie pernicieuse progressive et cancer latent de l'estomac; cas de maladie de Biermer, à l'autopsie desquels on a trouvé un cancer de l'estomac.

Remy (F.-J.). Des kystes de l'ovaire tuberculeux.

Renard (G.). Sur un kyste de l'ouraque; contribution à l'étude des dérivés pathologiques de l'ouraque.

Renaud (H.). Contribution à l'étude de la signification clinique du syndrome urinaire de Bence Jones (albuminurie thermolytique); ses rapports avec la parasyphilis.

Revol (L.). La syphilis tertiaire du larynx (étude clinique).

Reynaud (L.). De quelques procédés de dosages approximatifs, mais rapides et cliniques, de l'albumine dans les urines.

Reynier (H.). Du bassin aplati et généralement rétréci.

Rigal (A.). Recherches histologiques sur la muqueuse vésicale.

Rolin (C.). Contribution à l'étude bactériologique de la dysenterie bacillaire.

Rolland (C.). Sur un cas de fistule vésico-utérine opérée par voie vaginale; méthode du dédoublement avec fente médiane du col utérin.

Rolland (M.). Du forceps lyonnais ou forceps à branches parallèles.

Roubaud (H.). De la castration ovarienne dans les cancers inopérables du sein (méthode de Beatson).

Rousset (J.). Des fistules gastro-cutanées consécutives à l'ulcère de l'estomac.

Rovery (M.). Contribution à l'étude de la lèpre.

Royer (G.). Aphonie hystérique et aphonie simulée (étude de médecine légale militaire).

Rudler (R.). Du traitement de la luxation congénitale de la rotule (étude critique basée sur la pathogénie des lésions).

Sailly (F.). Contribution à l'étude de la périnéorraphie à étages; myorraphie des releveurs de l'anus.

Salètes (P.). La trépanation néolithique et le crâne trépané de la Drôme.

Sanson (H.). Contribution à l'étude de la laparotomie rectale.

Sarvonat (F.). Le rétrécissement congénital hypertrophique du pylore chez le nouveau-né.

Saupiquet (A.). Etude clinique et pathogénique sur le mutisme et l'aphasie hystériques.

Sauvejunte (J. de). Contribution à l'étude de l'appendicite et de la hernie inguinale droite concomitante.

Seillon (E.). Contribution à l'étude de la tuberculose de l'iris.

Serrière (P.). Du rôle de la prostate dans la genèse des uréthrites spontanées.

Simonin (L.). Essais de stéthographie bilatérale (ampliation respiratoire et aptitude physique après les pleurésies).

Talpain (J.). Contribution à l'étude des palpitations de cœur d'origine gastrique chez les jeunes sujets et, en particulier, chez le soldat.

Théoktistoff (M[lle] O.). De l'épilepsie dans ses rapports avec les lésions rachidiennes et médullaires.

Thiers (E.-C.). Etude comparative de la ténotomie à ciel ouvert et de l'extirpation partielle du sterno-cléido-mastoïdien dans le traitement du torticolis congénital.

Thivol (M.). Criminalité juvénile.

Tomasi (J.-Th.). Essai sur un procédé de circoncision.

Trèves (R.). Contribution à l'étude du hoquet chez les nourrissons.

Trillat (P.). Du mécanisme des rotations intrapelviennes de la tête; théorie du plan lombo-iliaque.

Troché (M.). Des hématocèles thyroïdiennes.

Turcan (H.). Contribution à l'étude des gommes syphilitiques de l'iris.

Vieille (F.). Etat mental de Beethoven.

Villard (P.). Du myome malin de l'utérus.

Vuillemot (R.). De l'utilité de la résection de l'appendice.

Warot (M.). Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la rate.

Yvert (A.). L'identification par les empreintes digitales palmaires (la dactyloscopie).

Zemb (L.). Morbus coxæ senilis d'origine tuberculeuse; tuberculose inflammatoire, rhumatisme tuberculeux.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Fichera (G.). Sulla ipertrofia della ghiandola pituitaria consecutiva alla castrazione. (*Policlinico*, partie chir., XII, 6 et 7.)

Fickler (A.). Experimentelle Untersuchungen zur Anatomie der traumatischen Degeneration und der Regeneration des Rückenmarks. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIX, 1-2.) — Recherches expérimentales sur l'anatomie de la dégénérescence et de la régénération de la moelle épinière.

Friedmann (F. F.). Experimentelle Beiträge zur Frage kongenitaler Tuberkelbazillenübertragung und kongenitaler Tuberkulose. (*Virchows Arch.*, CLXXXI, 1.) — Sur la transmission congénitale de bacilles de Koch et sur la tuberculose congénitale.

Hartl (R.) et **Herrmann** (E.). Zur Inhalation zerstäubter bakterienhaltiger Flüssigkeit. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 juillet.) — Sur l'inhalation de liquides pulvérisés chargés de microbes.

Henke (F.) et **Miodowski** (F.). Ueber die fragliche Fähigkeit gewisser Hefestämme, Neubildungen im Tierkörper hervorzurufen. (*Virchows Arch.*, CLXXXI, 1.) — Sur la propriété de certaines levures de donner naissance à des tumeurs dans l'organisme animal.

Riva (E.). Sulla presenza di corpuscoli all'interno delle cellule nervose spinali nell'inanizione sperimentale. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXXI, 2.)

Rosenau (M. J.), **Parker** (H. B.), **Francis** (E.) et **Beyer** (G. E.). Experimental studies in yellow fever and malaria at Vera Cruz, Mexico. In-8°, 101 p. avec fig. Washington. — Fièvre jaune et paludisme à la Vera-Cruz.

Schifone (O.). Contributo allo studio del processo di guarigione delle ferite trasversali complete del dotto deferente senza sutura del canale. (*Policlinico*, partie chir., XII, 7.)

Sherrington (C. S.) et **Sowton** (S. C. M.). On the relative effects of chloroform upon the heart and upon other muscular organs. (*Brit. Med. Journ.*, 22 juillet.) — Action du chloroforme sur le cœur et sur d'autres organes musculaires.

Siegel (J.). Neue Untersuchungen über die Aetiologie der Syphilis: Impfungen auf Affen, Kaninchen und Meerschweinchen. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 juillet.)

MÉDECINE

Arullani (P. F.). Anemia perniciosa progressiva da micrococco tetragono. (*Gazz. degli Osped.*, 16 juillet.)

Bäumler. Ueber ein eigentümliches Auftreten tympanitischer Schallbezirke im Gebiet der Flüssigkeitsansammlung bei Sero- und Pyopneumothorax. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.) — Sur l'apparition de zones de tympanisme au niveau de l'épanchement liquide au cours du séro-pneumothorax et du pyopneumothorax.

Beyer. Der Einfluss des Radfahrens auf das Herz. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 juillet et 1er août.) — Cyclisme et cœur.

Brooks. 3 additional cases of primary sarcoma of the stomach. (*Med. News*, 15 juillet.)

Carletti (M.) et **Peserico** (L.). Intorno ai rapporti tra flora e acido urico nell'intestino dell'uomo. (*Gazz. degli Osped.*, 23 juillet.)

Cassaët (E.). Un troisième exemple d'encoche de Sibson sans péricardite, avec autopsie. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 23 juillet.)

Fürth (K.) et **Weber** (F. Parkes). A case of malignant pulmonary endarteritis after gonorrhœa, simulating disease of the pulmonary valve; with a note on the cardiac complications of gonorrhœa. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.)

Futcher (T. B.). On the relations of some of the metabolic diseases to intestinal disorders. (*Med. News*, 22 juillet.) —Maladies de la nutrition et troubles intestinaux.

Gibson (G. A.). Bradycardia. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.)

Greiwe (J. E.). The ætiology of bradycardia. (*New York Med. Journ.*, 1er juillet.)

Holland (J. W.). A textbook of medical chemistry and toxicology. In-8º, 592 p. avec fig. Londres.

Kemp (R. C.). Some observations on the relations of the gastro-intestinal tract to nervous and mental diseases. (*Med. News*, 8 juillet.)

Kionka (H.). Entstehung und Wesen der Gicht. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 juillet.) — Pathogénie et nature de la goutte.

Kröger (S.). Ueber einen geheilten Fall von schwerer Anämie. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 29 juillet.) — Guérison d'un cas d'anémie grave.

Levi (V.). Significato e importanza delle temperature ascellari fra 37º e 37º5 C. In-8º, 6 p. Modène.

Manges (M.). Primary sarcoma of the stomach. (*Med. News*, 29 juillet.)

Marcus. Ein Beitrag zur Lehre von der Muskelabmagerung. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, juillet.) — Sur l'atrophie musculaire.

Nammack (C. E.). Diagnosis and treatment of gastric ulcer. (*New York Med. Journ.*, 15 juillet.)

MALADIES INFECTIEUSES

Anders (J. M.) et **Morgan** (A. C.). Tetanus; a preliminary report of a statistical study. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 juillet.)

Arnaud. L'isolement des tuberculeux hospitalisés à Marseille. (*Marseille méd.*, 15 juillet.)

Audeoud (H.). L'épidémie de rubéole à Genève (janvier-avril 1905). (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet.)

Beitzke (H.). Ueber den Weg der Tuberkelbacillen von der Mund- und Rachenhöhle zu den Lungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 31 juillet.) — Quelle est la voie que suivent les bacilles de Koch pour arriver de la cavité buccale et du pharynx au poumon?

Blin. Variole et vaccination à Mayotte. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Bouet. La doctrine anophélienne et le paludisme en Emyrne (Madagascar). (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Campani (A.) et **Formaggini** (G.). Sul catarro vescicale nella tubercolosi del polmone. (*Gazz. degli Osped.*, 9 juillet.)

Cnopf. Ein Beitrag zur Lehre der Therapie der durch Diphtherie bedingten, strikturierenden Trachealnarben. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.) — Sur le traitement des cicatrices sténosantes post-diphtériques de la trachée.

Collet et **Troullieur.** Coexistence de plusieurs manifestations tuberculeuses atténuées chez un même sujet. (*Lyon méd.*, 30 juillet.)

Dupree (W. H.). The mosquitoes of Louisiana and their pathogenic possibilities, with remarks upon their extermination. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, juillet.)

Eichmeyer (W.). Ueber Angina ulcero-membranosa Plauti und Stomatitis ulcerosa. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 1.)

Flick (L. F.) et **Walsh** (J.). Vicarious action of the bowels for the kidneys in tuberculosis. (*Amer. Medicine*, 22 juillet.) — Suppléance des reins par l'intestin dans la tuberculose.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bradshaw (T. R.). On a case of syringomyelia. (*Brit. Med. Journ.*, 8 juillet.)

Brayton (N. D.). Ainhum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 juillet.)

Ferrarini (C.). Demenza precoce paranoide (diagnosi differenziale dalla paranoia). (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXX, 4 et XXXI, 2.)

Finkelnburg (R.). Zur Differentialdiagnose zwischen Kleinhirntumoren und chronischem Hydrocephalus; zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Angiome des Zentralnervensystems. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIX, 1-2.) — Diagnostic différentiel des tumeurs du cervelet et de l'hydrocéphalie chronique.

Friedländer (R.). Ueber Störungen der Gelenksensibilität bei Tabes dorsalis. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juillet.) — Sur les troubles de la sensibilité articulaire au cours du tabes.

Goodall (E.). Five fatal cases of acute mental disorder, probably acute delirium. (*Lancet*, 15 juillet.)

Gowers (Sir William R.). On the nature of tabes. (*Brit. Med. Journ.*, 8 juillet.)

Grinker. A case of peripheral nerve syphilis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 juillet.)

Hall (D. G.). Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.)

Hunt (E. L.). The mental symptoms of neurasthenia. (*Med. Record*, 22 juillet.)

Ibrahim (J.) et **Hermann** (O.). Ueber Bauchmuskellähmung bei Poliomyelitis anterior acuta im Kindesalter. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIX, 1-2.) — Sur la paralysie des muscles abdominaux dans la poliomyélite antérieure aiguë des enfants.

Koch (H.). Ein Fall von diffuser symmetrischer Fettgewebswucherung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.) — Adipose diffuse symétrique.

Krogh (E.). Quinquaud's symptom. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août.)

Lichtheim. Ueber Kleinhirncysten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 juillet.) — Sur les kystes du cervelet.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Adler (L. H.). A further contribution to the study of pruritus ani, with special reference to its local treatment. (*New York Med. Journ.*, 29 juillet.)

Babes (V.) et **Panea** (J.). Ueber pathologische Veränderungen und Spirochæte pallida bei congenitaler Syphilis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 juillet.)

Bureau (G.). Lupus ulcéreux serpigineux du membre supérieur gauche, ayant déterminé une déformation considérable de la main avec fusion des quatre derniers doigts. (*Gaz. méd. de Nantes*, 29 juillet.)

Cheatle (G. L.). The incidence of the hair's greyness. (*Brit. Med. Journ.*, 22 juillet.) — De la canitie.

Csillag (J.). Zur Identität der Parakeratosis variegata mit einigen anders benannten Krankheitsformen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXVI, 1.)

Dubreuilh (W.). Erythrodermies exfoliantes secondaires : psoriasis exfoliant et pemphigus foliacé. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 16 juillet.)

Duque (M.). Traitement de la lèpre par le palétuvier ou manglier rouge. In-8º, 146 p.

Dyer (I.). The cure of leprosy. (*Med. News*, 29 juillet.)

Fischkin (E. A.). The elements of diagnosis of cutaneous syphilis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 juillet.)

Glimm (P.). Ungewöhnliche Form der Verhornung bei einem Hautcarcinom. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 1.) — Kératinisation d'un épithéliome cutané.

Hall (A. J.). An inquiry into the etiology of infantile eczema. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, mai, juin, juillet et août.)

Hodara (M.). Histologische Untersuchung eines Falles von Nævus linearis verrucosus unilateralis (Nævus nervosus sine Nævus systematisatus). (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 juillet.)

PARASITOLOGIE

Bandi (I.) et **Simonelli** (F.). Sulla presenza dello spirochæte pallido nel sangue e nelle manifestazioni secondarie dei sifilitici. (*Gazz. degli Osped.*, 16 juillet.)

Bollinger (O. von). Ueber Tænia cucumerina beim Menschen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.)

Brönnum (A.). Et tilfælde af kongenit syfilis med paavisning af spirochæte pallida i lever og milt. (*Hospitalstidende*, 19 juillet.) — Hérédo-syphilis avec présence de spirochètes pâles dans le foie et dans la rate.

De Pascalis (G.). Spirochete pallida e diagnosi dell'infezione sifilitica. (*Policlinico*, 9 juillet.)

Fasoli (G.). Alterazioni anatomiche nella infezione da tripanosoma. (*Gazz. degli Osped.*, 30 juillet.)

Galli-Valerio et **Lassueur** (A.). Sur la présence de spirochètes dans les lésions syphilitiques. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet.)

CHIRURGIE

Bäärnhielm (G.). Bidrag till den operativa behandlingen af den Dupuytren'ska fingerkontrakturen. (*Hygiea*, juillet.)

Ballance (C. A.). On the prospects and vicissitudes of appendicitis. (*Brit. Med. Journ.*, 15 juillet.)

Derlin. Beitrag zur Behandlung akuter Eiterungen mit Bier'scher Stauungshyperämie. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 juillet.) — Traitement des suppurations aiguës par la stase artificielle.

Duchamp (V.). De la désinfection des mains. (*Loire méd.*, juillet.)

Fehre. Zwei Fälle von Volvulus des Meckelschen Divertikels. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 1-3.)

Fessler (J.). Die Lagerung des Nervus radialis bei Oberarmbrüchen der Diaphyse. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 1-3.) — Les rapports du nerf radial dans les fractures de l'humérus au tiers moyen.

Försterling (K.). Die Halbseitenlage bei Operation der Perityphlitis. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 29 juillet.) — La position semi-latérale dans l'opération de l'appendicite.

Fränkel (F.). Beitrag zur Behandlung der nicht carcinomatösen Pylorusstenose durch Gastro-Enterostomie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.)

Garrè (C.). Ueber die Naht von Lungenwunden. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 1.) — Sur la suture des plaies du poumon.

Gaugele. Ueber entzündliche Fettgeschwülste am Knie- und Fussgelenke. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 juillet.) — Sur les tumeurs graisseuses inflammatoires du genou et du cou-de-pied.

Goldschmidt (F.). Zur Kasuistik des Sanduhrmagens. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.) — Estomac en sablier.

Gömöry (K.). Ueber einen durch Operation geheilten Fall von Echinokokkus der Leber. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 juillet.) — Kyste hydatique du foie; opération; guérison.

Göschel. Die Laparotomie bei Peritonealtuberkulose; Bericht über die Erfahrungen im Nürnberger Krankenhaus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.)

Goullioud (P.) et **Faysse** (G.). De l'amputation abdomino-périnéale du rectum cancéreux. (*Rev. de chir.*, juin et juillet.)

Harcourt (A. Vernon). Report on examination of chloroform in inspired and expired air. (*Brit. Med. Journ.*, 22 juillet.)

Harrington (F. B.). Angio-neurotic edema : report of a case operated upon during an abdominal crisis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 30 mars.)

Hartley (F.). Thyroidectomy for exophthalmic goitre. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Hildebrandt. Die volare Luxation des Os lunatum carpi und ihre Behandlung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 juillet.)

Hinder (H. C.). Lectures on clinical surgery. In-8°, 286 p. avec fig. Londres.

Hoffa (A.). Die orthopädische Behandlung der Lähmungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 juillet.) — Le traitement orthopédique des paralysies.

Hopkins (S. D.). Surgical aids in the treatment of paralyzed muscles and their deformities. (*Amer. Medicine*, 1er juillet.)

Huntington (T. W.). The early operative treatment of hip-joint disease. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.) — Traitement opératoire précoce de la coxalgie.

Ingals (E. F.). Bronchoscopy for removal of foreign bodies from the lungs. (*New York Med. Journ.*, 8 et 15 juillet.) — Extraction de corps étrangers du poumon par la bronchoscopie.

Ito (H.) et **Asahara** (S.). Beitrag zur Frage der operativen Behandlung der intra-kapsulären Schenkelhalsfrakturen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 1-3.) — Sur le traitement chirurgical des fractures intracapsulaires du col du fémur.

Joüon (E.). Du mal de Pott et, en particulier, du traitement des abcès par congestion du mal de Pott dorso-lombaire. (*Gaz. méd. de Nantes*, 8 juillet.)

Kaufmann (J.). Case of peptic ulcers after gastro-enterostomy causing gastro-colic and jejuno-colic fistulæ, and of spontaneous closure of gastro-entero-anastomosis. (*Med. News*, 8 juillet.)

Keetley (C. B.). Temporary fixation of testis to thigh; a series of 25 cases operated on for undescended testis. (*Lancet*, 29 juillet.) — 25 cas d'orchidopexie fémorale temporaire pour cryptorchidie.

Kelling (G.). Ueber Pneumonien nach Laparotomien. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 2.)

Kirchner (A.). Die Aetiologie der indirecten Metatarsalfracturen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 1.)

Knott (Van B.). Drainage in diffuse septic peritonitis. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Kraske (P.). Die Erhaltung des Schliessmuskels bei der Exstirpation des Mastdarmkrebses und seine spätere Funktion. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 juillet.) — La conservation du sphincter dans l'extirpation du rectum pour cancer et son fonctionnement ultérieur.

Krogius (A.). Ueber die Frühoperation bei akuter Appendicitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 4-6.)

Küster. Zur Operation der komplizierten Hasenscharte. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 8 juillet.) — Sur l'opération du bec-de-lièvre compliqué.

Landau (H.). Der Tod in der Morphium-Skopolamin-Narkose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 juillet.) — La mort dans l'anesthésie à la scopolamine-morphine.

Lanz (O.). Ligatuur der arteria lienalis bij gefixeerde zwerfmilt. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 juillet.) — Ligature de l'artère splénique d'une rate fixée en ectopie.

Lauper. Zur Pseudarthrosenbehandlung nach Bier. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juillet.)

Le Fort (R.). Cancer ectopique du sein. (*Echo méd. du Nord*, 30 juillet.)

Lerda (G.). Sopra un caso di torsione totale del tenue sul suo mesentere. (*Progresso med.*, 10 juin.)

Lindström (E.). 150 fall af appendicit. (*Hygiea*, juillet.)

Lothrop (H. A.). Stricture of the rectum; a plastic operation for the relief of certain varieties. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 27 avril.)

Lucien (M.) et **Parisot** (J.). De la cholécystite suppurée chez le vieillard; fistule abdominale et abcès du foie. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er et 15 juin et 15 juillet.)

UROLOGIE

Aaron (C. D.). How to palpate a movable kidney. (*New York Med. Journ.*, 29 juillet.) — La palpation du rein mobile.

Biondi (D.). Conseguenze e cura del rene mobile. (*Clinica moderna*, 12 juillet.)

Boucher (J. B.). Report of a case of papilloma of the kidney, with nephrectomy. (*New York Med. Journ.*, 15 juillet.) — Papillome du rein; néphrectomie.

Cabot (H.). Results of cases operated upon for stone in the kidney, Massachusetts General Hospital from 1897 to 1904, inclusive. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 8 juin.) — Opérations pour calculs du rein.

Campanella (G.). L'indice colorimetrico di eliminazione del iodio, nei diversi impieghi curativi dei ioduri. (*Gazz. degli Osped.*, 16 juillet.)

Casper (L.). Rückblick auf die Nierenchirurgie seit Einführung des Ureteren-Katheterismus. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 1.) — Coup d'œil rétrospectif sur la chirurgie rénale depuis l'introduction du cathétérisme de l'uretère.

Churchman (J. W.). A case of congenital urethral stricture associated with hematuria and symptoms suggesting renal disease. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, juillet.)

Chvorostansky (M.). Neubildungen der Harnblase. (*Monatsberichte für Urologie*, X, 7.) — Tumeurs de la vessie.

Cohn (P.). Eine primäre, nicht gonorrhoische Urethritis mit auffallend reichlichen Influenzabacillen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 juillet.)

Cunningham (J. H.). The cases of renal and ureteral calculi at the Boston City Hospital. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 8 juin.)

Czerny. Ueber Prostatectomie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 1.)

Gierke (E.). Ueber Malakoplakie der Harnblase. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 juillet.) — Du ramollissement de la vessie.

Grillo La Rocca (V.). Pseudo-balanite transitoria da coito. (*Gazz. degli Osped.*, 23 juillet.)

Haslund (P.). Undersögelser over cystitis ved gonorré. In-8°, 148 p. Copenhague.

Hewes (H. F.). The aids to diagnosis of renal calculi obtained through the examination of the urine. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 8 juin.)

Israel (J.). Welchen Einfluss haben die functionell-diagnostischen Methoden auf die Sterblichkeit der Nephrectomien wegen Nierentuberculose gehabt? (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 1.) — Quelle est l'influence des procédés de diagnostic fonctionnel sur la mortalité de la néphrectomie pour tuberculose rénale?

Jenckel (A.). Zur Kasuistik der tödlichen reflektorischen Anurie beim Menschen nach Nephrektomie wegen einseitiger Nierentuberkulose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 4-6.) — Mort par anurie réflexe après néphrectomie pour tuberculose rénale unilatérale.

Rochet. De la réparation de l'urèthre après la prostatectomie périnéale. (*Arch. provinc. de chir.*, mai.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Baer (B. F.). Fibromyoma of the corpus uteri coexisting with squamous epithelioma of the cervix; a rare combination. (*Amer. Medicine*, 8 juillet.)

Bardeleben (H. von). Ueber die sogenannte Conglutinatio orificii uteri externi. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXVI, 1.) — De la prétendue agglutination de l'orifice externe du col utérin.

Beau (P.). Un cas de présentation du front avec mécanisme rare et attitude anormale. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet.)

Bensinger (M.). Neues Verfahren zur Entwicklung des abgerissenen, in utero zurückgehaltenen Kopfes. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 29 juillet.) — Nouveau procédé de l'extraction de la tête dernière, arrachée et retenue dans l'utérus.

Bland-Sutton (J.). Acute salpingitis, caused by an inflamed appendix bursting into the mouth of the Fallopian tube. (*Brit. Med. Journ.*, 15 juillet.)

Brassart (H.). Opération césarienne dans un cas de cyphose dorso-lombaire. (*Echo méd. du Nord*, 23 juillet.)

Bumm (E.). Zur Technik der abdominalen Exstirpation des karzinomatösen Uterus. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.)

Bürger (O.). Zur Pubiotomie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 juillet.)

Craig (D. H.). The early detection of uterine carcinoma. (*New York Med. Journ.*, 8 juillet.)

Croom (Sir Halliday). Curiosities of curetting, specially with regard to cancer. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.)

Curti (E.). Parto forzato in una donna moribonda per edema polmonare acutissimo. (*Gazz. degli Osped.*, 16 juillet.) — Accouchement forcé chez une moribonde atteinte d'œdème pulmonaire suraigu.

Engelmann. Beobachtungen und Erfahrungen über Myome der Gebärmutter. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXVI, 1.) — Sur les fibromes de l'utérus.

Findley (P.). Arteriosclerosis of the uterus as a causal factor in uterine hemorrhage. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Friedjung (J. K.). Zur Leistungsfähigkeit der Brustdrüse der Frau. (*Wien. med. Presse*, 6 août.) — Sur la capacité fonctionnelle de la glande mammaire chez la femme.

Fritsch (H.). Die Resultate meiner Ovariotomien in 22 Jahren. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.)

Gauss (C. J.). Zange am Steiss. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.) — Application du forceps sur le siège.

Gellhorn (G.). Paravaginal or abdominal operation in carcinoma of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Guilbaud. Quelques observations d'hématocèle pelvienne. (*Gaz. méd. de Nantes*, 15 juillet.)

Gutbrod (O.). Abdominelle Totalexstirpation des kreissenden Uterus. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.) — Hystérectomie abdominale totale pendant le travail.

Hofmeier (M.). Zur Pathologie der Extrauterinschwangerschaft : wiederholte Schwangerschaft in derselben Tube. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 juillet.) — Grossesse itérative dans la même trompe.

West (J. N.). A new operation for laceration or overstretching of the levator ani muscle. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Augiéras. Résultats éloignés du traitement de l'ostéite condensante à forme névralgique de l'apophyse mastoïde par l'évidement mastoïdien. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Brindel. Des complications auriculaires consécutives aux occlusions du conduit auditif externe. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 8 juillet.)

Cartaz (A.). Paralysie bilatérale par compression cicatricielle du récurrent à la suite de thyroïdectomie. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 10 juin.)

Chauveau (C.). Pharyngite sèche et chloruration. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Claoué (R.). Contribution au traitement des déviations de la cloison par la résection sous-muqueuse. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Perkins (T. T.). A case of foreign body in the larynx; removal; recovery. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 25 mai.) — Corps étranger du larynx; extraction; guérison.

Schmiegelow (E.). Beiträge zur Pathologie der otogenen Gehirnabszesse. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 4.) — Abcès du cerveau d'origine otique.

Sota y Lastra (R. de la). Corps étrangers du gosier. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 6 mai.)

Voïatchek (V.). La salpingoscopie (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juin.)

Wretowski (T.). Przyczynek do kazuistyki kataru siennego. (*Gaz. lekarska*, 17 et 24 juin et 1er juillet.) — Contribution à l'étude de la fièvre des foins.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Bleivergiftungen in hüttenmännischen und gewerblichen Betrieben; Ursachen und Bekämpfung. 1. Teil : Bericht über die Erhebungen in Blei- und Zinkhütten. In-8°, 51 p. avec planches. Vienne. — Le saturnisme dans les exploitations minières et autres.

Brouardel (P.). Intoxication aiguë par l'opium et ses alcaloïdes. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin et juillet.)

Cevidalli (A.). Studi critici e sperimentali sulla intossicazione da fosforo. (*Nuovo raccoglitore med.*, sept. et oct.-nov.-déc. 1904; janv.-fév., mars, avril et mai.)

Crothers (T. D.). Inebriate manias; a medicolegal study. (*Med. Record*, 1er juillet.) — Manies d'origine alcoolique.

Draper (F. W.). A textbook of legal medicine. In-8°, 573 p. avec fig. Philadelphie.

Koller (C.). Poisoning by wood alcohol; a case of complete blindness (transitory), with recovery of vision. (*Med. Record*, 1er juillet.) — Intoxication méthylique avec amaurose transitoire.

Küstner (O.). Schwierigkeiten bei der forensischen Begutachtung von zurückgebliebenen Nachgeburtsteilen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 juillet.) — Difficultés de l'expertise médico-légale dans le cas de rétention placentaire.

Magnan (V.) et **Dubuisson** (P.). Rapport médico-légal concernant son Altesse Royale Mme la princesse Louise de Saxe-Cobourg et Gotha, née princesse royale de Belgique. (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Barr (J.). On alcohol as a therapeutic agent. (*Brit. Med. Journ.*, 1er juillet.)

Brackett (E. G.). Serum treatment in multiple infectious arthritis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 20 avril.)

Bronstein (O.). Mode de préparation d'un sérum antirhumatismal (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 11.)

Cecchini (A.). L'uso delle iniezioni endovenose di sublimato alla Baccelli nelle malattie d'infezione. (*Policlinico*, 25 juin et 2 juillet.)

De Lange (Cornelia). Recidiveerend polymorph serumexanthem. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 18 mars.)

De Renzi. Sulla sieroterapia della pneumonite. (*Riforma med.*, 13 mai.)

Fedele (N.). Su di un caso di tetano dei neonati curato colle iniezioni sottocutanee di acido fenico (metodo del Baccelli). (*Pediatria*, juin.)

Ferrannini (L.). La via endovenosa per i farmaci ad azione bulbare (caffeina, stricnina). (*Riforma med.*, 10 juin.)

Jackson (H.). Diet in nephritis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 6 avril.)

Kanel (V.). La sérothérapie du rhumatisme articulaire (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 11.)

Koritzky (A.). De l'action anesthésique locale des substances du groupe de la digitaline (en russe). (*Roussk. Vratch*, 11 juin.)

Magnus (V.). Serumbehandling af morbus Basedowi. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet.)

McCollom (J. H.). The experience of 9 years in the treatment of diphtheria with antitoxin. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1er juin.)

Menchikov (V.). Du traitement de la scarlatine par le sérum spécifique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 25 juin.)

Merkel (F.). Ueber die Anwendung von Olivenöl bei Erkrankungen des Magens und des Duodenums. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.) — L'huile d'olive contre les affections de l'estomac et du duodénum.

Rabek (L.). Dwa przypadki tezca przyrannego leczone surowica. (*Gaz. lekarska*, 25 mars.) — 2 cas de tétanos traumatique, traités par le sérum spécifique.

Reichmann (N.). Gefährliche Komplikationen bei Hungerkur des peptischen Magengeschwürs. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, XI, 2.) — Complications dangereuses survenant au cours du traitement de l'ulcère peptique de l'estomac par le jeûne prolongé.

Rogers (J.). The treatment of tetanus by intraneural and intraspinal injections of antitoxin. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er juillet.)

Savtchenko (I.). Sur la préparation du sérum antiscarlatineux (en russe). (*Roussk. Vratch*, 25 juin.)

Sears (G.). The results of medical treatment of peptic ulcer at the Boston City Hospital. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 30 mars.)

Thrap-Meyer (J.). Et tilfælde af morbus Basedowi behandlet med blod og melk af thyroidektomeret gjed. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet.) — Traitement de la maladie de Basedow par le sang et le lait de chèvres thyroïdectomisées.

Willson (R. N.). The relief of uremic hemiplegia and other uremic states by lowering intracranial pressure. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er juillet.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Beaujard. Deux cas de leucémie, l'un de leucémie myéloïde et l'autre de leucémie lymphatique, traités avec succès par la radiothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 juillet.)

Béclère (A.). La radiothérapie, médication spécifique des lymphadénies et des leucémies. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 juillet.)

Castex (E.). Technique du traitement radiothérapique des teignes à l'Hôtel-Dieu de Rennes. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 juillet.)

Codman (E. A.). The use of the X-ray in the post-operative treatment of cancer in the mouth. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 13 avril.)

Cybulski (N.). Materya promienista jako srodek leczniczy. (*Gaz. lekarska*, 18 mars.) — La matière radio-active en tant que moyen thérapeutique.

Einhorn (M.). Radium treatment of cancer of the esophagus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1er juillet.)

Gagnière (J.) et **Marquès** (H.). Deux cas d'épithélioma cutané traités par la radiothérapie. (*Montpellier méd.*, 4 juin.)

Gauthier (Ch.) et **Duroux** (E.). La radiothérapie et le cancer. (*Arch. provinc. de chir.*, juin.)

MacLeod (T. M. H.). The treatment of ringworm of the scalp by the X rays. (*Brit. Med. Journ.*, 1er juillet.) — La radiothérapie de la teigne du cuir chevelu.

Manby (Sir Alan R.). Radium bromide in the treatment of rodent ulcer. (*Brit. Med. Journ.*, 1er juillet.)

Melland (C. H.). Leucocythæmia treated by the X rays. (*Brit. Med. Journ.*, 1er juillet.)

Momburg. Ein scheinbarer Bruch des Os naviculare tarsi. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 1.) — Pseudo-fracture du scaphoïde tarsien.

Severino (G.). Intorno ad un caso di piede tabico studiato specialmente con l'aiuto dei raggi Röntgen; storia, varietà cliniche e patogenesi delle osteo-artropatie tabetiche del piede. (*Clinica moderna*, 7 juin.)

Thies (A.). Wirkung der Radiumstrahlen auf verschiedene Gewebe und Organe. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XIV, 5.) — Action des radiations du radium sur différents tissus et organes.

BACTÉRIOLOGIE

Berestnev (N.). Papier réactif agglutinant et son emploi en vue du diagnostic du vibrion cholérique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 4 juin.)

Borini (A.). Ricerche batteriologiche sul morbillo. (*Riforma med.*, 24 juin.)

Brunner (J.). Przyczynek do hodowli beztlenowców. (*Gaz. lekarska*, 6 mai.) — De la culture des anaérobies.

Ciaramelli (E.). Sull'infezione sperimentale del micrococco tetragono settico. (*Riforma med.*, 20 mai.)

Fédoulov (I.). L'influence des levures sur les streptocoques *in vitro* et dans l'organisme humain (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 30 juin.)

Karwacki (L.). Przyczynek do badan nad flora nowotworów zlosliwych. (*Gaz. lekarska*, 13, 20 et 27 mai.) — Sur la flore des néoplasmes malins.

Marie (R.). L'agglutination du microbe de Doyen. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, avril.)

VARIA

L'influence de la menstruation sur l'organisme général de la femme.

La menstruation a déjà été l'objet d'études nombreuses, mais on se borne d'ordinaire à des affirmations assez générales, quand il s'agit de préciser l'ensemble des effets de ce phénomène sur l'organisme féminin. C'est cette insuffisance de nos connaissances en la matière qui a déterminé Mlle Maria Tobler, docteur en médecine à Francfort-sur-le-Mein, à étudier la menstruation chez 1,020 femmes, malades ou bien portantes, appartenant à toutes les classes de la société.

De ces recherches — dont les résultats se trouvent consignés dans un des derniers fascicules du *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie* —, il ressort tout d'abord que les règles sont absolument indolentes dans un certain nombre de cas (15.8 %). Cependant, elles s'accompagnent le plus souvent de troubles divers, soit du côté de la sphère psychique, soit dans l'état physique, général ou local, et ce sont les femmes qui sont atteintes à ce triple point de vue qui forment le groupe le plus important (26.5 %). Par contre, cette enquête a permis à Mlle Tobler d'enregistrer un fait jusqu'ici ignoré, à savoir que, chez une proportion non négligeable de femmes (3.3 %), les règles s'accompagnent, pendant toute leur durée, d'une augmentation du bien-être et de la capacité de travail; chez d'autres (3.6 %), cette sensation n'existe que pendant une partie seulement de l'époque menstruelle. Il convient aussi de remarquer que les malaises menstruels ne sont nullement en rapport avec l'état d'intégrité des organes génitaux, et la meilleure preuve, c'est que, parmi les femmes qui ne ressentaient aucun malaise pendant leurs règles, 58 % seulement avaient des organes génitaux normaux : 29 % étaient atteintes d'affections utérines ou annexielles diverses, et le reste de prolapsus ou de déviations.

Pour ce qui est de la condition sociale, elle ne semble pas jouer un grand rôle à cet égard. Parmi les femmes dont les menstrues s'accompagnaient uniquement de troubles psychiques, et qui formaient les 7.8 % de la présente statistique (1), Mlle Tobler constate que la proportion des ouvrières est de 75 %; et cette proportion est presque exactement la même que celle de la statistique d'ensemble, où les ouvrières constituent 74.3 % du total. La seule différence est dans le mode de réaction : parmi les femmes du peuple, les troubles psychiques se traduisent d'ordinaire par des manifestations — ou, en tout cas, par un besoin — de violence, alors que, parmi les « intellectuelles » ou les femmes du monde, prédominent la maussaderie, l'angoisse, et, d'une manière générale, les phénomènes dépressifs.

Ce qui semble assez commun, c'est de voir les menstruations, après avoir été à peu près indolentes dans les premières années, avec le temps cesser de l'être. Les conditions sociales ou pathologiques de l'existence en sont peut-être cause.

Quant à la théorie de la « vague menstruelle », d'après laquelle les règles seraient en quelque sorte la crise marquant l'évolution, dans le courant d'un mois, de certaines fonctions physiologiques de la femme, Mlle Tobler ne la croit guère fondée, vu les nombreuses variations individuelles qu'il est possible d'observer à ce point de vue, et l'absence fréquente de toute coïncidence entre la perte menstruelle et les différents troubles psychiques ou fonctionnels qui l'accompagnent.

Pour ce qui est enfin de l'excitabilité sexuelle, d'après les données recueillies chez 44 femmes, il semblerait qu'elle augmentât durant la période cataméniale chez la majorité des femmes, plus exactement dans la proportion de 77 % des cas.

(1) Le reste des patientes de Mlle Tobler se répartissait ainsi au point de vue des phénomènes menstruels : femmes offrant seulement des douleurs locales, 4.4 %; des troubles de l'état général sans douleurs locales, 6.9 %; des troubles de l'état général et local, 14 %; des troubles psychiques avec douleurs locales, 5.6 %; des troubles de l'état général et de l'état psychique sans douleurs locales, 11.5 %.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu (de Lyon). — M. J. Garel.

Œsophagoscopie et trachéobronchoscopie.

Une question des plus importantes, qui a fait l'objet de nombreuses publications dans ces deux dernières années, est, sans contredit, celle de l'*œsophagoscopie* et de la *trachéo-bronchoscopie*. Ces méthodes spéciales d'examen sont riches d'applications et ouvrent une ère nouvelle dans la science laryngologique. Elles nous permettent de pousser plus avant nos investigations dans les parties profondes du corps humain, elles rendent accessibles aux procédés chirurgicaux des régions sur lesquelles la médecine ne permettait que des incursions impuissantes et obscures.

Si vous ajoutez à cela le contrôle de la radioscopie, cette grande découverte née d'hier, vous verrez bien vite quel parti considérable l'on pourra tirer de la combinaison de ces nouvelles méthodes. Aussi m'a-t-il paru nécessaire de vous exposer en quoi elles consistent, de quelle manière il convient de les employer, quels sont enfin les résultats qu'on est en droit d'en attendre.

Jusqu'à ces dernières années, pour l'œsophage, on en était réduit à la simple exploration à la sonde, le miroir ne permettant pas de voir au delà de la partie supérieure du conduit. Actuellement, avec les tubes œsophagoscopiques, on est en état de pénétrer jusque dans l'intérieur de la poche stomacale.

Pour la trachée, depuis que M. Killian avait modifié l'examen au miroir laryngé en faisant tenir le malade debout, le menton replié sur la poitrine, on parvenait à voir couramment jusqu'à la bifurcation des bronches et même jusqu'aux premiers anneaux bronchiques. Mais on ne pouvait faire pénétrer les instruments dans la trachée. M. Kirstein, toutefois, grâce à sa spatule abaisse-langue de forme spéciale, était arrivé à pratiquer ce qu'il appelait l'*autolaryngoscopie directe* qui lui permettait, à la rigueur, d'aborder directement la trachée et d'opérer ainsi sans le secours du miroir. Toutefois, cette méthode, pénible dans son application, ne pouvait se généraliser. Aujourd'hui la trachéobronchoscopie se joue de toutes les difficultés. Grâce à elle, on introduit par la voie buccale de longs tubes et on les pousse jusque dans les bronches de deuxième ordre. On peut, de la sorte, compléter un diagnostic douteux et extraire des corps étrangers enclavés plus ou moins loin, même dans des bronches de troisième ordre.

Combien précieuse est cette méthode et combien préférable à ces dangereuses explorations à la pince après trachéotomie ou à ces interventions chirurgicales redoutables par voie thoracique!

Je vais vous faire connaître successivement ces deux grandes nouvelles méthodes, l'*œsophagoscopie* et la *bronchoscopie*, afin d'en bien établir le mode opératoire et de fixer les indications précieuses que l'on peut en tirer tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue des interventions.

Je dois tout d'abord vous indiquer, en quelques mots, l'origine de ces recherches et vous rappeler les noms de ceux qui ont contribué à cette découverte intéressante. Il y a lieu de décrire les deux méthodes séparément et de donner à propos de chacune d'elles quelques renseignements historiques Je commence par la première en date, l'œsophagoscopie.

L'*œsophagoscopie* fut érigée en méthode bien avant la bronchoscopie. Si Kussmaul, vers 1868, en fit les premières tentatives en s'inspirant de l'uréthroscope de Désormeaux, il n'en reste pas moins acquis que c'est von Mikulicz qui, en 1880, fit construire par Leiter le premier tube droit pour pénétrer dans l'œsophage. Le procédé fut peu employé tout d'abord. Mais en 1887, M. von Hacker donna un plus grand essor à la question et publia sur elle une série intéressante de travaux. En 1894, M. Rosenheim fit construire une instrumentation complète composée de tubes de diverses longueurs, d'appareils d'éclairage et d'instruments d'extraction.

La lecture des différents mémoires publiés sur ce sujet m'avait enthousiasmé et, vers 1896, je possédais déjà l'instrumentation de M. Rosenheim. Malheureusement mes premières tentatives ne furent pas couronnées de succès; je craignais de provoquer des lésions graves de l'œsophage, si bien que j'abandonnai provisoirement la méthode.

En France, personne ne s'occupait de la question, et ce n'est qu'à partir de 1902, dit M. Brindel, que M. Moure, à la suite d'un voyage en Allemagne, en compagnie de M. Texier (de Nantes) et de M. Jacques (de Nancy), inaugura chez nous l'œsophagoscopie directe. Ses recherches sont mentionnées dans la thèse de M. Duperron (1).

Posséder un outillage parfait est la première condition pour mener à bien un examen de l'œsophage. Qu'il s'agisse d'œsophagoscopie ou de bronchoscopie, l'instrumentation ne comporte que quelques changements légers résultant de la différence des deux organes auxquels elle est destinée.

Je vais m'occuper en premier lieu des appareils d'éclairage. On en a construit de divers genres. Un des plus anciens est le *panélectroscope* de Leiter, instrument compliqué s'adaptant indifféremment à tous les tubes destinés à explorer les diverses cavités du corps humain. Vient ensuite la lampe électrique de Kasper qui s'adapte au tube œsophagoscopique : c'est un manche muni d'une ampoule électrique dont les rayons se réfléchissent dans le tube au moyen d'un prisme; mais ce prisme empiète sur la moitié environ du tube et empêche l'introduction des instruments. Cette lampe a été utilisée par M. Kirstein pour l'auto-laryngoscopie et par M. Killian pour la bronchoscopie. C'est un excellent appareil de démonstration pour le professeur qui veut montrer une lésion à ses élèves; il est toutefois sans valeur pour les manœuvres opératoires.

D'autres appareils d'éclairage ont été construits par M. Einhorn, puis par M. Glücksmann. Mais la lampe la meilleure est sans conteste celle de M. Kirstein. Elle est montée à genouillère et se fixe sur un bandeau frontal (*fig. 1*).

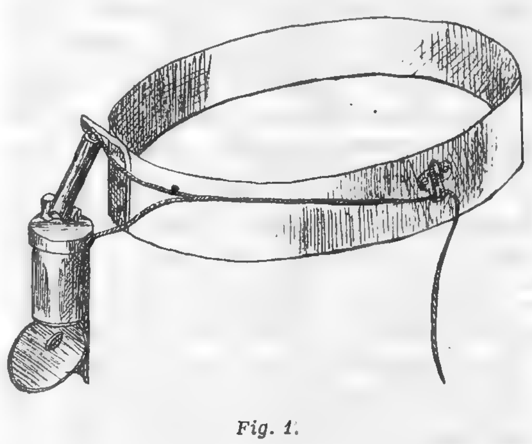


Fig. 1.

Elle se compose d'une ampoule électrique enfermée dans un tube métallique. Une lentille plan-convexe sert à concentrer les faisceaux lumineux. La projection de la lumière est réglée suivant le diamètre du tube en faisant varier la distance entre l'ampoule et la lentille de concentration. Un petit miroir plan est fixé à 45° sous la lampe, il est perforé au centre d'un petit trou par lequel l'œil droit de l'observateur plonge dans l'intérieur du tube d'examen, suivant le même axe que les rayons lumineux. Il faut renoncer ici à la vision binoculaire, et le mieux est de fermer l'œil gauche pendant l'examen.

M. Guisez, trouvant que cette lampe s'échauffe trop rapidement pendant l'examen, a fait construire une nouvelle lampe composée de trois petites ampoules électriques disposées sur un disque dont le centre est percé d'un orifice de 4 millimètres de diamètre. Ces trois lampes sont à feu convergent, elles s'échauffent peu, grâce à leur faible voltage. M. Brindel, dans un récent article (1), critique l'appareil de M. Guisez; il déclare même que le miroir de Clar, bien connu de tous, est largement suffisant et qu'il peut remplacer parfaitement la lampe de Kirstein. Pour ma part, j'estime que le modèle de Kirstein est bien supérieur à celui de Clar pour l'œsophagoscopie.

Outre la lampe, il faut avoir un jeu de tubes métalliques droits dont la longueur, suivant le point à explorer, varie de 19 à 45 centimètres. Leur diamètre ne dépassera guère 11 à 13 millimètres, bien que l'œsophage soit dilatable jusqu'à 20 millimètres environ. La distance entre l'arcade dentaire et l'entrée de l'œsophage, au niveau du bord inférieur de l'anneau cricoïdien, est de 15 centimètres, mais il faut compter environ 17 centimètres à partir des incisives supérieures quand la tête est en hyperextension, position nécessaire pour permettre l'introduction des tubes. Comme l'œsophage mesure une longueur totale de 22 à 23 centimètres, vous voyez que le tube doit avoir 40 centimètres de longueur pour atteindre le cardia, et 45 centimètres pour le dépasser. Les tubes les plus courts, pour l'adulte, ne pourront avoir moins de 19 centimètres.

Les corps étrangers s'arrêtent ordinairement à l'entrée de l'œsophage, au-dessous du chaton cricoïdien; ils peuvent néanmoins se fixer plus bas, car l'œsophage présente d'autres points rétrécis au niveau de l'aorte et de la bifurcation bronchique, puis à son passage à travers le diaphragme.

Les tubes de Killian, de Rosenheim, sont à section droite à leur extrémité inférieure, tandis que ceux de von Mikulicz, de von Hacker, sont taillés en biseau. Pour l'introduction, ils sont munis d'un mandrin mousse en caoutchouc, qui dépasse un peu l'extrémité inférieure et dont la pointe est droite ou oblique, suivant la forme du tube employé. Les uns recommandent des tubes noircis intérieurement, les autres des tubes brillants et polis; ceux-ci me semblent préférables. L'extrémité supérieure du tube s'adapte perpendiculairement à un manche introducteur.

Pour l'exploration, la position assise est la plus employée. Le malade est placé sur un siège relativement bas, le dos bien appuyé, la tête fortement relevée en arrière et soutenue par un aide. Si l'examen doit durer un certain temps, il est mieux de faire mettre le patient dans le décubitus dorsal, la tête pendante en dehors du lit, en position de Rose. L'opérateur, dans ce cas, doit se placer à genoux, à la tête du lit, pour avoir l'œil droit dans l'axe même du tube. Le décubitus latéral, recommandé par von Mikulicz, est rarement employé.

Avant de commencer, il est bon de faire une anesthésie locale profonde de toute l'arrière-cavité buccale et du pourtour du larynx. La meilleure préparation pour cette anesthésie locale est un mélange de trois quarts d'une solution de cocaïne à 10 % et de un quart d'une solution d'adrénaline à 1 ‰; elle a l'avantage de supprimer en grande partie les sécrétions muqueuses abondantes, si gênantes dans le cours de l'intervention. L'injection de morphine, une demi-heure avant l'opération, n'est

(1) Duperron. L'œsophagoscopie. (*Thèse de Bordeaux*, 1902.)

(1) Brindel. Broncho-œsophagoscopie en France. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 4 juin 1905.)

pas nécessaire si l'on fait une anesthésie locale sérieuse. Quant à l'anesthésie générale, elle est le plus souvent indispensable chez les enfants; chez les adultes trop nerveux, elle supprime la raideur du cou, obstacle considérable à l'introduction des tubes œsophagoscopiques. Il ne faut pas oublier que le malade doit être à jeun, si l'on ne veut pas être arrêté immédiatement par le rejet du contenu stomacal. Il en est de même, *à fortiori*, si l'on veut faire l'anesthésie générale.

Une fois le patient en bonne position, la muqueuse bien anesthésiée, on procède à l'introduction du tube. On prend un tube de longueur convenable pour la région à explorer. Ce tube est stérilisé avec soin et chauffé légèrement à l'extérieur sur une lampe à alcool; on enduit son extrémité inférieure avec de la vaseline. Suivant le conseil de M. von Hacker, il est bon de prévenir le malade qu'il n'a rien à craindre et qu'il doit respirer normalement pendant l'inspection. S'il éprouve une gêne trop marquée, il ne doit pas faire de mouvements de tête violents, mais simplement avertir l'opérateur en faisant un signe avec la main.

La tête du sujet est fortement renversée en arrière. De la main gauche, le chirurgien attire la langue en avant, ou bien la déprime avec la spatule pour l'amener en avant et en bas. Le tube muni de son mandrin est alors introduit dans la cavité buccale, et, s'il est taillé obliquement, on dirige la partie oblique en arrière. Le bout de caoutchouc du mandrin doit être court pour ne pas se recourber en arrivant au voisinage du cricoïde. A ce niveau, on éprouve une certaine résistance, on marque un temps d'arrêt; on introduit au besoin l'index gauche pour diriger le tube en arrière des aryténoïdes, tandis que de la main droite on redresse fortement le tube pour l'amener dans la position verticale si le malade est assis, horizontale s'il est couché.

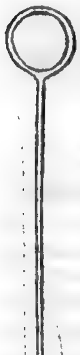


Fig. 2.

Parfois, la résistance trop grande vers le cricoïde provient d'une mauvaise position de la tête, le tube est arrêté par les incisives supérieures. On doit alors renverser davantage la tête, ou la tourner par côté, de telle sorte que le tube se trouve dans la commissure labiale.

Bientôt la résistance à l'entrée de l'œsophage est vaincue et l'on sent que le tube s'engage plus bas. On a soin alors de retirer le mandrin, devenu inutile. A partir de ce moment, au moyen d'une tige porte-coton, on anesthésie à la cocaïne la paroi du conduit œsophagien. L'introduction du tube doit être faite avec lenteur, il faut descendre peu à peu en tenant compte de la direction non linéaire de l'œsophage. Il est inutile que je vous rappelle ici les détails de cette direction, ils sont décrits dans tous les traités d'anatomie. Je vous dirai simplement que l'œsophage décrit pour ainsi dire une spirale allongée autour de l'aorte. Pendant toute la durée de l'introduction, l'opérateur, armé de la lampe de Kirstein, suit le déplissement de l'œsophage dont les parois s'écartent devant l'extrémité du tube. Lorsqu'on approche du cardia, il est parfois utile de tourner légèrement la tête du malade à droite, pour franchir l'orifice inférieur du conduit.

Au fur et à mesure de la descente du tube, on inspecte les parois de l'œsophage, mais on est souvent gêné par la production de mucosités plus ou moins abondantes. On doit alors enlever ces mucosités à l'aide d'un tampon de coton stérilisé monté sur une longue tige de métal (*fig. 2*). Si le tampon ne suffit pas, on a recours à la pompe aspirante de Killian (*fig. 3*): un tube de métal, aplati, est introduit jusqu'au niveau des mucosités, il est relié à la pompe qui aspire celles-ci.

Si l'on est en présence d'un corps étranger de l'œsophage, on le retire alors, sous le contrôle



Fig. 3.

de la vue, au moyen d'une longue pince ou bien avec une tige munie d'un crochet fixe ou mobile. Pour les corps étrangers arrêtés à l'entrée de l'œsophage, il suffira de se servir, comme M. Killian et M. von Eicken, du tube-spatule sur lequel je reviendrai plus loin à propos de la bronchoscopie. Quand les corps étrangers sont trop volumineux, M. Killian se sert d'un tube fendu latéralement dans toute sa longueur.

Vous concevez aisément la supériorité de ce mode d'extraction, comparé avec les méthodes anciennes : crochets, paniers, attrape-monnaie, pinces, etc., méthodes de hasard dépourvues de caractère scientifique. Je sais bien que, dans la partie supérieure de l'œsophage, on pourra saisir *parfois* et *sans danger* des corps étrangers mousses, tels que pièces de monnaie, médailles, etc. Mais, pour les parties profondes, l'œsophagoscopie est actuellement la méthode qui s'impose. Elle ne pourra pourtant pas parer à tous les cas. Il est évident que pour des corps anguleux et volumineux, comme certains dentiers, des débris osseux, l'extraction par les voies naturelles est contre-indiquée, l'exploration même devient dangereuse. On doit recourir alors à l'œsophagotomie externe sur laquelle MM. Bérard et Leriche ont plus spécialement appelé l'attention dans ces derniers temps (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 73-77).

Toutefois, vous auriez tort de considérer l'œsophagoscopie comme un procédé destiné exclusivement au diagnostic et au traitement des corps étrangers. Elle vous servira encore souvent pour fixer le diagnostic incertain d'une affection de l'œsophage : rétrécissement cicatriciel suite de brûlure, sténose résultant de lésions organiques qui compriment extérieurement le conduit, ganglions, cancer du médiastin, anévrysme de l'aorte, etc. Elle vous permettra de reconnaître les diverticules de l'œsophage, cette lésion intéressante que mon élève M. Vial a récemment étudiée dans sa thèse inaugurale (1); mais vous n'oublierez pas que, dans la recherche de cette lésion, il convient de procéder avec prudence, de peur de faire une fausse route en engageant le tube trop fortement dans un cul-de-sac diverticulaire.

L'œsophagoscopie vous servira également à trancher le diagnostic souvent si difficile entre le cancer œsophagien et le spasme. Elle vous fera parfois reconnaître des lésions organiques dans l'intérieur de l'estomac.

J'en ai fini avec l'exposé de cette méthode qui, ainsi que le dit M. Guisez, peut être considérée comme la plus facile de toutes les méthodes endoscopiques. Il n'en est pas de même de la bronchoscopie que je vais décrire maintenant.

La *trachéo-bronchoscopie* devait naturellement suivre de près l'œsophagoscopie. Il y eut, toutefois, une période intermédiaire marquée par la méthode de Kirstein ou *auto-laryngoscopie directe*. Cet auteur fit construire une spatule abaisse-langue spéciale montée à angle droit sur un manche (*fig. 4*). A l'aide de cette

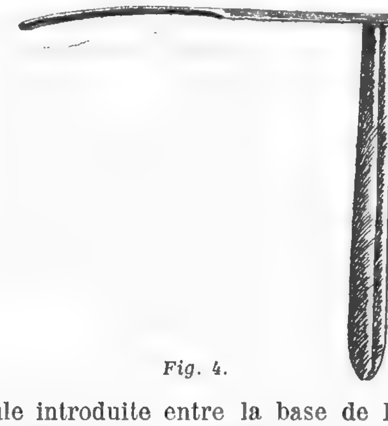


Fig. 4.

spatule introduite entre la base de la langue et l'épiglotte, il relevait fortement cette dernière et parvenait à voir l'intérieur du larynx. Il fit même adapter à la spatule, près du manche, dans la région répondant aux arcades dentaires, une sorte de pont métallique qui lui permettait d'extraire directement, et sans miroir, des polypes ou des corps étrangers du larynx. Mais il ne pouvait, par ce procédé, descendre dans l'intérieur de la trachée.

Cette méthode laryngoscopique fut peu goûtée des laryngologistes — qui tous étaient entraînés à l'examen indirect, ainsi qu'aux opérations au moyen du miroir —, et encore moins des malades, qui la supportaient péniblement. D'ailleurs, de l'avis même de son auteur, elle n'était pas applicable à tous les cas, vu qu'elle réclamait de la part des patients une endurance et une docilité exceptionnelles. Pour ma part, après quelques tentatives peu encourageantes, je mis de côté toute l'instrumentation spéciale de Kirstein et je ne conservai que sa spatule pour des cas absolument particuliers.

M. Killian était bien préparé pour transformer et perfectionner cette méthode. En effet, depuis longtemps déjà, il avait indiqué le moyen de pousser aussi bas que possible l'exploration par le miroir. En faisant tenir le malade debout, le corps droit, la tête seule inclinée en avant, le menton reposant sur le haut du sternum, il arrivait, à l'aide du miroir, à explorer la face postérieure de la trachée, depuis l'espace interaryténoïdien jusqu'à la bifurcation des bronches. Il pouvait même inspecter les deux grosses bronches sur une certaine étendue, en tournant la tête du côté opposé à la bronche qu'il voulait voir.

C'est grâce à cette méthode que je pus, en 1896, diagnostiquer une fistule œsophago-trachéale siégeant à la bifurcation de la trachée, au-dessus de la naissance de la bronche gauche. Comme vous avez pu le constater, le procédé est d'ailleurs d'un usage courant dans le service; il permet de reconnaître toutes les lésions de la trachée, les déviations, les compressions par goitre ou anévrysme, etc.

Dans son désir d'aller plus loin encore, M. Killian eut l'idée de remplacer la spatule de Kirstein par un tube-spatule qu'il pouvait introduire entre les cordes vocales et pousser dans l'intérieur de la trachée (*fig. 5*). Ce tube-spatule

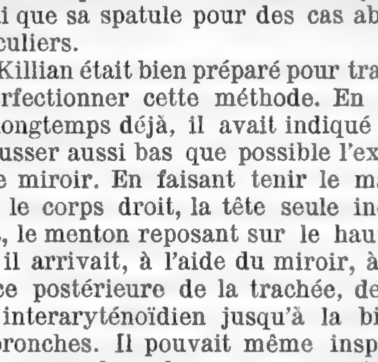


Fig. 5.

(1) VIAL. Les diverticules de l'œsophage. (*Thèse de Lyon*, 1904.)

devait ensuite servir de conducteur pour des tubes plus longs, qu'il eut l'audace de faire pénétrer jusque dans les ramifications bronchiques.

Si le tube-spatule de Killian a supplanté la spatule plate de Kirstein, il n'en faut point conclure que la laryngoscopie va se tranformer en abandonnant le miroir. Sans doute, on peut de la sorte examiner directement le larynx et la trachée, mais cet examen direct n'a, pour le larynx, que des indications fort restreintes. Il est pénible, pour ne pas dire douloureux, et doit être réservé aux cas impossibles à traiter par les méthodes courantes.

Vous avez pourtant eu l'occasion de me voir l'employer récemment chez un enfant de trois ans, qui entra dans le service pour une aphonie ancienne avec tirage intense et défoncement très accusé de la cage thoracique. Un examen fait au vol, pour ainsi dire, me permit de constater que l'infundibulum laryngé était rempli de masses papillomateuses, tumeur spéciale à l'enfance. Le petit malade fut anesthésié, placé en position de Rose et, en plusieurs séances, l'œil guidé par la lampe de Kirstein, grâce au tube-spatule de Killian, il m'a été possible de faire l'ablation complète des nombreux bourgeons papillomateux. Jusqu'à ce jour, toutes les fois que j'avais affaire à une affection de ce genre, chez un enfant en bas âge, je conseillais l'ablation par laryngofissure après trachéotomie. Il est de toute évidence que la laryngofissure ne supporte pas un instant la comparaison avec ce procédé si simple d'extraction par laryngoscopie directe. La gravité de la première suffit pour la faire rejeter dans la majorité des cas : elle doit être réservée pour les circonstances où il serait impossible de mener à bien une ablation par les voies naturelles.

Mais, je vous l'ai dit, l'ambition de M. Killian ne pouvait s'arrêter au larynx ou à la trachée, il voulait pénétrer plus bas encore. Ayant constaté, par des recherches anatomiques, que les bronches étaient mobiles et extensibles tout à la fois, ayant aussi pris confiance dans la résistance et la solidité de ces conduits formés d'anneaux cartilagineux, il n'hésita pas à faire pénétrer des tubes métalliques droits, non seulement dans la trachée, mais encore dans des ramifications bronchiques de deuxième ordre. En 1897, ses efforts furent couronnés de succès par l'extraction d'un fragment d'os enclavé dans une bronche. Il institua, du même coup, sa méthode dite de *bronchoscopie supérieure*. Peu après, M. Schrötter et M. Piniazech eurent l'idée d'introduire des tubes bronchoscopiques, par la voie cervicale, chez des sujets trachéotomisés. Ainsi fut constitué le procédé dénommé *bronchoscopie inférieure*.

En 1902, M. Killian publie un travail exposant en détail la technique bronchoscopique, travail qui est le point de départ de nombreuses applications à l'étranger. Deux années plus tard, son assistant M. von Eicken écrit, à son tour, un mémoire des plus importants sur les méthodes d'examen de l'œsophage et des bronches (1).

En France, ce sont MM. Lermoyez et Guisez qui font, en décembre 1903, la première application de la bronchoscopie inférieure et retirent, d'une bronche de troisième ordre, un clou de tapissier au moyen d'un électro-aimant. Au commencement de l'année dernière, je publie, à mon tour, en collaboration avec mon collègue M. Durand, un cas d'extraction à la pince, par la bronchoscopie inférieure, d'une épingle située également dans une bronche de troisième ordre. Un peu plus tard, M. Molinié fait une nouvelle application de la bronchoscopie inférieure; le corps étranger fut rejeté spontanément après un examen bronchoscopique.

Ceci dit, je vais maintenant décrire la technique de la bronchoscopie soit supérieure, soit inférieure. Mais auparavant il est indispensable que vous soyez familiarisés avec les instruments nécessaires pour pratiquer cet examen.

Je me hâte de dire que l'appareil d'éclairage est le même que celui qui est employé pour l'œsophagoscopie. Je donne encore ici la préférence à la lampe de Kirstein. Quant aux tubes, sauf l'absence de mandrins, ils ressemblent beaucoup à ceux de l'œsophagoscopie. On doit, toutefois, en posséder une série, de diamètre et longueur variables, suivant la région que l'on veut explorer ou atteindre. Je vous rappelle, en passant, que la trachée est éloignée de l'arcade dentaire de 15 centimètres environ, et que sa longueur varie de 9 à 12 centimètres suivant le sexe du sujet.

Le diamètre des tubes sera de 9 millimètres pour les adultes et de 7 seulement pour les enfants. Pour les premiers, la longueur variera entre 18 et 41 centimètres, tandis que pour les seconds, elle sera de 13 à 35. Bien entendu, selon les cas, on se servira de tubes d'une longueur intermédiaire, appropriée à la région, car, dans les tubes trop longs, l'éclairage est moins intense et moins facile. Chaque tube sera gradué en centimètres, de telle manière que l'on puisse, à tout instant, contrôler la distance à laquelle on se trouve (*fig. 6*). L'examen radioscopique, quand il est efficace, permettra de connaître d'avance la longueur du tube à employer.

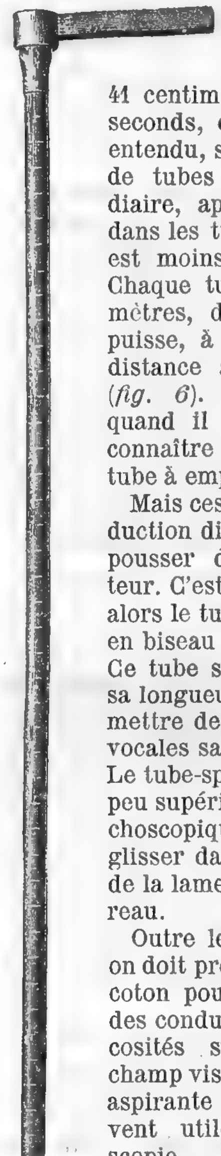


Fig. 6.

Mais ces tubes seraient d'une introduction difficile, si l'on voulait les pousser directement, sans conducteur. C'est le cas de faire intervenir alors le tube-spatule de Killian, taillé en biseau à son extrémité inférieure. Ce tube sert à redresser l'épiglotte; sa longueur est calculée pour lui permettre de s'insinuer entre les cordes vocales sans les dépasser beaucoup. Le tube-spatule est d'un diamètre un peu supérieur à celui des tubes bronchoscopiques, ceux-ci devant pouvoir glisser dans l'intérieur à la manière de la lame d'un sabre dans son fourreau.

Outre les tubes bronchoscopiques, on doit préparer quelques tiges porte-coton pour faire l'anesthésie locale des conduits et pour enlever les mucosités susceptibles d'obstruer le champ visuel et opératoire. La pompe aspirante à mucus est ici moins souvent utile que dans l'œsophagoscopie.

Pour la bronchoscopie directe par voie buccale, ou *bronchoscopie supérieure*, l'anesthésie générale n'est d'ordinaire pas nécessaire; on la réservera pour les enfants ou pour les adultes nerveux ou pusillanimes. Elle sera toujours faite dans la position couchée.

Chez les adultes, l'anesthésie locale à la cocaïne-adrénaline suffit le plus souvent. On badigeonne d'abord énergiquement tout le pharynx, le voile du palais et l'entrée du larynx. Le malade est assis sur une chaise basse, la tête soutenue par un aide et fortement renversée en arrière (*fig. 7*). On place la spatule plate de Kirstein dans la fossette glosso-épiglottique de manière à redresser l'épiglotte, puis on introduit le tube-spatule de telle sorte que son bec accroche l'épiglotte par sa face interne. Cela fait, la spatule de Kirstein devient inutile. On redresse fortement l'épiglotte et l'on voit apparaître les éminences aryténoïdes, qui servent de point de repère et permettent de calculer l'effort de redressement nécessaire pour amener les cordes vocales dans l'axe même du tube-spatule. A ce moment, grâce à une forte inspiration, on glisse peu à peu le tube entre les bords de l'orifice glottique. Le tube se maintient alors en place de lui-même. On saisit un tube bronchoscopique que l'on introduit dans le tube-spatule, toujours sous le contrôle de la vue. Il ne faut point oublier qu'à mesure que le tube s'avance plus bas, on doit compléter l'anesthésie locale au moyen de la tige porte-coton ou bien d'un pulvérisateur. Cette anesthésie supprime les réflexes et diminue les sécrétions muqueuses.



Fig. 7.

Quand le tube a atteint la bifurcation des bronches, il doit être dirigé soit à droite, soit à gauche, suivant les cas. Rien de plus facile pour la bronche droite, qui est pour ainsi dire le prolongement de la trachée. Pour la bronche gauche, il est indispensable de tourner la face du malade à gauche. On peut d'ailleurs établir comme règle qu'il convient toujours de tourner la face du patient du côté de la bronche à explorer.

A partir de la grosse bronche, on glisse le tube toujours avec précaution; on voit bientôt apparaître une nouvelle bifurcation que l'on franchit à nouveau, en examinant bien si le corps étranger que l'on cherche se présente à tel ou tel orifice. Au fond de ces rameaux de deuxième ordre, on aperçoit encore des orifices multiples de nouvelles ramifications. C'est dans un de ces orifices qu'il m'a été donné de voir et de saisir à la pince une épingle dans le cas dont j'ai publié l'histoire l'année dernière; je ne pus réussir toutefois que par la bronchoscopie inférieure.

Une séance de bronchoscopie ne doit pas être poussée au delà de quelques minutes. Il n'est pas rare qu'on soit obligé de soumettre le malade à plusieurs séances espacées de deux ou trois jours. Bientôt le sujet s'habitue à ce genre d'exploration et l'on arrive alors, soit à compléter un diagnostic incertain, soit à mener à bien une extraction de corps étranger.

On a recommandé de faire au patient une injection de morphine et d'atropine une demi-heure avant l'intervention; je considère cette précaution comme le plus souvent inutile; j'ai même remarqué que le malade en état de somnolence se prêtait moins bien aux exigences de l'opérateur. Il arrive quelquefois que le sujet se cyanose pendant l'introduction du tube, quand celui-ci remplit trop étroitement la lumière des conduits. M. Killian se sert alors de tubes percés, dans leur partie moyenne, d'une fenêtre d'un centimètre de diamètre pour assurer l'hématose du côté du poumon sain.

Il est cependant des cas où l'on ne peut réussir, où la bronchoscopie supérieure est pour

(1) C. von Eicken. Klinische Verwertung der direkten Untersuchungsmethoden der Luftwege und der oberen Speisewege. (*Arch. f. Laryngol.*, 1904, XV, 3.)

ainsi dire impossible. Quelques malades, en effet, se prêtent mal à l'extension forcée de la tête en arrière; certains autres sont conformés de telle manière que leur bouche ne peut s'ouvrir suffisamment; l'arcade dentaire supérieure rend impossible le redressement du tube dans l'axe de la trachée. On tourne alors la difficulté en pratiquant une trachéotomie temporaire afin d'introduire le tube par la plaie trachéale: on fait la *bronchoscopie inférieure*. Cependant, la trachéotomie et la bronchoscopie ne doivent pas être faites dans la même séance; il est prudent de laisser s'écouler quelques jours entre les deux interventions.

Pour la bronchoscopie inférieure, on fera une anesthésie locale profonde de la plaie trachéale, on badigeonnera également à la cocaïne-adrénaline l'intérieur de la trachée le plus bas possible. L'anesthésie générale est inutile, même chez les enfants. Le malade est assis sur une chaise basse, la tête fortement renversée en arrière et maintenue par un aide. On peut également opérer dans le décubitus dorsal en position de Rose (*fig. 8*). La canule ayant été enlevée, le tube est chauffé légèrement sur une lampe à alcool et vaseliné extérieurement, puis on l'introduit dans l'ouverture de la trachée où on le redresse aussitôt verticalement; on le fait ensuite glisser peu à peu dans le conduit en prenant les mêmes précautions que pour la bronchoscopie supérieure. Il est de toute évidence que ce procédé est d'une application plus facile que la bronchoscopie supérieure. Il est souvent le seul pratique pour des corps étrangers situés trop profondément.



Fig. 8.

Dans la bronchoscopie inférieure, il arrive qu'on soit arrêté dès le début par une abondante accumulation de mucosités dans l'intérieur du tube. Si l'on ne peut les extraire au moyen d'une tige porte-coton, il est plus simple de retirer le tube, de le nettoyer et de l'introduire à nouveau. Mais il est important de remettre chaque fois la canule en place, car la plaie a une tendance à se rétracter très rapidement; le tube ne pourrait plus être introduit qu'avec force, il ferait saigner la plaie et le sang pénétrant dans la trachée rendrait l'examen impossible.

Que l'on pratique la bronchoscopie par voie supérieure ou inférieure, les instruments d'extraction sont les mêmes que ceux dont j'ai parlé à propos de l'œsophagoscopie. Leur longueur seule diffère suivant le cas. Ce sont des pinces montées sur tige mince, dont on règle les mouvements au moyen d'un manche à trois anneaux. On peut aussi se servir de crochets mousses ou dentelés. D'après la nature du corps étranger, on sera parfois obligé d'inventer un instrument spécial, comme cela est arrivé récemment à M. Killian pour l'extraction d'un petit sifflet en étain.

Je dois ici une mention spéciale à l'extraction des corps magnétiques par l'électro-aimant, d'autant plus que j'ai publié, en 1901, le premier cas d'extraction par cette méthode. Le procédé n'est pourtant pas applicable à tous les faits, et, si M. Piéchaud et d'autres ont obtenu des succès, il est malheureusement des cas, comme ceux de M. Massei, où l'extraction fut impossible. Quand le corps étranger est engagé très bas dans les bronches, on ne peut compter sur une extraction à distance. Il est indispensable alors que la tige aimantée soit recouverte de spires de fil jusqu'à son extrémité inférieure pour donner le maximum de force d'attraction magnétique. C'est avec une tige ainsi préparée que MM. Lermoyez et Guisez ont réussi dans le cas qu'ils ont publié en 1903.

J'ai terminé l'exposé de la bronchoscopie inférieure. J'ajouterai néanmoins que, l'extraction d'un corps étranger accomplie, il est bon d'attendre quelques jours avant d'enlever la canule. Les corps étrangers, s'ils sont anciens, peuvent provoquer des foyers inflammatoires, voire même des abcès, dont le contenu trouvera un écoulement plus facile et plus rapide par la voie canulaire que par la voie buccale. On se guidera sur le tracé thermique du malade pour déterminer le moment favorable à la suppression de la canule.

Vous concevez combien la méthode bronchoscopique de Killian est appelée à rendre d'importants services. En effet, les corps étrangers en bénéficient largement. S'il en est qui s'éliminent d'eux-mêmes au bout de quelque temps, combien en est-il qui ont causé la mort du malade? Avant la bronchoscopie, on était pour ainsi dire complètement désarmé. On faisait bien quelques tentatives aveugles au moyen de pinces après trachéotomie: souvent on échouait et non sans provoquer dans l'appareil respiratoire des lésions irrémédiables. J'ose à peine citer pour mémoire les interventions toujours néfastes par bronchotomie transmédiastinale.

Mais, en dehors des corps étrangers, il y a de nombreux cas dans lesquels, soit au point de vue du diagnostic, soit au point de vue thérapeutique, la bronchoscopie est d'une utilité incontestable. Grâce à elle, vous pourrez reconnaître les ulcérations syphilitiques ou tuberculeuses de la trachée, les sténoses spécifiques, le sclérome, le cancer, la compression de la trachée ou des bronches par des tumeurs du médiastin : goitre plongeant, cancer, anévrysme, etc. Et dans ces cas où la suffocation persiste après trachéotomie, scènes terribles et émouvantes auxquelles vous avez tous assisté, que ne pouvons-nous attendre de la bronchoscopie inférieure, qui nous permettra de voir directement l'obstacle et peut-être de le supprimer?

Certainement, on objectera que cette méthode est d'une application difficile et peu courante, mais ce n'est point là un motif sérieux, et il est nécessaire que toute la jeune école des laryngologistes s'entraîne dans cette voie nouvelle. La méthode est déjà appliquée, en France, dans plusieurs cliniques spéciales. Puis M. Killian a construit, pour les débutants, un fantôme spécial bronchoscopique et œsophagoscopique qui reproduit, en grandeur naturelle, la bouche, le pharynx, l'œsophage et les voies trachéobronchiques. Cet appareil se place horizontalement ou verticalement, suivant les circonstances; chacun peut, de la sorte, s'exercer à toutes les interventions ou manipulations sur l'œsophage et sur les bronches.

A l'heure actuelle, dit M. Killian (1), tout laryngologiste qui veut être à la hauteur de son temps, doit connaître et employer ces nouvelles méthodes. Et il ajoute que, sous peu, *les patients eux-mêmes* l'exigeront.

Je ne puis que souscrire à cette formule. L'instrumentation est assez perfectionnée, les procédés assez clairs et assez précis pour que chacun essaie et voie ses efforts couronnés de succès.

(1) Killian. Corps étrangers traités par l'œsophagoscopie et la trachéo-bronchoscopie directe. (*Rev. hebdom. de laryngol.*, 22 juillet 1905.)

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Etude sur la néphrite chronique au point de vue de l'élimination de l'azote, par M. H. Ernberg.

Certains régimes, et en particulier le régime lacté, qui amènent une amélioration notable chez les albuminuriques, contiennent pourtant une proportion encore considérable d'albuminoïdes qui, en s'accumulant dans le sang ou les tissus, peuvent, du fait de leur élimination ultérieure, aggraver la fatigue du rein. Aussi M. Ernberg s'est-il proposé d'étudier les effets d'une alimentation à peu près complètement dépourvue de substances albuminoïdes.

Le repas destiné à ces expériences se composait de 100 à 200 grammes de pain, de 150 à 250 grammes de brioches, de 100 à 200 grammes de purée de pommes de terre, de beurre et de sucre suivant les besoins; comme boisson, il comportait de 200 à 400 grammes de thé, 100 grammes de café et de l'eau à volonté. Les farines ou ingrédients formant le pain ou les brioches (froment, maïs, beurre, levure, etc.) étaient choisis de façon que la proportion d'albuminoïdes fût réduite au minimum.

Sous l'influence de ce régime, l'auteur a pu constater, sur 3 sujets sains et demeurant au repos, qu'au bout de trois ou quatre jours — comme l'avaient déjà vu d'autres observateurs — il s'établit une sorte d'équilibre dans l'excrétion urinaire de l'azote total et que ce dernier s'élève alors, en moyenne, à 3 grammes. Ce chiffre peut être considéré comme représentant l'usure azotée *minima* d'un homme.

En appliquant, durant cinq jours, le même régime à 8 malades atteints de néphrite, M. Ernberg remarqua tout d'abord une notable diminution de la soif ainsi que de la diurèse; cependant, il ne se manifesta pas d'œdème chez ceux qui en étaient exempts, et chez ceux qui en étaient déjà atteints l'infiltration n'augmenta pas. Dans 4 cas, la quantité d'azote éliminée fut à peu près la même que chez les personnes bien portantes. Pour les 4 autres, il se produisit une élimination d'azote assez considérable, qui, dans un cas, atteignit même le double de ce qu'elle était précédemment. Chez ces 4 derniers malades il devait donc exister, avant l'institution du régime, une véritable rétention azotée qui se traduisit par une sorte de débâcle. Or, il est à noter que ces 4 patients étaient précisément les plus gravement atteints (urémie, œdèmes) : il y eut donc un certain parallélisme entre la gravité du mal et la quantité d'azote éliminée. Quant à l'albuminurie, elle diminua dans tous les cas, sauf un, qui d'ailleurs se termina ultérieurement par la mort.

Si donc les néphrites graves s'accompagnent d'accumulation de produits azotés, on peut espérer alléger l'organisme de cette surcharge par le régime précédent. Son emploi serait particulièrement indiqué dans les urémies menaçantes. Un des malades de M. Ernberg en retira une amélioration persistante. Toute la question serait donc de rendre ce régime agréable aux brightiques, soit par des condiments, soit par l'addition de quelques aliments nouveaux, pauvres en substances albuminoïdes. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVIII, 1 et 2.) — R. de B.

La vessie de la femme et les affections gynécologiques, par M. W. Zangemeister.

Dans le présent travail, M. Zangemeister insiste sur l'importance des services que la cystoscopie peut rendre dans les différentes affections gynécologiques.

En ce qui concerne tout d'abord les fistules vésico-vaginales, la cystoscopie permet d'en localiser exactement le siège, ce qui n'est pas indifférent au point de vue du traitement. Ces fistules, dues le plus souvent à l'accouchement, se trouvent bien d'ordinaire sur le bas-fond de la vessie, mais la position qu'elles y occupent est très variable, car, pendant l'accouchement, la

vessie est refoulée vers le grand bassin et, comme l'auteur a pu s'en assurer en mesurant l'urèthre, ce dernier s'allonge alors quelquefois du double de sa longueur. Il s'ensuit que le point qui subit la compression, et par suite l'escharification, est loin d'être constant : dans un cas, par exemple, il se trouvait juste entre les deux uretères, presque de niveau avec le trigone de Lieutaud, si bien qu'un avivement un peu trop large, ou le placement des fils un peu trop loin des bords de la fistule, aurait peut-être intéressé les uretères, si la cystoscopie n'avait prévenu de la possibilité de ce danger.

Dans le prolapsus vaginal avec cystocèle, l'éclairage de la vessie montre que la partie du réservoir qui cède la première à la traction est la région du bas-fond, située en arrière du trigone. Mais ce que l'on voit très souvent aussi, c'est une dépression du fond de la vessie immédiatement en arrière du col : le ligament interurétéral apparaît alors comme une sorte de travée placée entre deux fossettes, celle que nous venons de signaler et celle du bas-fond situé en arrière de lui; cette image cystoscopique est absolument caractéristique du prolapsus. Par suite de la traction exercée sur le bas-fond vésical, l'urèthre est également dilaté, ainsi que l'orifice du col. Enfin, la vessie à colonne est un symptôme qui accompagne fréquemment la cystocèle.

Dans le cancer du col utérin, comme l'auteur l'a déjà signalé, l'examen cystoscopique permet de prévoir les conditions opératoires dans lesquelles on va se trouver par rapport à la vessie : si la muqueuse présente de la tuméfaction ou des plis marqués, on peut s'attendre à rencontrer des adhérences entre l'utérus et la vessie; si elle offre un œdème bulleux, formant des tuméfactions multiples, allongées en forme de quille, on peut être sûr que la musculeuse vésicale est déjà cancérisée.

Parmi les femmes atteintes de myomes, près des deux tiers se plaignent de troubles urinaires; il n'en est cependant qu'un quart qui présentent une véritable cystite, mais, chez la plupart, la muqueuse, quand on l'examine un peu obliquement et en quelque sorte de profil, apparaît recouverte d'un nuage muqueux.

Un phénomène plus important est celui des modifications de la capacité vésicale dans le cas de fibromyome utérin; les parois postérieure et latérales du réservoir urinaire sont, en effet, soulevées par la tumeur ou ses nodules; il s'ensuit que la vessie est souvent partagée en deux compartiments; au point de séparation, les parois antérieure et postérieure viennent quelquefois en contact. De plus, en raison de la dextrotorsion de la plupart des utérus fibromateux, la paroi postéro-latérale gauche de la vessie est plus souvent soulevée que la droite (21 fois contre 3); dans son ensemble, la vessie se trouve donc reportée à droite; comme conséquence, l'orifice de l'uretère gauche occupe une position plus antérieure que celle du droit. Toutefois, le bas-fond de la vessie n'est généralement pas soulevé. Au niveau du col vésical on observe, en outre, de petites saillies polypoïdes de la muqueuse, contenant souvent des hématomes, d'où des hémorrhagies faciles : cet aspect n'est pas spécial aux myomes — on le retrouve par exemple, chez l'homme, dans l'hypertrophie de la prostate —, mais il n'existe qu'assez rarement dans les autres affections gynécologiques. Par contre, la vessie à colonne est peu fréquente au cas de myome utérin.

Quant aux douleurs éprouvées par les patientes durant la miction, elles tiennent à la diminution de capacité produite par la saillie intravésicale de la tumeur utérine et aux adhérences que celle-ci peut avoir contractées avec la vessie. Parfois, on voit même se produire une ischurie complète; dans les 9 cas où ce symptôme apparut — sur 68 fibromyomes observés par l'auteur —, la vessie était cloisonnée par la saillie de la tumeur et le bas-fond avait subi lui-même un déplacement; aussi M. Zangemeister estime-t-il que la rétention était due à la torsion de l'urèthre par la vessie déplacée. (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV. — R. DE B.

Sur une affection ganglionnaire énigmatique, par M. P. J. Möbius.

Le fait publié par M. Möbius se rapporte à une femme âgée de cinquante-sept ans, qui se plaignait de faiblesse, d'amaigrissement et de palpitations cardiaques, sans que l'examen dénotât autre chose qu'une tuméfaction modérée des ganglions lymphatiques du cou. A quelque temps de là, la malade, sur le conseil d'un autre médecin, prit une solution d'iodure de potassium, mais, sous l'influence de cette médication, son état ne tarda pas à s'aggraver : elle avait beaucoup de peine à se mouvoir, restait souvent somnolente dans le courant de la journée, et, dans différentes parties du corps, on vit se produire des tuméfactions ganglionnaires considérables. Néanmoins, on ne constatait pas d'autres altérations, et notamment les yeux, la glande thyroïde, le cœur, les poumons, les reins et la rate paraissaient absolument normaux. On supprima, bien entendu, le traitement ioduré, mais l'état de la malade ne s'améliora que très lentement. Peu à peu, les ganglions diminuèrent de volume et la nutrition se releva; lorsque la patiente commença à sortir, elle remarqua que, pour peu que le chemin montât ou que le vent fût contraire, elle éprouvait de la dyspnée et des palpitations, et, pourtant, une nouvelle exploration du cœur ne dénota rien d'anormal, sauf une tachycardie modérée (90 à 100 pulsations à la minute). Sur ces entrefaites, l'état psychique de la malade subit quelques modifications (enfantillages, pleurs pour le moindre motif, etc.). Cela mis à part, on ne constata plus rien de nouveau dans l'histoire ultérieure de la patiente, qui succomba à l'âge de soixante-neuf ans, quelques semaines après une hémorrhagie cérébrale. A l'autopsie, on ne trouva, en dehors du foyer hémorrhagique, rien de particulier, sauf un léger degré d'athérome.

Il est évident que les troubles morbides présentés par cette femme ne peuvent être attribués qu'à une toxine élaborée au sein même de l'organisme; ils présentent plus d'une analogie avec la maladie de Basedow (amaigrissement, faiblesse, tachycardie, troubles psychiques, effets nocifs de la médication iodurée), et à cet égard il n'est pas sans intérêt de faire remarquer qu'une sœur de la patiente était morte d'un goitre exophtalmique. Toutefois, la tachycardie mise à part, les symptômes cardinaux de cette affection faisaient défaut chez la malade de M. Möbius. Sans doute, on peut supposer que, en l'absence de toute lésion apparente de la glande thyroïde, la sécrétion interne de celle-ci avait subi une altération suffisante pour entraîner la tuméfaction des ganglions lymphatiques, les troubles de la nutrition, ainsi que ceux de l'activité cardiaque et cérébrale. Mais il y a aussi lieu de se demander s'il ne s'agissait pas, chez cette femme, d'une affection primitive des ganglions lymphatiques, analogue à celle de la glande thyroïde dans la maladie de Basedow, et au cours de laquelle les ganglions en question auraient élaboré une toxine rappelant quelque peu, par ses effets, le poison basedowien. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 août 1905.) — L. CH.

Transpositions vraies ou apparentes de grosses parties fœtales après leur étranglement par des brides amniotiques, par M. F. Ahlfeld.

L'auteur étudie le mécanisme des monstruosités aboutissant à l'implantation de parties fœtales, telles qu'un membre, en un point plus ou moins éloigné de leur position normale. Voici le fait qui lui suggéra cette étude :

Chez un fœtus gémellaire, porteur d'une exstrophie vésicale et d'une grosse hernie ombilicale, le pied droit se trouvait implanté immédiatement au-dessous de l'orifice vésical, vers le périnée. Une bride cutanée partant du pli de l'aine droite croisait la plante de ce pied en étrier, puis remontait sur le flanc gauche pour venir se perdre sur l'enveloppe amniotique du cordon. Quant au membre inférieur droit, à part l'absence du pied, il présentait un développement à peu près normal.

Au premier abord, les anomalies de ce genre paraissent inexplicables, mais, quand on suit l'évolution de certaines malformations fœtales dues aux brides amniotiques, leur origine se comprend aisément. A un premier degré, par exemple, le membre fœtal est étranglé par une bride amniotique, de telle sorte que l'extrémité de ce membre n'est plus rattachée à la racine que par un mince pédicule. A un degré plus avancé, le pédicule lui-même a été sectionné et l'on se trouve en présence d'une amputation congénitale. Le membre ainsi amputé peut être résorbé, mais, dans d'autres circonstances, que son pédicule soit encore intact ou au contraire sectionné, on peut le trouver adhérent à l'amnios. Or, si le membre va se fixer à l'amnios, il est tout aussi naturel qu'il aille adhérer à la peau du fœtus, adhérence qui sera facilitée par l'attitude reployée de ce dernier; qu'une bride amniotique pèse alors simultanément sur sa racine, et la séparation pourra se faire entièrement, comme dans le cas d'amputation congénitale : le pli cutané, en forme d'étrier, qui entourait le pied dans le fait plus haut cité n'était autre que le reste de cette bride amniotique. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août 1905.) — R. DE B.

Sur les bruits cardiaques dédoublés ou accessoires dans l'auscultation immédiate du cœur, par M. V. Obraztzov.

D'après l'expérience de l'auteur, nombre d'états morbides donneraient lieu à des dédoublements des bruits normaux du cœur ou à des bruits accessoires, et, si ces phénomènes sont relativement peu connus, cela tiendrait surtout à la façon défectueuse dont on ausculte généralement le cœur, nombre de praticiens étant convaincus qu'il est indispensable pour cela de faire usage du stéthoscope. Or, M. Obraztzov a maintes fois été à même de s'assurer que, par l'auscultation immédiate, les sons d'origine cardiaque sont perçus plus nettement que quand on se sert du stéthoscope. Il arrive même, lorsqu'on a recours à ce dernier mode d'auscultation, que certains sons se trouvent tellement diminués d'intensité par leur passage à travers l'instrument qu'ils deviennent tout à fait imperceptibles. C'est ainsi que l'auteur a eu l'occasion d'observer un malade chez lequel le stéthoscope ne décela dans toute la région précordiale qu'un seul bruit qui paraissait de nature systolique; or, en appliquant directement l'oreille sur la poitrine, on distingua très nettement un second bruit qui avait passé inaperçu à l'auscultation médiate, et on ne tarda pas à se convaincre que, en réalité, ce dernier seul était systolique, le bruit perçu au stéthoscope étant au contraire diastolique. Et, pourtant, le bruit que le stéthoscope n'avait pas permis de constater était beaucoup plus intense que nombre de bruits dédoublés ou accessoires. C'est assez dire combien ceux-ci doivent facilement échapper à l'examen stéthoscopique du cœur.

Il importe surtout de se rappeler que l'auscultation immédiate permet de distinguer, avec la plus grande netteté, les bruits qui coïncident avec le choc du cœur contre la paroi thoracique. M. Obraztzov est, toutefois, loin de croire à l'inutilité du stéthoscope : si, dans la très grande majorité des cas, les dédoublements et les bruits accessoires sont surtout perçus par l'oreille appliquée directement sur la région précordiale, il en est, au contraire, d'autres où le stéthoscope rend d'excellents services pour mettre bien en évidence ces mêmes phénomènes. Bref, il est bon de recourir méthodiquement, chez tous les malades, aux deux modes d'auscultation. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVII, 1-2.) — L. CH.

Dilatation énorme de l'estomac et du duodénum d'origine congénitale, due à la compression de ce dernier par les vaisseaux mésentériques, par M. G. Ekehorn.

Il nous paraît intéressant de résumer le fait relaté par M. Ekehorn, car pareille lésion ne semble pas encore avoir été observée.

Un jeune homme de dix-sept ans, né d'une grossesse gémellaire et dont le jumeau avait eu un développement tout à fait normal, était toujours resté pour sa part assez débile, sans

être pourtant maladif; cela ne l'empêchait pas de jouir d'un appétit énorme que ses parents avaient remarqué dès ses premières années, mais, depuis un an, il se plaignait de douleurs dans le ventre et à l'estomac. S'étant fait une plaie pénétrante du genou avec arthrite suppurée consécutive, il dut être admis à l'hôpital. L'affection traînant en longueur, on ne s'étonna pas trop de le voir maigrir et vomir par moments, et de l'entendre se plaindre de temps à autre de douleurs abdominales. On avait en outre remarqué que les vomissements étaient quelquefois beaucoup plus abondants que la quantité d'aliments ingérés, et qu'il existait un peu de constipation chronique. C'est au milieu de ces symptômes en apparence peu inquiétants que le patient mourut un jour assez brusquement.

A l'autopsie, on découvrit un estomac énorme dont la petite courbure était à peu près verticale, la grande courbure occupant le flanc gauche et le fond descendant jusqu'au pubis. Le pylore et les portions ascendante et descendante du duodénum étaient également d'un diamètre très considérable : la paroi externe de la portion ascendante du duodénum formait, par suite de sa dilatation, une grosse poche recouvrant une bonne part de l'hypocondre droit. En la soulevant on apercevait au-dessous d'elle la portion horizontale du duodénum, toujours ectasiée, mais dont l'ectasie s'arrêtait brusquement au moment où cet intestin s'engageait sous le mésentère et l'artère mésentérique, lesquels le tenaient aplati contre la colonne vertébrale. Dans son ensemble, le mésentère donnait l'impression d'être trop court; le côlon transverse était moins élevé que d'ordinaire, le grand épiploon amaigri ; quant aux autres organes, ils n'offraient pas de déformations bien notables.

La dilatation de l'estomac et du duodénum provenait donc de la compression de ce dernier contre la colonne vertébrale par le pédicule vasculo-mésentérique. Reconnue à temps ou moins bien tolérée, cette infirmité aurait sans doute grandement bénéficié d'une gastro-entéro-anastomose. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 4.) — R. DE B.

De la soi-disant agglutination de l'orifice externe [du col utérin], par M. H. VON BARDELEBEN.

Chez certaines parturientes, en dépit de contractions utérines normales, le col reste fermé, bien qu'il soit cependant assez facilement dilatable et qu'il n'existe aucune cause apparente de dystocie. Comme, d'autre part, on constate quelquefois dans le col la présence de mucosités épaisses, on a souvent mis cette absence de dilatation au compte de l'agglutination des lèvres du col par ces mêmes mucosités; or, 2 cas, récemment étudiés par M. von Bardeleben, donnent à penser que le nombre des faits explicables par cette hypothèse doit se restreindre de plus en plus.

Chez les femmes dont il s'agit, on put remarquer, après dilatation artificielle du col, que les enveloppes ovulaires formaient un sac absolument sphérique et très tendu; de plus, les membranes semblaient épaisses, en sorte que, sur le pôle inférieur de l'œuf, n'avait pu se produire cette voussure où le liquide amniotique en s'accumulant constitue la poche des eaux; cette dernière manquant, et se trouvant remplacée par une surface en quelque sorte plane, la dilatation n'avait pu avoir lieu.

Quant à la cause même du phénomène, dans les 2 cas précités, il fallait sans doute la chercher dans la résistance des membranes, dans la faible quantité du liquide amniotique — chez l'une des parturientes elle n'atteignait que 250 grammes — et surtout dans la tension exagérée de ce liquide à l'intérieur des membranes. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXVI, 1.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Ligature de l'artère innominée; guérison, par M. W. SHEEN.

La technique et même l'opportunité des interventions dirigées contre les anévrysmes des gros troncs artériels voisins du cœur sont encore l'objet de discussions; à cet égard, l'observation relatée par M. Sheen est un document utile à verser au débat.

Un homme de quarante-six ans, alcoolique, était porteur d'un anévrysme de la deuxième et de la troisième portion de la sous-clavière droite. La tumeur, déjà volumineuse, était encore en voie d'accroissement et causait d'assez vives douleurs dans le bras; aussi se décida-t-on à intervenir. Du cartilage cricoïde au sternum, on traça une incision qui permit d'isoler la carotide primitive et de la suivre assez facilement jusqu'à la bifurcation du tronc innominé; là, ce dernier fut isolé sur une étendue d'un peu plus d'un centimètre. Deux ligatures à la soie furent placées sur cette partie du vaisseau, mais, en les serrant, on chercha à éviter l'écrasement de la tunique interne; quant à la carotide, on ne la lia qu'avec un seul fil. L'opération ne fut marquée d'aucun accident immédiat ou consécutif, sauf qu'au cours de la dissection du tronc innominé un sifflement fit penser que la plèvre avait été ouverte : un tampon appliqué dans le fond de la plaie durant le reste de l'intervention empêcha l'entrée de l'air de se reproduire.

Les suites opératoires, malgré l'agitation et le délire, probablement alcooliques, des premiers jours, furent bonnes; toutefois, dès le lendemain, la poche redevenait légèrement pulsatile et, au bout de quelques jours, elle l'était presque autant que par le passé. On résolut d'intervenir de nouveau, et la cicatrice fut réouverte, mais cette opération dut rester inachevée; en effet, après qu'on eut péniblement isolé le tronc innominé, en raison du tissu cicatriciel qui l'entourait, et pendant qu'on tentait de passer l'aiguille au-dessous du vaisseau, il jaillit un jet de sang d'une abondance inquiétante; l'aiguille retirée, l'hémorrhagie s'arrêta. On essaya une seconde fois de passer le fil, mais le même phénomène se produisit. Pensant que par suite de l'opération antérieure la veine était devenue adhérente au tronc innominé et que l'aiguille l'avait blessée, M. Sheen referma la plaie et remit l'intervention à une date ultérieure.

Deux mois après la première opération, on fit donc une nouvelle incision, cette fois le long de la clavicule; on isola le sac anévrysmal, on réclina le sterno-cléido-mastoïdien et le nerf phrénique, on coupa l'omo-hyoïdien et plusieurs grosses veines qui occupaient le champ opératoire, et l'on put enfin écarter l'un de l'autre les deux scalènes libérés. Grâce à cette dernière manœuvre on mit à nu un petit segment de la sous-clavière, long de 1 centim. 1/2 ou 2 centimètres et qui paraissait sain : l'anévrysme commençait en effet brusquement et formait une tumeur globulaire. Deux ligatures à la soie furent alors placées l'une à 1 centimètre, l'autre au ras du sac. L'effet de cette troisième intervention fut des plus heureux : la circulation du bras demeura suffisante et la guérison se fit sans encombres. Six mois et demi plus tard, l'état du malade était très satisfaisant, bien qu'il accusât encore quelques douleurs.

A propos de ce fait et de 43 cas similaires recueillis dans la littérature médicale, M. Sheen fait la remarque que les anévrysmes se prêtant le mieux à l'intervention chirurgicale sont ceux de forme globulaire ou sacciforme : dans les anévrysmes fusiformes, l'artère est généralement altérée sur presque toute son étendue — d'où la forme diffuse de l'ectasie —, de sorte que la récidive survient en amont de la ligature. Au point de vue de la technique, il importe peu, à son avis, de déchirer ou non la tunique interne quand on serre les fils, à la condition cependant d'opérer avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses. La double ligature est nécessaire et l'on peut profiter de l'un des fils — le plus proche du cœur — pour effacer le calibre de l'artère pendant qu'on procède à la striction de l'autre, le plus voisin du sac. La ligature de la carotide est indispensable, afin de prévenir les récidives, mais, pour diminuer les risques de mort par accidents cérébraux, l'auteur estime qu'il est prudent de l'exécuter quinze jours avant l'opération principale. (*Ann. of Surgery*, juillet 1905.) — R. DE B.

Un procédé de stérilisation des tiges de laminaire, par M. O. L. MULOT.

Bien qu'à l'heure actuelle on se serve surtout de dilatateurs métalliques pour la dilatation du col, il n'en reste pas moins que la dilatation lente et graduelle à l'aide de substances turgescentes présente, dans certains cas, des avantages incontestables, et si l'on tend de plus en plus à délaisser cette méthode, c'est tout simplement parce que les substances en question se laissent difficilement désinfecter par les moyens usuels. Or, pour ce qui est notamment des tiges de laminaire, on pourrait, d'après l'expérience de M. Mulot, les rendre aseptiques en les plongeant pendant soixante-douze heures dans de la teinture d'iode et en les immergeant ensuite dans de l'alcool à 95°, afin d'enlever l'excès d'iode. Ce procédé ne détruirait nullement le pouvoir de turgescence et assurerait la stérilisation d'une manière parfaite, l'iode pénétrant profondément la laminaire, comme il est facile de s'en rendre compte en incisant une tige gonflée dans l'eau après un séjour préalable dans de la teinture d'iode.

L'auteur a pu laisser des tiges de laminaire ainsi désinfectées séjourner pendant trente-six heures dans la cavité utérine, sans avoir jamais eu à enregistrer le moindre accident et sans avoir noté de la fièvre ni des frissons. Le cas échéant, il a recours à la morphine pour calmer les douleurs provoquées par cette dilatation lente.

D'autre part, on pourrait également aseptiser les tiges de laminaire en les faisant bouillir; cette opération a pour effet de les faire gonfler au maximum, mais il suffit de les placer ensuite dans des récipients stérilisés et de les suspendre dans un four ou une étuve à air surchauffé, pour les voir revenir au bout de quelques jours à leurs dimensions primitives.

M. Mulot estime que par l'un ou l'autre de ces procédés — et, au besoin, en combinant les deux (ébullition et dessiccation consécutive, suivies d'immersion dans la teinture d'iode) —, on peut désinfecter la laminaire suffisamment pour que son usage devienne tout à fait inoffensif, ce qui simplifierait le traitement des sténoses cervicales, de certaines dysménorrhées, etc. (*Med. Record*, 19 août 1905.) — L. CH.

Rétroversion de l'utérus, par M. ARTHUR W. JOHNSTONE.

Pour guérir la rétroversion de l'utérus, on s'adresse généralement aux diverses méthodes d'hystéropexie ou au raccourcissement des ligaments ronds; on a bien proposé aussi de raccourcir les ligaments sacro-utérins, mais la nécessité d'employer la voie abdominale pour aborder ces derniers fait que ce procédé est généralement considéré comme répondant à des indications exceptionnelles. Or, d'après M. Johnstone, c'est pourtant à lui qu'on devrait s'adresser pour rétablir l'utérus dans des conditions d'équilibre à peu près physiologique; mais, au lieu de recourir à la laparotomie, l'auteur pense qu'on peut opérer par voie vaginale.

Dans ce but, on fait une incision antéro-postérieure de 5 centimètres de longueur dans le cul-de-sac postérieur du vagin : l'incision transversale a l'inconvénient, en effet, d'intéresser quelquefois les ligaments sacro-utérins et de supprimer ainsi le point de repère qu'ils constituent. On perfore ensuite le cul-de-sac de Douglas et on trouve alors les ligaments en question tendus de chaque côté. Après les avoir reconnus avec le doigt, on les saisit au moyen d'une longue pince et on les attire dans la plaie vaginale, où on les raccourcit d'une longueur convenable pour les suturer ensuite au catgut; les sutures doivent être placées au-dessous du péritoine; avant de les serrer, on repousse l'utérus à sa place, le plus haut possible, et on termine l'opération par la fermeture de l'incision vaginale.

M. Johnstone a opéré par ce procédé 2 cas de prolapsus chez des vierges, et la guérison se maintient respectivement depuis dix-neuf mois et dix mois. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Radiothérapie et syphilis au début, par MM. C. Quadrone et A. Gramegna.

Au cours de recherches relatives à l'action des rayons de Röntgen sur les diverses formes de lésions des ganglions lymphatiques et des organes hématopoiétiques, les auteurs du présent mémoire ont été amenés à instituer une série d'essais de radiothérapie de l'infection syphilitique à sa période initiale.

Ces essais ont porté sur 4 sujets, chez lesquels le chancre induré ne datait que de huit à douze jours, de sorte qu'il n'existait encore d'autres phénomènes à distance qu'une tuméfaction plus ou moins accentuée des ganglions inguinaux. Le malade étant couché sur une table et les bourses protégées par une lame de plomb recourbée *ad hoc*, on faisait agir les rayons de Röntgen sur le chancre et sur la pléiade ganglionnaire, d'abord pendant dix minutes, puis, dans les séances ultérieures, durant un quart d'heure. De plus, chez 3 de ces malades, on soumit également à la radiothérapie la région splénique, en prolongeant chaque application une dizaine de minutes.

Sous l'influence de ce traitement, les ganglions inguinaux diminuèrent d'abord de volume, mais ensuite — après la septième ou la huitième séance — ils se tuméfièrent de nouveau, devinrent légèrement douloureux à la palpation et prirent une consistance plus molle. Au bout d'une vingtaine ou d'une trentaine d'applications, ils avaient triplé de volume et présentaient des caractères inflammatoires beaucoup plus marqués qu'au début, sans entrer, pourtant, en suppuration.

Les vaisseaux lymphatiques du dos de la verge réagirent également par des phénomènes inflammatoires : après huit ou dix séances, ils augmentèrent de volume, au point d'atteindre la grosseur d'une plume d'oie, et devinrent douloureux au toucher, en même temps que des épaississements nodulaires, très durs et presque indolents, se montraient sur leur trajet. Particulièrement constante fut la formation, au-dessus de la racine de la verge, d'une induration plate et adhérente à la peau. Dans 2 cas, on nota, comme conséquence de cette lymphangite, une tuméfaction du pénis, et surtout du prépuce.

Quant au chancre, il présenta, sous l'influence des premières applications de rayons de Röntgen, une exacerbation des phénomènes inflammatoires; puis ceux-ci s'atténuèrent rapidement, et chez 3 patients la cicatrisation fut complète après vingt ou vingt-cinq séances, tandis que, chez le quatrième, elle ne se produisit qu'après trente-cinq applications.

Du côté de la rate, les radiations ne déterminèrent aucune modification appréciable.

Au point de vue général, il est à noter que, chez les 4 malades en question, les phénomènes secondaires furent peu accentués et restèrent localisés aux téguments cutanés, laissant les muqueuses complètement indemnes. On n'eut à enregistrer ni angine spécifique, ni céphalée.

Il va sans dire que, vu le nombre très restreint de ces essais, on ne saurait, pour le moment, affirmer qu'il existe un rapport de cause à effet entre le traitement subi par ces patients et la bénignité de l'évolution de leur maladie. D'autres recherches, plus nombreuses, sont nécessaires pour élucider ce point, mais ce que les expériences de MM. Quadrone et Gramegna ont bien mis en évidence, c'est que les lésions ganglionnaires de la syphilis au début réagissent aux rayons de Röntgen par des phénomènes inflammatoires beaucoup plus intenses que ceux qu'on remarque dans les adénites d'autre nature (tuberculose, pseudo-leucémie, etc., etc.). (*Riforma med.*, 19 août 1905.) — L. CH.

Le frisson fébrile, par M. G. De Luna.

Les diverses théories qui ont été proposées pour expliquer la pathogénie du frisson fébrile sont toutes passibles d'objections graves; voici le mécanisme, n'invoquant que des faits physico-chimiques ou physiologiques bien établis, auquel l'auteur croit devoir attribuer la production de ce phénomène :

Sous l'influence de la cause pyrétogène, la température du fébricitant augmente rapidement, de sorte que son corps se trouve en déséquilibre thermique avec le milieu ambiant; celui-ci soustrait alors à l'organisme du calorique, ce qui produit la sensation de froid et détermine par voie réflexe la vasoconstriction. Cette contraction des vaisseaux cutanés, en diminuant l'intensité de la déperdition de la chaleur, contribue à augmenter la température du corps, par accumulation de calorique, en raison de la persistance de l'action de la cause pyrétogène; mais, après un laps de temps plus ou moins long, les nerfs vasoconstricteurs s'épuisant, les vasodilatateurs prennent le dessus, ce qui facilite de nouveau la dispersion de calorique, d'où sensation de froid.

Cette succession de phénomènes persiste jusqu'à ce que se réalise l'une des deux conditions suivantes : ou bien le milieu ambiant sera suffisamment échauffé pour être en équilibre thermique avec l'organisme fébricitant, ou bien la cause pyrétogène cessera d'agir. Dans l'un et l'autre cas, la production et la déperdition de chaleur se compenseront, et par suite le frisson prendra fin.

En résumé, le frisson est dû à la différence entre la température rapidement croissante du fébricitant et celle du milieu ambiant, et sa durée dépend de la différence entre le temps nécessaire à l'ambiance pour s'échauffer jusqu'au degré atteint par l'organisme et celui pendant lequel les nerfs vasomoteurs sont capables de faire prévaloir leur action sur celle des vasodilatateurs. (*Policlinico*, 3 septembre 1905.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les applications locales d'acide phénique concentré dans le traitement du furoncle et des gommes tuberculeuses.

Les attouchements à l'acide phénique pur ou concentré ont déjà reçu d'assez nombreuses applications contre diverses maladies de la peau (Voir *Semaine Médicale*, 1893, Annexes, p. CXXXVIII, et 1895, p. 260 et Annexes, p. CXIV). Or, M. le docteur H. Vörner, assistant de M. le professeur F. A. Hoffmann, directeur de la policlinique médicale de la Faculté de médecine de Leipzig, vient d'étendre ces indications au traitement du furoncle et des gommes tuberculeuses.

Pour ce qui est de la première de ces lésions, voici comment procède notre confrère :

Lorsque le furoncle est encore au début et n'a pas atteint de grandes dimensions, on se contente de le toucher au centre avec de l'acide phénique pur, rendu liquide par l'addition d'un peu d'eau ou, mieux d'alcool. Quand la lésion est plus avancée, il est préférable de se servir d'une aiguille ou d'une sonde fine, que l'on enfonce aussi profondément que possible dans les pores cutanés, après l'avoir chargée d'acide phénique. S'il y a suppuration, on utilise pour la cautérisation une effraction naturelle des téguments, ou bien on pratique une petite ponction. Souvent, une application suffit à amener la guérison; d'autres fois, il faut des attouchements quotidiens pendant une huitaine de jours, la durée de la cure étant en général proportionnelle à l'étendue de la lésion.

Sur 21 furoncles ou anthrax traités de la sorte par M. Vörner, 12, qui étaient peu volumineux et siégeaient pour la plupart à la nuque, guérirent après une seule application d'acide phénique. Les autres, dont quelques-uns présentaient des dimensions considérables — jusqu'à 15 centimètres de diamètre dans un cas —, exigèrent en moyenne quatre ou cinq jours de soins.

En ce qui concerne les gommes scrofuleuses — que l'on sait susceptibles de guérir spontanément —, notre confrère a remarqué que les attouchements quotidiens avec une solution alcoolique d'acide phénique pur avaient pour effet de hâter leur guérison. Ce moyen thérapeutique rendrait notamment des services dans les cas où les lésions cutanées sont en connexion avec des modifications profondes, ganglionnaires ou périostées. C'est ainsi que, chez un jeune garçon, une gomme tuberculeuse du poignet guérit après huit applications quotidiennes d'acide phénique, tandis qu'un lupus de la face dont le petit malade était également atteint résistait à tout traitement. Dans 2 autres cas soumis également aux attouchements phéniqués, les résultats furent non moins favorables.

La cure alimentaire des fistules biliaires.

Nous avons fait connaître il y a deux ans les bons effets obtenus par M. Jaboulay et par M. Tixier, dans les fistules biliaires consécutives aux opérations sur la vésicule, au moyen d'un simple traitement diététique ayant pour but de ne laisser en quelque sorte aucun intervalle entre les périodes digestives, de façon à empêcher l'accumulation de la bile dans la vésicule (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 224). Il nous paraît intéressant de signaler que cette méthode — qui semble encore fort peu répandue — vient de donner un nouveau succès entre les mains de M. le docteur M. Patel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Il s'agissait d'une jeune femme chez laquelle notre confrère avait pratiqué une cholécystostomie pour une suppuration post-typhoïdique de la vésicule biliaire. L'écoulement de la bile s'établit dès le lendemain de l'opération et persista très abondamment, malgré la suppression du drain laissé à l'intérieur de la vésicule. Comme on avait remarqué qu'il se produisait principalement après minuit, on fit prendre à la malade, outre ses repas habituels, deux repas pendant la nuit. L'écoulement n'ayant diminué que de moitié, on prescrivit un repas toutes les trois heures, jour et nuit. Dès le deuxième jour, on constata que la fistule ne laissait plus passer de bile; elle ne s'est plus rouverte depuis lors, bien que les repas supplémentaires aient été supprimés au bout de cinq jours.

La fréquence des repas paraît donc avoir exercé une influence très nette sur la quantité de bile que laissait échapper la fistule. Aussi M. Patel estime-t-il qu'il ne saurait s'agir, en l'espèce, d'une simple coïncidence.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 octobre 1905.

Traitement des plaies de l'estomac par projectiles de petit calibre.

M. Reynier. — Je dois vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été adressée par M. Savariaud, concernant un cas de plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver, dans une tentative de suicide. Notre confrère fut appelé très rapidement et il put intervenir deux heures après l'accident. La laparotomie lui montra l'existence de deux plaies pénétrantes de l'estomac, qu'il sutura, et son opéré guérit très simplement.

Tout en félicitant M. Savariaud de ce succès, je désire rapprocher de ce fait d'autres observations de plaies de l'estomac par projectiles de petit calibre, où l'abstention a donné des résultats tout aussi satisfaisants.

C'est ainsi que M. Riche a été appelé cette année, dans mon service, auprès d'une femme qui s'était tiré deux coups de revolver dans la région épigastrique, et qui avait eu des vomissements de sang. Le diagnostic de plaie de l'estomac était indiscutable, et notre confrère proposa une intervention qui fut refusée. La malade n'en guérit pas moins très bien, et ce fut seulement quelques semaines plus tard qu'elle me demanda de lui enlever les deux projectiles qui étaient venus se loger très superficiellement, au-dessous du rebord des fausses côtes.

Je puis vous citer 3 autres cas de plaies pénétrantes de la région épigastrique, par balle de

revolver, dans des tentatives de suicide, où l'apparition d'hématémèses avait permis d'affirmer l'existence d'une plaie de l'estomac, et qui se sont pourtant terminés par la guérison sans opération.

D'ailleurs, si je m'en rapporte à une statistique récente publiée par M. Forgue, les résultats de l'intervention chirurgicale, pour plaies pénétrantes de l'estomac par projectiles de petit calibre, sont très inférieurs à ceux de l'abstention, puisque 71 plaies gastriques traitées par l'abstention ont donné 33 guérisons et 38 morts qui pouvaient pour la plupart être attribuées aussi bien à des lésions concomitantes d'autres organes, tandis que 81 interventions ont fourni seulement 31 guérisons avec 50 morts.

Dans ces conditions, je me demande si, au cas de plaie pénétrante de l'estomac par balle de revolver, après une tentative de suicide faite à une certaine distance des repas, on ne doit pas préférer l'abstention à la laparotomie.

M. Potherat. — Je crois qu'il est difficile, en pareille occurrence, de savoir si l'on a affaire à une plaie de l'estomac seul ou s'il y a des lésions d'autres organes. Mais, même quand l'estomac est isolément atteint, des complications graves peuvent survenir, et cela suffit à justifier la nécessité de l'intervention chirurgicale.

Pour ma part, dans un cas où je n'ai pu opérer que le lendemain, par suite du refus d'intervention formulé tout d'abord par le blessé et par sa famille, j'ai trouvé une hémorrhagie artérielle assez importante, et le patient a succombé manifestement aux suites de cette hémorrhagie, alors qu'il aurait certainement guéri si j'avais pu l'opérer immédiatement.

M. Quénu. — Je ne saurais non plus partager l'opinion que M. Reynier vient d'émettre au sujet du traitement des plaies de l'estomac par projectiles de petit calibre. Comme M. Potherat, je me suis une fois heurté à un refus formel d'intervention, pour une tentative de suicide où l'estomac avait été très certainement perforé par le projectile, et la malade est morte d'hémorrhagie.

M. Reclus. — J'ai soutenu autrefois les idées que M. Reynier défend aujourd'hui; à cette époque, les installations chirurgicales étaient si défectueuses qu'il y avait peut-être plus d'avantages à s'abstenir qu'à opérer, en matière de plaie de l'estomac par projectile de petit calibre; mais actuellement j'ai évolué, comme tous mes collègues, et je crois que l'on ne doit pas hésiter à intervenir.

M. Delbet. — Ainsi que M. Potherat, je considère qu'il est impossible de faire le diagnostic des lésions viscérales déterminées par une plaie pénétrante de l'abdomen, et que, par conséquent, il est indispensable de pratiquer une laparotomie pour s'assurer de l'état des organes.

D'autre part, en ce qui concerne les faits que M. Reynier vient de nous communiquer à l'actif de l'abstention dans le cas de plaie de l'estomac, je ne pense pas que l'hématémèse soit un signe incontestable de blessure stomacale : je puis vous citer l'observation d'une femme qui semblait avoir une plaie gastrique, car elle avait vomi du sang; or, j'ai pu m'assurer par la laparotomie qu'il n'y avait pas la moindre plaie de ce genre.

M. Legueu. — J'ai souvenance de 3 blessures de la région épigastrique par tentative de suicide, pour lesquelles je suis intervenu; chez 2 de ces malades, il y avait une plaie du foie, qui aurait pu suffire à déterminer la mort, si je m'étais abstenu; dans le troisième fait seulement j'ai trouvé une plaie de l'estomac, que j'ai suturée, et mon malade s'en est fort bien trouvé.

M. Arrou. — J'ai opéré un homme atteint à jeun d'un coup de feu de la région épigastrique; j'ai constaté une perforation du lobe droit du foie et une plaie de la face antérieure de l'estomac, que j'ai suturée; mon opéré a très bien guéri; ces lésions avaient été déterminées par une simple bourre, car l'arme était chargée à blanc, comme je l'ai appris quelques jours plus tard.

De la résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique dans le traitement des tics douloureux convulsifs.

M. Poirier. — J'ai fait il y a trente mois la résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique chez un malade atteint de tic convulsif avec crises douloureuses extrêmement intenses. Cet homme, que j'ai revu bien des fois depuis mon intervention, est resté parfaitement guéri.

Dans un deuxième cas de la même affection, j'ai pratiqué, cette année, une opération identique; les crises douloureuses ont disparu dès le lendemain et cet état de guérison a duré six mois; il y a quelques jours, le patient a eu de nouvelles crises, très atténuées d'ailleurs, et qui ne se sont pas reproduites.

Enfin, chez un troisième malade, je dois dire qu'il m'a été impossible de trouver le ganglion cervical supérieur, et j'ai dû me contenter de sectionner un filet nerveux qui paraissait être le sympathique; le résultat, qui, pendant un mois environ, a semblé correspondre à une amélioration, a été ensuite absolument nul, voire même que le malade a maintenant, en plus de son tic douloureux, une paralysie de la corde vocale gauche.

Restauration rapide des fonctions à la suite de sutures nerveuses secondaires.

M. Kallionzis (d'Athènes) adresse, à l'occasion de la communication faite au mois de mai dernier par M. Chaput sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 259), la relation d'un fait démontrant les bons effets que peuvent avoir les sutures nerveuses tardives.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans qui, à la suite d'une section du radial droit par coup de couteau, présentait une paralysie radiale complète. La suture des deux bouts du nerf sectionné, pratiquée deux ans plus tard, a eu un excellent résultat : après quelques semaines la sensibilité était revenue et le blessé pouvait commencer à se servir de sa main droite.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 octobre 1905.

Traitement de la variole par le xylol.

M. Belin fait une communication relative aux résultats qu'il a obtenus chez les varioleux, à l'hôpital d'Aubervilliers et au bastion 29, au moyen du xylol administré par la bouche : de 100 à 120 gouttes de cette substance sont données journellement aux varioleux adultes, en trois ou quatre prises mélangées au vin; cette dose est abaissée à 40 ou à 20 gouttes, suivant l'âge, chez les enfants (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 354).

A la suite de cette médication, la mortalité de la variole, qui est habituellement de 24 %, tomba à 12.5 % et les complications de la maladie furent, en outre, considérablement réduites.

Ces résultats confirment ceux qui ont été précédemment obtenus, grâce au même traitement, par Zülzer, Oetvös (Voir *Semaine Médicale*, 1887, p. 65) et Vichnevsky.

M. Teissier dit avoir également constaté les bons effets du xylol dans la variole. En premier lieu, ce médicament fait complètement disparaître l'odeur, si pénible pour les malades et pour ceux qui les soignent, qui accompagne la phase de suppuration. Cette phase de suppuration est elle-même très atténuée ou même supprimée, quand le médicament est prescrit assez tôt. Enfin, les varioleux qui ont été soumis à ce mode de traitement ne présentent, après la guérison, que des taches pigmentées lisses ou légèrement saillantes, au lieu des cicatrices gaufrées, caractéristiques de la maladie.

Il faut ajouter que le xylol est bien supporté par les patients, mais qu'il ne paraît avoir aucune action favorable sur les varioles graves d'emblée, du fait du terrain sur lequel elles se développent ou de leur nature (varioles hémorrhagiques, etc.)

Foie syphilitique hypersplénomégalique à début splénique.

M. Caussade relate, en son nom et au nom de M. Milhit, l'observation d'un homme de trente-sept ans, dont l'affection revêtit tout d'abord l'aspect d'une splénomégalie primitive, puis d'une maladie de Banti, en raison de l'hypertrophie splénique et de l'anémie concomitante, ensuite d'un ictère métasplénomégalique à cause de la coloration jaune sale des téguments, survenue à la suite de poussées successives d'ictère, et enfin d'une cirrhose à forme splénomégalique.

La splénomégalie a précédé la cirrhose de deux ans; elle était si prononcée, que la rate descendait jusqu'au niveau de la crête iliaque.

A l'autopsie, on trouva dans le foie de petits nodules gommeux entourés par une gangue fibreuse très dense. Il existait, en outre, un épaississement de la capsule de Glisson et des lésions manifestes de péri-artérite et d'endartérite.

La rate pesait 1,400 grammes; elle était le siège d'une péri-artérite généralisée sans modification folliculaire ni hématologique.

L'examen histologique de cet organe, pas plus que celui de la veine splénique, n'a permis d'établir un lien quelconque entre les altérations primitives de la rate et la cirrhose secondaire du foie.

L'orateur incline à croire qu'il s'agit dans ce cas d'une cirrhose syphilitique métasplénomégalique du foie, à localisation porte, qui a affecté pendant son évolution la forme hypersplénomégalique et mérite ainsi d'être opposée à l'hypersplénomégalie d'origine biliaire.

Syndrome médullaire de Brown-Séquard d'origine traumatique.

M. Bernard communique, au nom de M. Ferrier (médecin militaire), un cas de syndrome de Brown-Séquard d'origine traumatique. Ainsi que cela s'observe assez souvent à la suite des traumatismes de la moelle, les accidents, très marqués au début, s'atténuèrent peu à peu et disparurent complètement au bout de quelques semaines. Cette terminaison permet d'affirmer qu'il n'y a pas eu à proprement parler de lésions destructives et que les symptômes observés étaient dus, soit à une commotion de la moelle, soit à une hémorrhagie intra ou extra-médullaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 14 et 21 octobre 1905.

La pression artérielle à la suite d'injections intraveineuses répétées d'adrénaline.

M. Josué. — On sait que les injections intraveineuses d'adrénaline sont suivies d'une augmentation notable de la pression artérielle et finissent par déterminer des lésions athéromateuses des artères. Il semblait cependant difficile d'établir une identité absolue entre l'hypertension permanente, souvent irréductible, que l'on observe chez les athéromateux, et les élévations brusques et passagères de la pression, fréquemment suivies d'un abaissement au-dessous de la normale, qui surviennent à la suite de chaque injection d'adrénaline.

Or, j'ai pu constater que les injections intraveineuses d'adrénaline ne déterminent pas seulement des élévations intermittentes de la pression, mais finissent par modifier l'équilibre statique de la pression artérielle : au bout d'un certain temps, la tension reste élevée; il y a de l'hypertension permanente.

C'est ainsi qu'à l'état normal, la pression artérielle du lapin est en moyenne de 90 millimètres de mercure dans la carotide. Or, un de nos lapins qui a reçu, depuis le 18 octobre 1904, 112 injections intraveineuses de trois gouttes de la solution d'adrénaline à 1 ‰ a une pression qui oscille entre 120 et 130 millimètres de mercure et se maintient le plus souvent aux environs de 125 millimètres. Deux autres lapins en expérience depuis le 3 août dernier ont reçu, l'un 40, l'autre 35 injections : le premier a une pression artérielle variant entre 130 et 132 millimètres, le deuxième entre 109 et 111 millimètres de mercure.

Ces recherches peuvent être invoquées en faveur de l'opinion que certains cas d'hypertension artérielle observés chez l'homme relèvent du fonctionnement exagéré des capsules surrénales et des glandes similaires.

Insuffisance rénale et régulation osmotique.

MM. Achard et **Gaillard.** — Nous avons comparé, chez des cobayes sains et chez d'autres atteints de néphrites toxiques (chromate

de potasse, nitrate d'urane) ou d'anurie par ligature des uretères, les échanges osmotiques qui ont lieu dans le péritoine après l'injection d'un cristalloïde dans cette séreuse.

Nous avons constaté que l'absorption était ralentie dans les néphrites toxiques et, au contraire, accélérée dans l'anurie mécanique.

Dans les deux cas, le chlorure de sodium n'est pas le seul cristalloïde qui transsude dans la séreuse : comme à l'état normal, l'urée l'accompagne, ce qui tient sans doute à la rétention uréique qui s'observe dans ces conditions d'insuffisance rénale. L'excès de la substance normale se comporte alors comme les substances anormales, qui transsudent de même dans l'ascite artificielle.

Enfin, la régulation du chlorure de sodium est troublée. A l'état normal, lorsqu'on injecte ce corps en même temps qu'un autre dans la séreuse, son absorption est bien plus lente que celle de l'autre substance, par suite de la nécessité de rétablir dans le liquide une composition saline voisine de celle du sang. Or, soit dans l'anurie mécanique, soit dans les néphrites toxiques, l'écart entre l'absorption de ces deux corps diminue et le chlorure de sodium s'absorbe relativement mieux qu'à l'état normal, aux dépens du rétablissement de l'équilibre salin.

Crises convulsives dues à une parathyroïdite tuberculeuse.

M. Carnot. — J'ai observé avec M. Delion une femme atteinte de tuberculose pulmonaire, qui a succombé à des phénomènes convulsifs particuliers ayant duré huit heures et tenant à la fois de la chorée, de l'athétose et de la tétanie. A l'autopsie, en outre des lésions tuberculeuses des poumons, nous avons trouvé une sclérose et une infiltration leucocytaire des parathyroïdes internes avec dégénérescence caséeuse complète d'une parathyroïde externe.

Ce fait est à rapprocher des cas de convulsions tétaniques observés chez l'homme après certaines thyroïdectomies totales et chez l'animal après les parathyroïdectomies. Il est également à mettre en parallèle avec les récentes recherches cliniques sur l'origine parathyroïdienne de certaines tétanies (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 289-291) ou éclampsies.

Tabes à systématisation exceptionnelle.

MM. Babinski et **Nageotte.** — Nous avons observé un cas de tabes, terminé par tuberculose pulmonaire chez un syphilitique de trente-cinq ans, et qui, outre certaines particularités cliniques (conservation des réflexes rotuliens malgré de vives douleurs fulgurantes avec crises gastriques intenses), offrait au point de vue anatomique une systématisation anormale des lésions radiculaires.

Celles-ci, en effet, frappaient les voies longues des cordons postérieurs de préférence aux voies courtes, contrairement à ce qui se passe dans l'immense majorité des cas.

Cette systématisation spéciale, dont nous n'avons trouvé dans la littérature qu'un exemple, dû à M. Schaffer, nous paraît devoir être attribuée à des qualités spéciales du virus syphilitique qui, dans ce fait, a agi à la façon du virus pellagreux : on sait que ce dernier localise volontiers ses effets sur les voies longues des cordons postérieurs.

Les variations de la tension superficielle des urines et l'opportunité de la balnéothérapie dans la fièvre typhoïde.

MM. Billard et **Mornac** (de Clermont-Ferrand). — En raison des difficultés pratiques qui s'opposent souvent à la mise en œuvre de la méthode de Brand, on a conseillé de réserver les bains froids aux formes graves et malignes de la fièvre typhoïde. Mais comment reconnaître ces dernières sans attendre l'apparition — souvent trop tardive — des signes cliniques de gravité ?

Nous avons pu nous assurer que la mesure de la tension superficielle des urines fournit à cet égard de précieux renseignements : en effet, cette tension superficielle est d'autant plus faible que la toxicité des urines, et par conséquent l'élimination des toxines par cette sécrétion, est plus considérable. Aussi sommes-nous d'avis que dans toute fièvre typhoïde en cours, où la tension urinaire est inférieure à 0 gr. 0064 décimilligr. (la moyenne étant de 0 gr. 007 milligr.), il convient d'instituer immédiatement la balnéothérapie, quels que soient d'ailleurs l'état général et la température du malade.

La prétendue hyperleucocytose polynucléaire du sang dans les abcès hépatiques des pays chauds.

M. Khouri (d'Alexandrie). — Sur 10 cas d'abcès hépatique où j'ai fait l'examen du sang, j'ai noté une fois de la leucopénie (5,312 leucocytes par millimètre cube), 3 fois une leucocytose normale (de 7,000 à 8,000), 3 fois une hyperleucocytose modérée (de 12,000 à 15,000), enfin 3 fois une hyperleucocytose notable, mais toujours inférieure à 30,000.

En ce qui concerne la proportion des polynucléaires neutrophiles, 6 fois sur 10 elle ne dépassait pas les chiffres normaux (de 60 à 70 %).

Comme on le voit, l'hyperleucocytose polynucléaire est loin d'être la règle dans l'hépatite suppurée des pays chauds, sans compter que, même quand cette hyperleucocytose est intense, on peut parfaitement avoir affaire à une simple congestion du foie.

Absorption du bacille tuberculeux par la peau fraîchement rasée.

M. Osman Nouri (de Constantinople) adresse une note démontrant que l'on peut inoculer le bacille de Koch au cobaye par simple friction sur la peau inguinale fraîchement rasée. Ce procédé d'inoculation est applicable à la clinique au même titre que l'inoculation sous-cutanée; il offrirait sur cette dernière l'avantage d'éviter la mort par septicémie, si fréquente après l'injection hypodermique de crachats ou autres produits similaires.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE MONTPELLIER

Abadie (Mme H. née Feyguine). De l'assistance médicale des femmes indigènes en Algérie.

Alamelle (P.). Causes et prophylaxie de la mortalité des enfants mis en nourrice dans le département des Basses-Alpes.

Apteckmann (Mlle). Contribution à l'étude de la tachycardie continue.

Argelliès (E.). Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la névralgie faciale.

Arlès-Dufour (M.). Etude clinique du traitement de la tuberculose pulmonaire chronique par l'histogénol.

Auzimour (B.). Sobriété et résistance des Arabes.

Babeau (Joseph). L'ulcère du duodénum; diagnostic, traitement.

Babeau (Joseph). Les érythèmes chez les tuberculeux.

Bannelier (H.). Les infections salivaires chez le nouveau-né et le nourrisson.

Barse (R.). Les opérations correctrices des rétro-déviations de l'utérus et leurs résultats.

Bastide (Th.). Du désossement du tarse dans le traitement des pieds bots invétérés (méthode de Championnière).

Battaglini (P.). Quelques considérations sur la tachycardie pendant la convalescence de la fièvre typhoïde.

Béchard (E.). Contribution à l'étude des éruptions sudorales (observations recueillies à Marseille pendant l'été 1904).

Bénet (J.). Les mastoïdites d'emblée.

Benoit (M.). Rabelais accoucheur.

Bentami. Traitement du trichiasis de la paupière supérieure par la marginoplastie.

Blanc (Alexandre). Lymphadénome de l'amygdale (lymphosarcome).

Blanc (Alfred). Contribution à l'étude du carbaminate de M-toluylhydrazide.

Bonnet (M.). Contribution à l'étude d'un nouveau procédé de cure radicale de hernie inguinale (Bassini modifié).

Bordères (R.). Des tumeurs malignes primitives du clitoris.

Bouis (M.). De la dégénérescence sarcomateuse des tumeurs cutanées bénignes et du traitement.

Bourguet (E.). Considérations sur quelques affections pulmonaires des ouvriers houilleurs.

Bousquet (F.). Les épilepsies réflexes d'origine dentaire et gastro-intestinale chez l'enfant.

Bru (J.). De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde.

Brun (P.). Contribution à l'étude de l'anaphylaxie.

Burnand (R.). L'œuvre stéphanoise des enfants à la montagne.

Castany (J.). Tuberculoses du col de l'utérus.

Charette (G.). L'œdème aigu du poumon.

Chaussat (J.). Gangrènes spontanées, massives et simultanées des deux membres inférieurs.

Colin (A.). Contribution à l'étude de l'œil et de la vision chez l'artiste; l'œil et l'expression oculaire dans quelques tableaux du musée de Montpellier.

Colin (G.). Alderrezzâq El-Jezäiri, un médecin arabe du XIIe siècle de l'hégire.

Condo di Satriano. Le traitement du varicocèle par le procédé de Parona.

Cordero. L'hystérie simulatrice de quelques affections chirurgicales.

Crambade (F.). Gravelle simulée chez une hystérique.

Crémieux (I.). Contribution à l'étude de la lipomatose multiple symétrique.

Dalard (L.). Contribution à l'étude des formes rénales de la grippe.

Delcros (J.). Sur un cas de luxation de la cinquième vertèbre cervicale, avec section de la moelle à ce niveau.

Dubos (C.). Du diagnostic de paralysie générale.

Duplanté (E.). Lupus érythémateux chez l'enfant; sa nature, son traitement.

Espéron (F.). De l'alimentation dans la fièvre typhoïde.

Estachy (E.). La maternité de Vaucluse (historique, statistique).

Fonzes (E.). Des fractures du col du radius.

Fournier (G.). L'appendicite gangreneuse d'emblée.

Galen (J.). La fourmi en thérapeutique.

Garimond (N.). Contribution à l'étude du narcyl; de ses effets chez les tuberculeux.

Gazagne (J.). Contribution à l'étude des adhérences du grand épiploon.

Giraud (J.). Les gros œufs syphilitiques dans la syphilis ancienne.

Goiny. De l'accouchement dans les bassins rétrécis à la clinique de Montpellier (du 3 novembre 1891 au 3 novembre 1904).

Grenier (de). La variole maligne.

Grigoroff (U.). Kystes congénitaux présternaux.

Guérin (L.). De la mastite au carcinome.

Guillat (B.). Les myomes des os (myomes purs et myomes associés).

Guiraud (J.). Traitement de l'hémorrhagie par décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Henri (Ch.). Contribution à l'étude du lupus chez l'enfant, à propos d'un cas localisé à l'avant-bras gauche et traité par les bains sulfureux et la liqueur de Van Swieten.

Hort (F.). Traitement des cystites rebelles.

Jaubert (M.). Le cancer primitif des deux seins.

Jeanney (L.). Cancer du sein chez l'homme (résultats opératoires).

Kissileff (Mlle). Purpura rhumatoïde et troubles gastro-intestinaux.

Lambot (E.). Contribution à l'étude du traitement des cancers inopérables du sein par la castration utéro-ovarienne.

Lando (J.). Traitement de l'ankylose osseuse de l'articulation temporo-maxillaire.

Lichtenstein (Mlle). Influence de la fatigue sur les accidents du travail.

Long (H.). Opothérapie rénale.

Masméjean (F.). Contribution à l'étude des kystes hydatiques rétro-vésicaux chez l'homme.

Mednicaroff. Des kystes papillaires de l'ovaire (pronostic, thérapeutique).

Michel (H.). De la gravité des localisations cardiaques du rhumatisme chez l'enfant.

Mistral (G.). De la leucémie myélogène et de son traitement par la radiothérapie.

Monfrin (D.). Contribution à l'étude de la colère chez les épileptiques.

Moreau (F.). Revue générale des splénomégalies primitives dites idiopathiques.

Narich (J.). Du phlegmon ligneux.

MÉDECINE

Moreira Pinto. Hemoptyses provocadas por um corpo estranho. (*Porto medico*, juillet.)

Naunyn (B.). Ein Fall von Darmkonkrementen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.) — Lithiase intestinale.

Neukirch (R.). Ueber essentielle Albuminurie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.)

Obraztzov (V.). Ueber die verdoppelten und akzessorischen Herztöne bei unmittelbarer Auskultation des Herzens. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVII, 1-2.) — Sur les bruits cardiaques dédoublés ou accessoires dans l'auscultation immédiate du cœur.

Oefele (von). Pathologischer Wassergehalt des Kotes. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 26 juin.) — Teneur pathologique des fèces en liquide.

Perugia (A.). Polso lento permanente. (*Gazz. degli Osped.*, 9 juillet.)

Plessi (A.). Sul triangolo paravertebrale opposto di Grocco; nota semeiotica. (*Riv. critica di clinica medica*, 1er juillet.)

Richardson (H.). Cholemia in neurasthenia. (*Amer. Medicine*, 15 juillet.)

Rolleston (H. D.). Diseases of the liver, gallbladder and bile-ducts. In-8°, 794 p. avec fig. Londres. — Les maladies du foie, de la vésicule et des voies biliaires.

Rosewater (N.). A case of lithæmic gangrene, a contribution to Haig's uric acid theory. (*New York Med. Journ.*, 22 et 29 juillet.)

Rubow (V.). Den hyperacide mavesaft og dens bestemmelse ved det Sahliske provemaaltid. (*Hospitalstidende*, 5, 12 et 19 juillet.) — L'hyperchlorhydrie gastrique et son examen par le repas d'épreuve de Sahli.

Schottmüller (H.). Zur Aetiologie der Pneumonia crouposa. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 juillet.)

Seifert (M. J.). Traumatic cerebral diabetes. (*Amer. Medicine*, 8 juillet.)

Snell (S.). The duration of life after the appearance of albuminuric retinitis. (*Lancet*, 15 juillet.) — La survie dans la rétinite brightique.

MALADIES INFECTIEUSES

Bestelmeyer (G. von). Der Unterleibstyphus in der bayerischen Armee von 1874-1904. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.) — La fièvre typhoïde dans l'armée bavaroise de 1874 à 1904.

Franke. Ein Beitrag zur Frage der Contagiosität des Erysipels. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 1-3.)

Frankenburger (A.). Erhebungen und Betrachtungen über 10 Jahre Sterblichkeit an Tuberkulose in Nürnberg, mit besonderer Berücksichtigung der Lungentuberkulose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.) — La mortalité par tuberculose à Nuremberg de 1894 à 1903.

Hauser (G.). Ueber einen Fall von beiderseitiger abgeheilter Lungenspitzentuberkulose mit Bronchiektasien bei gleichzeitiger Tuberkulose des Kehlkopfes. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.) — Tuberculose des deux sommets avec dilatation des bronches et tuberculose laryngée; guérison.

Hecht (A.). Die epidemische Genickstarre in Oberschlesien. (*Therap. Monatsh.*, juillet.) — L'épidémie de méningite cérébro-spinale dans la Haute-Silésie.

Heissler. Eine Masernepidemie. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 juillet.) — Epidémie de rougeole.

Jackson (T. W.). Some phases of tropic malarial disease. (*Amer. Medicine*, 1er juillet.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Leers (O.). Zur Lehre von den traumatischen Neurosen. (*Berlin. Klinik*, juillet.)

Mircoli (S.). Fenomeno atassico-vertiginoso in lesioni cerebrali extra-cerebellari. (*Gazz. degli Osped.*, 9 juillet.)

Mori (G.). Caso di priapismo permanente. (*Gazz. degli Osped.*, 30 juillet.)

Müller (E.). Ueber einige weniger bekannte Verlaufsformen der multiplen Sklerose. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juillet.) — Formes anomales de la sclérose en plaques.

Murdoch (F. H.). Two cases of epilepsy, the result of gastro-intestinal disturbance. (*Med. News*, 15 juillet.)

Ortali (C.). Frenosi a base uremica. (*Gazz. degli Osped.*, 23 juillet.) — Les psychoses d'origine urémique.

Patterson (R. V.) et **McCarthy** (D. J.). 2 cases of Korsakoff's psychosis, with neuropathologic findings in one of the cases. (*Amer. Medicine*, 1er juillet.)

Reinhold (G.). Ueber Dementia paralytica nach Unfall. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 juillet.) — Paralysie générale consécutive à un traumatisme.

Riva (G.). Un caso di glossoplegia unilaterale isolata da probabile intossicazione per ossido di carbonio. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXXI, 2.)

Sabrazès (J.) et **Calmettes** (A.). Tic des doigts et mouvements athétoïdes des tabétiques. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 2 juillet.)

Salles. Nevrite palustre localisada; contribuição ao estudo dos nevrites periphericas. (*Brazil-medico*, 8 juillet.)

Sterling (W.). Untersuchungen über das Vibrationsgefühl und seine klinische Bedeutung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIX, 1-2.) — La sensibilité vibratoire et sa valeur clinique.

Strümpell (A.). Bemerkungen über die Behandlung der Epilepsie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.) — Sur le traitement de l'épilepsie.

CHIRURGIE

Madelung (O.). Ueber den postoperativen Vorfall von Baucheingeweiden. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 2.) — De l'éviscération post-opératoire spontanée.

Makins (G. H.). Some remarks on three cases of separation of the descending process of the upper tibial epiphysis in adolescents. (*Lancet*, 22 juillet.) — 3 cas de disjonction de l'apophyse descendante de l'épiphyse supérieure du tibia chez des adolescents.

Mann (A. T.). Rapid healing in septic cases, including the use of iodoform wax in bone cases. (*New York Med. Journ.*, 22 juillet.) — Guérison rapide dans des cas infectés, notamment au point de vue du plombage des os à l'iodoforme.

Mattos (J. de). A escopolamina na anesthesia cirurgica geral. (*Porto medico*, juillet.)

McKay (W. J. S.). The preparation and after-treatment of section cases. In-8°, 672 p. avec fig. Londres. — La préparation des malades à la laparotomie et les soins consécutifs.

Meixner (K.). Zwei Fälle von Struma baseos linguæ. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 1-3.)

Metzger (C.). Das Syndrom der larvierten Colica appendicularis. (*Wien. med. Presse*, 30 juillet.)

Meyer (Willy). Carcinoma of breast; ten years' experience with my method of radical operation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 juillet.) — Traitement chirurgical du cancer du sein.

Moore (J. E.). Splanchnoptosis from a surgical standpoint. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 juillet.)

Morisani (D.). Gli orizzonti della moderna chirurgia. (*Riforma med.*, 18 mars.)

Morrison (W. H.). Gastrojejunostomy for benign stenosis of the pylorus. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mai.)

Most (A.). Zur Chirurgie der Halsdrüsen. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 29 juillet.) — Sur la chirurgie des ganglions cervicaux.

Müller (B.). Ueber den Einfluss der Gasgemischnarkosen auf die inneren Organe. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 2.) — Influence de l'anesthésie par les mélanges gazeux sur les organes.

Murdy (R. L.). Gun-shot wound of the stomach. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 juillet.) — Plaie de l'estomac par coup de feu.

Myers (T. H.). Congenital absence of tibia; transplantation of the head of the fibula : arthrodesis at the ankle joint. (*Med. Record*, 15 juillet.)

Negroni (G.) et **Zoppi** (A.). Ueber Elephantiasis lymphorrhagica des Penis und des Scrotums in Folge narbiger Unterbrechung der inguinocruralen Lymphbahnen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 1.)

Neumann (A.). Retroperitoneales Lipom der Nierenfettkapsel im Kindesalter. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 2.) — Lipome rétropéritonéal de l'atmosphère adipeuse du rein chez un enfant.

Pegram (J. C.). Penetrating bullet wound of abdomen passing through the spleen, stomach, vertebra, and spinal cord; laparotomy and suture of stomach wounds; recovery; subsequent laminectomy and removal of bullet from spinal cord; recovery. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu traversant la rate, l'estomac, une vertèbre et la moelle; laparotomie; guérison; laminectomie consécutive et extraction de la balle; guérison.

Percy (J. F.). The practical significance of certain common symptoms in the upper abdomen. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 juillet.)

Perthes (G.). Zur Pathologie und Therapie der Hirschsprung'schen Krankheit (Megacolon congenitum). (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 1.)

Pfihl. Tumeur volumineuse de la parotide gauche (adénomyxochondrosarcome); extirpation; guérison. (*Arch. de méd. navale*, juillet.)

Phocas (G.). Περὶ θεραπείας τῶν καταγμάτων. (Χειρουργικὴ ἐπιθεώρησις, juillet.) — Sur le traitement des fractures.

Pluyette (E.) et **Bruneau** (A.). Des anévrysmes artério-veineux de la sous-clavière. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Poncet (A.) et **Delore** (X.). Pylorectomie, avec gastrectomie plus ou moins étendue, dans le cancer de l'estomac. (*Lyon méd.*, 23 juillet.)

Rausch (E.). Ueber Gallenfluss nach Echinokokkenoperation. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 2.) — Ecoulement de la bile consécutif à une opération pour kyste hydatique.

Ricard et **Chevrier**. De la tuberculose et des sténoses tuberculeuses du pylore. (*Rev. de chir.*, mai, juin et juillet.)

Richardson (M. H.). Remarks on appendicitis. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 23 mars.)

Riedel. Geistige Schwäche und körperliche Leiden auf chirurgischem Gebiete (Hydrops genu permagnum). (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 2.) — Imbécillité et affection somatique en chirurgie.

Rubritius (H.). Ueber subkutane Darmrupturen. (*Prag. med. Wochensch.*, 6, 13 et 20 juillet.) — Sur les ruptures sous-cutanées de l'intestin.

Ruggi (G.). Nuovo processo di plastica delle pareti addominali. (*Policlinico*, 23 juillet.)

Schultze (F.). Beitrag zur Magenchirurgie, eine Modifikation der Kocher'schen Magenresektion. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 1-3.)

Sheen (W.). On ligature of the innominate artery. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Sur la ligature du tronc brachio-céphalique.

Stewart (D. D.). Epigastric linea alba hernia as a little recognized source of abdominal pain and of gastric symptoms. (*Amer. Medicine*, 29 juillet.) — La hernie de la ligne blanche comme cause peu connue de douleurs abdominales et de troubles gastriques.

Stieda (A.). Beitrag zur Frage des Verschlusses traumatischer Schädeldefecte. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 2.) — Sur l'occlusion des pertes de substance du crâne consécutives à un traumatisme.

Sträter (M.). Over de diagnose en operatie der hernia obturatoria incarcerata. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 22 juillet.)

UROLOGIE

Jerome (W. J. S.). The influence of fruit on the precipitation of the uric acid of the urine. (*Lancet*, 15 juillet.)

Kock (A.). Den funktionelle nyrediagnostik og dens betydning specielt for nyrekirurgien. In-8°, 181 p. Copenhague. — Le diagnostic fonctionnel du rein et sa valeur en chirurgie rénale.

Lindemann (L.). Zum Nachweis der Azetessigsäure im Harn. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 juillet.) — Sur la recherche de l'acide diacétique dans l'urine.

Loumeau (E.). Prostatectomie périnéale par la méthode de Young. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 23 juillet.)

Mastrosimone (F.). Nuovo processo di nefropessia stabile. (*Policlinico*, 16 juillet.)

Nicolich. Abcès rétro-vésical; perforation spontanée de l'intestin après l'ouverture de l'abcès. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1er avril.)

Oberländer (F. M.). Die Therapie der Prostatahypertrophie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 juillet.)

Plummer (S. C.). Inguinal hernia of the bladder; report of a case; remarks on diagnosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 juillet.) — Cystocèle inguinale.

Ponziani (G.). Sui risultati lontani della cura chirurgica del varicocele. (*Clinica moderna*, 5 juillet.)

Rivet. Considérations sur la thérapeutique chirurgicale de l'hypertrophie de la prostate. (*Gaz. méd. de Nantes*, 5 août.)

Rovsing (Th.). Ueber Indicationen und Resultate der Nierenexstirpation, speciell bei Nierentuberculose. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 1.) — Indications et résultats de la néphrectomie, notamment dans la tuberculose rénale.

Stieda (A.). Die accessorischen Gänge am Penis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 1.) — Sur les conduits para-uréthraux.

Surveyor (N. F.). A clinical method for the quantitative estimation of uric acid in urine. (*Brit. Med. Journ.*, 8 juillet.)

Tenney (B.). The diagnosis of renal and ureteral calculi. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 8 juin.)

Thorndike (P.). Notes on operations for renal and ureteral stone. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 8 juin.)

Young (H. H.) et **Churchman** (J. W.). The possibility of avoiding confusion by the smegma bacillus in the diagnosis of urinary and genital tuberculosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

OPHTALMOLOGIE

Cazalis (C.-A.). Sur la prétendue guérison de la cataracte sans opération. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Coppez (H.). La conjonctivite printanière. (*Policlinique*, 15 juillet.)

Decherd (H. B.). Some remarks on sudden blindness following orbital injuries. (*Med. News*, 8 juillet.) — Cécité subite, consécutive à des traumatismes de l'orbite.

Dubar (L.). Scotomes hémianopsiques; scotomes, inférieur droit et externe gauche, survenus subitement à trois ans d'intervalle; atrophie papillaire double. (*Echo méd. du Nord*, 23 juillet.)

Evans (J. J.). Indirect injuries of the optic nerve. (*Brit. Med. Journ.*, 8 juillet.)

Fisher (E. D.). The value of the recognition of errors of refraction in functional diseases of the nervous system. (*New York Med. Journ.*, 22 juillet.)

Frenkel (H.). Etude sur les myopies traumatiques. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Sachsalber (A.). Zur Aetiologie der Pinguecula und des Pterygiums. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 fév., 2 mars et 20 juillet.)

Salzer (F.). Was lehrt uns die neueste bayerische Blindenstatistik? (*Münch. med. Wochensch.*, 11 juillet.) — Quelles conclusions tirer de la dernière statistique des aveugles en Bavière?

Valude (E.). Sur l'ophtalmia nodosa. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Van der Brugh (J. P.). Torticollis ocularis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 5 août.)

Van Duyse. Prolifération lymphomateuse hyaline de la conjonctive bulbaire droite; guérison par les rayons X; considérations sur quelques pseudoplasmes de la conjonctive. (*Arch. d'ophtalmol.*, juillet.)

Vogt (A.). Dislocation lentis spontanea als erbliche Krankheit. (*Zeitsch. f. Augenheilk.*, XIV, 2.) — Hérédité de la luxation spontanée du cristallin.

Worth (C.). Squint; its causes, pathology, and treatment. 2e éd. In-8°, 231 p. Londres. — Le strabisme.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Basso (G. L.). Ueber Autolyse der Placenta. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXVI, 1.)

Jones (H. C.). Fetal death from looping of cord. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 juillet.) — Mort du fœtus par circulaires du cordon.

Kallmorgen (W.). Myome und Ovarialtumoren als Indikation zum Kaiserschnitt. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.)

Khek (J.). Cysta dermoidální prekázkou porodní. (*Casopis lékaru ceskych*, 29 juillet.) — Dystocie par kyste dermoïde.

Koblanck. Die Betciligung der Harnwege beim Uteruskarzinom und ihre operative Behandlung; ein Beitrag zur Frage : Abdominale oder vaginale Uterusexstirpation? (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.)

Kownatzki. Zur Behandlung der freien puerperalen Peritonitis mit Laparotomie und Drainage. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 juillet.)

Küstner (O.). Die Indikationen und Kontraindikationen der Bauchhöhlendrainage nach der Laparotomie. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.) — Indications et contre-indications du drainage péritonéal après la laparotomie.

Küttner (O. von). Zwei Fälle von Pubiotomie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 juillet.)

Latzko (W.). Zur abdominellen Operation des Gebärmutterkrebses. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 juillet.) — De l'hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus.

Lee (H. M.). Report of two cases of ectopic gestation and a case of gastric ulcer. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Maguin. Moyen simple, pratique et efficace d'empêcher les déchirures du périnée pendant l'accouchement. (*Echo méd. du Nord*, 9 juillet.)

Malsbary (G. E.). Tuberculosis and pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.) — Tuberculose et grossesse.

Müller (A.). Sectio cæsarea conservativa bei Tympania uteri. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 juillet.)

Neumann (J.). Die Sectio cæsarea an der Klinik Schauta. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 juillet.)

Nijhoff (G. C.). Schwangerschaft und Carcinoma recti. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 15 juillet.) — Grossesse et cancer du rectum.

Noce (S.). L'ematocele peri-uterino nella pratica. (*Morgagni*, juillet.)

Oliver (J. H.). Quiste dermoideo, grande, del ovario derecho, con torsión del pediculo. (*Rev. méd. del Uruguay*, mai.)

Opitz (E.). Die Pyelonephritis gravidarum et puerperarum. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.)

Persenaire (J. B. C.). Placenta prævia en spoeddilatatie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 22 juillet.)

Peterson (R.). Migratory uterine fibroids. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Pincus (L.). Zur konservativen Behandlung der Myome des Uterus. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 3.)

Preuss (J.). Die Pathologie der Geburt nach Bibel und Talmud. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 3.) — La pathologie de l'accouchement d'après la Bible et le Talmud.

Reiche (F.). Tuberkulose und Schwangerschaft. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 juillet.) — Tuberculose et grossesse.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Chavasse (P.) et **Toubert** (J.). Etude sur les complications temporales et endocrâniennes d'origine otitique observées à la clinique otologique du Val-de-Grâce de 1898 à 1904. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin et juillet-août.)

Cornet (P.). Diplacousie dysharmonique. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Cozzolino (O.). A propos du stridor laryngé congénital. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Dudley (W. H.). Quelques remarques sur un cas de cholestéatome publié l'année dernière. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Eitelberg (A.). Glossen zur Behandlung der akuten eitrigen Mittelohrentzündung. (*Therap. Monatsh.*, juillet.) — Sur le traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée.

Escat (E.). Un cas de glossite basique phlegmoneuse. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Frey (H.). Die Diagnose und Chirurgie des otitischen Hirnabszesses. (*Wien. med. Presse*, 2 et 9 juillet.) — Diagnostic et chirurgie de l'abcès cérébral d'origine otique.

Garel (J.). Trois cas de tumeurs télangiectasiques de la gorge. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 1er juillet.)

Gerber. Die bakteriologische und die klinische Diagnose bei den fibrinösen Entzündungen der oberen Luftwege. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 31 juillet.) — Le diagnostic bactériologique et clinique dans les inflammations fibrineuses des voies respiratoires supérieures.

Golesceano (C.). Les épreuves auditives chez l'aveugle; campimétrie auriculaire. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mai-juin.)

Hamm. Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose. (*Therap. Monatsh.*, juillet.) — Le traitement de la tuberculose laryngée.

Hélot. Ulcère rongeant de la face à marche rapide chez un malade ayant présenté une ulcération narinaire trophique. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Henkes (I. C.). Een geval van keratosis laryngis circumscripta. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 8 juillet.)

Kerley (C. G.). Symptomatology of acute otitis in children. (*New York Med. Journ.*, 8 juillet.)

Killian. Die Tracheo-Bronchoskopie in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 2.)

Kuttner (A.). Ist die Kehlkopftuberkulose als eine Indikation zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 et 24 juillet.) — La tuberculose laryngée constitue-t-elle une indication de l'avortement provoqué?

HYGIÈNE

Brüning (H.). Untersuchungen der Leipziger Marktmilch, mit besonderer Berücksichtigung der in derselben nachweisbaren Streptokokken. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 1.) — Le lait du marché à Leipzig, surtout en ce qui concerne sa teneur en streptocoques.

Buchanan (G. S.). Rates of attack by enteric fever in 90 large towns of England and Wales. (*Lancet*, 8 juillet.)

Giusti (G.). Norme pratiche per dichiarare accettabili i viveri per parte delle commissioni della regia marina. In-8°, 49 p. avec fig. Spezia. — Règlement relatif à la réception des denrées alimentaires destinées à la marine italienne.

Kister et **Schumacher.** Untersuchung von pestverdächtigen Ratten aus in Hamburg eingelaufenen Schiffen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, LI, 1.) — L'examen des rats suspects de peste.

Rapport général présenté à M. le ministre de l'intérieur, par l'Académie de médecine, sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1903. In-4°, 115 p. Melun. Impr. administrative.

Solbrig. Ueber die von den Impfärzten zu befolgenden Vorschriften. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 10 juillet.) — Sur le règlement imposé aux médecins vaccinateurs.

Surmont (H.). Essai d'une statistique de la mortalité médicale dans le département du Nord. (*Echo méd. du Nord*, 23 juillet.)

Toy (J.). La réglementation de la défense sanitaire contre la peste, le choléra et la fièvre jaune, d'après la convention de Paris (1903). In-8°, 474 p. avec cartes.

Watson (Ch.). The increase in the consumption of animal food: a survey of the past 50 years. (*Brit. Med. Journ.*, 8 juillet.) — L'augmentation de la consommation de viande au cours des 50 dernières années.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Arquembourg (L.). A propos de l'opothérapie rénale. (*Echo méd. du Nord*, 9 juillet.)

Courmont (J.). Injections intraveineuses de sérums thérapeutiques. (*Lyon méd.*, 9 juillet.)

Coutts (J. A.). On the treatment of acute summer diarrhœa in infants. (*Lancet*, 29 juillet.) — Traitement de la gastro-entérite aiguë du nourrisson.

Dörfler (H.). Beitrag zur Behandlung der Pleuritis exsudativa im Verlaufe der Lungentuberkulose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.)

Frey (E.). Die Vermeidung der Nierenreizung nach grossen Salizylgaben. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 juillet.) — Prophylaxie de l'irritation rénale consécutive à l'administration de l'acide salicylique à haute dose.

Kilbane (E. F.). The hypodermic use of the salicylate of mercury in the treatment of syphilis. (*Med. Record*, 29 juillet.)

Kühn (H.). Ueber die angeblichen Gegenindikationen für die Anwendung des Chloralhydrats allein und in Verbindung mit Morphium auf Grund von eigenen Beobachtungen. (*Therap. Monatsh.*, juillet.) — Sur les prétendues contre-indications du chloral seul ou associé à la morphine.

Plant (H. W.) et **Steele** (P.). Treatment of serous effusions by injection of adrenalin chloride. (*Brit. Med. Journ.*, 15 juillet.)

Porter (W. H.). Rectal alimentation. (*Amer. Medicine*, 1er juillet.)

Rosenau (M. J.). The immunity unit for standardizing diphtheria antitoxin (based on Ehrlich's normal serum). In-8°, 92 p. avec fig. Washington.

Ruelle. Un traitement de la lèpre usité au Mossi (Soudan français). (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Sabrazès (J.) et **Delaunay** (A.). Eruptions scarlatinoïdes et urticarienne successives après sérothérapie antidiphtérique sans réaction précipitante du sérum. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 30 juillet.)

Schmitt (J.). Le traitement du choléra infantile. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juillet.)

Suber (Hj.). Till fraagan om antidifteriserums dosering. (*Hygiea*, juillet.)

Suchier (R.). Die Behandlung der habituellen Obstipation. (*Wien. med. Presse*, 23 et 30 juillet et 6 août.) — Traitement de la constipation habituelle.

Trimble (W. B.). Nævus pilosus pigmentosus and other skin lesions treated with liquid air. (*Med. Record*, 8 juillet.)

Winters (J. E.). The treatment of diarrhea in children. (*Med. News*, 15 juillet.) — Traitement de la diarrhée infantile.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Allen (Ch. W.). Radiotherapy and phototherapy, including radium and high frequency currents. In-8°, 618 p. Londres.

Beck (Carl). Skiagraphic and therapeutic factors in tuberculosis of bones and joints. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mai.) — Radiographie et traitement de la tuberculose ostéo-articulaire.

Clopatt (A.). Ueber einen Fall von Mediastinaltumor, erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandelt. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 juillet.) — Tumeur du médiastin; radiothérapie; guérison.

Falta (M.). Das Radium in der Trachomtherapie. (*Wien. med. Wochensch.*, 29 juillet.)

Heineke (H.). Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Knochenmark, nebst einigen Bemerkungen über die Röntgentherapie der Leukämie und Pseudoleukämie und des Sarcoms. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 1-3.) — Action des rayons de Röntgen sur la moelle osseuse; remarques sur la radiothérapie de la leucémie, de la pseudo-leucémie et du sarcome.

Leonard (C. L.). The treatment of some neuralgias by the Röntgen ray. (*Amer. Medicine*, 8 juillet.)

Lossen (J.) et **Morawitz** (P.). Chemische und histologische Untersuchungen an bestrahlten Leukämikern. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIII, 3-4.) — Recherches chimiques et histologiques sur des cas de leucémie soumis à la radiothérapie.

Tizzoni (G.) et **Bongiovanni** (A.). L'azione dei raggi del radio sul virus rabido in vitro e nell'animale. (*Riforma med.*, 6 mai.)

BACTÉRIOLOGIE

Besredka. Etudes sur le bacille typhique et le bacille de la peste. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet.)

Dopter (Ch.). Sur quelques points relatifs à l'action pathogène de l'amibe dysentérique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet.)

Elischer (J. von) et **Kentzler** (J.). Ueber die baktericide Eigenschaft des Typhusserums. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 juillet.) — Sur le pouvoir bactéricide du sérum typhique.

Gosio (B.). Indicatoren des Bakterienlebens und ihre praktische Bedeutung. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, LI, 1.) — Les indicateurs de la vie microbienne et leurs applications en pratique.

Manteufel (P.). Erfahrungen mit der Gruber-Widal'schen Reaktion bei Berücksichtigung der Mitagglutination von Paratyphusbazillen. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 juillet.)

Milmann (M.). Sur l'action désinfectante du pétrole (en russe). (*Roussk. Vratch*, 11 juin.)

Müller (O.). Ueber den Nachweis von Typhusbacillen im Trinkwasser mittels chemischer Fällungsmethoden, insbesondere durch Fällung mit Eisenchlorid. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, LI, 1.) — Recherche du bacille d'Eberth dans l'eau potable par les procédés chimiques de défécation, notamment en précipitant par le perchlorure de fer.

Perrone. Contribution à l'étude de la bactériologie de l'appendicite. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

Pottevin (H.). Contribution à la bactériologie des gastro-entérites infectieuses. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet.)

Wassermann (A.) et **Citron** (J.). Zur Frage der Bildung von bakteriellen Angriffsstoffen im lebenden Organismus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 juillet.) — Sur la formation des aggressines dans l'organisme vivant.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Cumston (C. G.). Paul Portal, his life and treatise on obstetrics, with reflections on the science of the obstetrical art in France from the Renaissance to the 18th century. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin et juillet.)

Durodié. La peste à Bordeaux aux XVIe et XVIIe siècles; rôle des chirurgiens pendant la contagion. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 2, 9 et 16 juillet.)

Merkel (J.). Johann Lukas Schönlein. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 juillet.)

Politzer (A.). Joseph Toynbee; esquisse historique-biographique. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 8 avril.)

Steiner (W. R.). A contribution to the history of medicine in Maryland during the Revolution, 1775-1779. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, juillet.)

NOUVELLES

FRANCE

~~ La direction de l'hygiène et de l'assistance publiques au ministère de l'intérieur vient d'être confiée à d'autres mains. M. H. Monod, qui, depuis une vingtaine d'années, était à la tête de ce service, a été remplacé par M. L. Mirman, député. Ce n'est pas dans la qualité du nouveau directeur que réside la singularité du fait : ce poste a toujours été occupé par une personnalité non médicale. M. Monod était préfet avant d'être nommé directeur, et, s'il a aujourd'hui pour successeur un homme politique, il n'y a pas là de quoi s'étonner. D'ailleurs, M. Mirman est un esprit cultivé, ancien élève de l'Ecole normale supérieure, agrégé des sciences. Il n'y a donc rien à dire quant au choix. Mais le point qui mérite d'être signalé, c'est que le décret qui a nommé M. Mirman porte : « en remplacement de M. H. Monod, admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite ». Or, M. Monod déclare, dans une lettre rendue publique, que « ce n'est pas sur sa demande qu'il a été mis à la retraite ». Le décret a paru dans le *Journal Officiel* du 16 octobre, et c'est le 15 de ce mois, alors qu'il se trouvait à Venise pour représenter le ministre de l'intérieur au Congrès international d'hydrologie et de climatologie, que M. Monod a reçu de M. Etienne un billet daté du 9 (veille de la signature du décret nommant M. Mirman) et lui annonçant la décision prise par le gouvernement.

La formule que le ministre de l'intérieur a employée dans la rédaction du décret du 10 octobre n'étant point acceptée par l'intéressé, il reste que M. Monod a été purement et simplement remercié de ses services. Le ministre de l'intérieur a rompu avec son collaborateur sans même lui faire connaître les motifs de la décision du gouvernement, c'est-à-dire, dans l'espèce, de sa décision à lui; mais le congé, pour être brutal, en est-il moins justifié? Nous ne le pensons pas, car, pour notre part, nous avons eu bien souvent l'occasion d'adresser à la direction de l'hygiène et de l'assistance publiques des critiques dont les événements ont démontré le bien fondé. Naguère nous avons attiré l'attention sur les vaines menaces que M. Monod avait dirigées contre le Corps médical au sein de l'Académie de médecine, trop attentive aux paroles de celui qui plaidait *pro domo*, et surtout se complaisant trop aux flatteries intéressées. Trois mois se sont à peine écoulés depuis lors, et voilà le fonctionnaire jeté par terre!

M. Monod était au ministère de l'intérieur le dernier représentant du triumvirat qui a dirigé pendant de longues années les affaires sanitaires de la France. De cet organisme tout puissant, il ne reste aujourd'hui plus rien. La dislocation a été pour chacun des trois personnages quelque peu brutale, il sont tous partis malgré leur volonté : Proust, l'inspecteur général des services sanitaires, mourut subitement à la fin de novembre 1903; peu après, le 12 janvier 1904, M. Brouardel s'est vu brusquement retirer par M. Combes la présidence du Comité consultatif d'hygiène publique de France, sans que le ministre de l'intérieur lui en fît connaître les motifs; maintenant, le même procédé a été employé à l'égard de M. H. Monod.

Nous reconnaissons volontiers que dans l'œuvre du triumvirat sanitaire tout n'est pas à rejeter, et nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'approuver des mesures que les circonstances commandaient. Mais ce qui a vicié, d'une manière pour ainsi dire constante, le fonctionnement du Comité de direction des services de l'hygiène — composé du président du Comité consultatif d'hygiène publique de France, de l'inspecteur général des services sanitaires et du directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques — c'est l'esprit de favoritisme, les complaisances vis-à-vis des pouvoirs publics, l'arbitraire administratif et même l'illégalité. Au seuil d'une direction nouvelle, nous faisons des vœux pour qu'il n'en soit plus ainsi désormais.

~~ Une « Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales » est créée à Marseille, à l'instar de l'Ecole d'application instituée depuis longtemps au Val-de-Grâce pour le service de santé militaire. Elle a pour but de donner aux nouveaux médecins et pharmaciens des troupes coloniales l'instruction professionnelle spéciale, théorique et surtout pratique, nécessaire pour remplir les obligations de service qui incombent au corps de santé des troupes coloniales en France et aux colonies. Les cours commenceront le 1er février pour prendre fin le 1er octobre de chaque année, et seront suivis d'examens de sortie. Les salles coloniales de l'hôpital militaire de Marseille serviront d'hôpital d'instruction à l'Ecole d'application.

PRUSSE

~~ Au cours de la récente épidémie de choléra — laquelle est réellement terminée, puisque depuis le 3 octobre il n'a été constaté que 3 décès, dont le dernier remonte au 9, et que depuis le 16 octobre il ne s'est pas produit de cas nouveau — on a eu l'occasion d'observer que certains cas suspects, pour lesquels un premier examen bactériologique avait été négatif, ont donné un résultat positif à un second examen. Dans ces conditions, le ministre des affaires médicales a décidé qu'il y avait lieu de soumettre tous les cas douteux à deux examens bactériologiques pratiqués à vingt-quatre heures de distance et de ne les déclarer non suspects que si le second examen démontre, comme le premier, l'absence du bacille virgule.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'influence de l'alcoolisme sur la glande thyroïde.

Si nous connaissons depuis fort longtemps l'influence qu'exercent diverses infections et intoxications sur certains organes glandulaires, tels que le rein et le foie, il n'en est pas de même en ce qui concerne le corps thyroïde. L'étude d'une influence semblable n'est cependant pas sans intérêt, car elle peut être susceptible de nous fournir un jour de nouvelles lumières sur le fonctionnement de cet organe, entouré encore de tant de mystères.

Depuis les premières recherches faites dans cette direction il y a dix ans par M. Sokolov (1), plusieurs travaux sont venus nous apporter des renseignements intéressants sur la participation de la glande thyroïde aux affections infectieuses et toxiques. Je rappellerai notamment les recherches fondamentales de MM. Roger et Garnier (2), ainsi que les publications de M. Torri (3) et de M. Crispino (4). Malgré quelques divergences sur des points de détail, ces travaux nous permettent d'affirmer dès maintenant que la glande thyroïde présente des altérations histologiques typiques dans certaines infections et qu'elle est également sensible, comme le prouvent des expériences de laboratoire, à diverses substances chimiques, parmi lesquelles je mentionnerai principalement l'iode et le phosphore.

Sans entrer ici dans le détail de ces recherches — pour lesquelles je renvoie à mon travail précédent sur la thyroïdite et la participation de la glande thyroïde aux infections aiguës et aux intoxications (5) —, je me bornerai à exposer brièvement les résultats de mes investigations concernant l'influence de *l'intoxication alcoolique sur le corps thyroïde*.

I

Avant d'entrer en matière, je tiens cependant à préciser en quelques mots le caractère histologique des lésions qui nous intéressent. Je ferai remarquer d'emblée que la réaction thyroïdienne est sensiblement la même, qu'il s'agisse d'intoxications microbiennes ou de poisons chimiques.

La thyroïde normale se compose de lobules formés par un certain nombre de vésicules dont le diamètre varie d'un cinquantième à un tiers de millimètre. Ces vésicules sont séparées par une trame conjonctive renfermant un riche réseau de capillaires sanguins et de vaisseaux lymphatiques, et tapissées par une couche unique de cellules épithéliales, polygonales dans les vésicules normales, cylindriques dans les vésicules vides, aplaties en cas de compression par le contenu des vésicules.

Ce contenu — la substance colloïde — présente, sur les coupes histologiques, un aspect homogène, mais il renferme souvent des vacuoles, soit une grande vacuole centrale, soit de nombreuses vacuoles périphériques, les unes et les autres artificiellement produites par le réactif fixateur, que ce soit le formol, le sublimé ou tout autre liquide employé à cet effet. Quant à son affinité à l'égard des matières colorantes, je rappellerai que la substance colloïde prend, à l'état normal, l'éosine et l'acide picrique, pour ne mentionner que les réactifs les plus connus.

Les altérations qu'elle offre dans les cas qui nous occupent sont caractérisées par un état granuleux, par l'apparition d'un grand nombre de petites vacuoles réparties sur tout le contenu de la vésicule, par sa transformation en un réseau de filaments minces et, enfin, par sa disparition complète. La colorabilité change en même temps et le contenu des vésicules prend l'hématoxyline au lieu de l'éosine (surtout dans sa modification granuleuse), ou reste presque incolore.

Ces altérations de la matière colloïde sont accompagnées généralement d'une desquamation plus ou moins prononcée des cellules épithéliales qui pénètrent dans l'intérieur des follicules et nagent dans leur contenu liquéfié, tantôt isolément, tantôt en formant des chaînettes, tantôt enfin en essaim. Les vésicules complètement privées de colloïde se trouvent remplies d'amas cellulaires. Les cellules desquamées offrent tous les degrés de dégénérescence.

J'ajoute encore que ces lésions sont d'ordinaire associées à une très forte hyperémie, les capillaires — vides dans la thyroïde normale — étant remplis au maximum et faisant souvent hernie dans l'intérieur du follicule.

II

Passons maintenant à l'influence de l'alcoolisme.

En examinant de nombreuses thyroïdes provenant de sujets morts des affections les plus variées, j'avais pu constater, en confirmation des recherches de MM. Roger et Garnier, que la glande présente dans certaines infections les lésions que je viens de signaler. Je fus frappé cependant par ce fait, que dans la pneumonie aiguë seuls les sujets atteints en même temps de délire alcoolique étaient porteurs de lésions thyroïdiennes graves. Cette constatation me fit penser que l'alcool pourrait ne pas être étranger à la production de ces altérations. N'ayant pas rencontré, dans ma première série de 50 glandes, de cas où le décès fût dû exclusivement à l'alcoolisme, sans concomitance de quelque infection aiguë, je dus laisser la question en suspens. Une deuxième série de 67 cas, examinés par mon interne, M. Sarbach, fut plus démonstrative à cet égard.

Elle contient, en effet, 4 faits où l'alcoolisme n'était accompagné d'aucune affection susceptible de modifier l'aspect histologique de la thyroïde.

Le plus concluant d'entre eux est celui d'une femme, alcoolique invétérée, qui avait succombé à une rupture traumatique de la rate. L'examen histologique démontra l'absence presque complète de matière colloïde et une desquamation très accusée des cellules épithéliales. L'hyperémie était peu prononcée, la patiente étant morte par hémorrhagie interne.

Une constatation analogue, avec une hyperémie considérable en plus, fut faite chez un homme, alcoolique également de longue date, qui avait succombé à un accès de délire alcoolique sans aucune affection inflammatoire concomitante.

Dans une troisième glande, provenant d'une personne atteinte d'alcoolisme chronique et ayant succombé à une apoplexie cérébrale, nous trouvâmes des lésions semblables, et il en fut de même chez le quatrième sujet, mort de délire alcoolique à l'occasion de brûlures insignifiantes n'ayant pas donné lieu à un état infectieux. Nous aurions pu être tentés d'attribuer ici les lésions thyroïdiennes aux brûlures, si nous n'avions pas trouvé une thyroïde absolument normale chez un individu non alcoolique mort de brûlures très étendues.

Des lésions histologiques analogues furent constatées chez 3 autres sujets atteints, en plus de leur alcoolisme, d'affections inflammatoires: deux fois de pneumonie, une fois de cholécystite. Ici également nous devons accuser l'alcoolisme, et non point l'affection concomitante, car la série de M. Sarbach comprend 4 observations de pneumonie aiguë chez des sujets non alcooliques, où les lésions thyroïdiennes étaient fort peu accusées, sinon nulles.

Un troisième groupe de faits concerne 4 alcooliques présentant des lésions thyroïdiennes moins intenses, quoique indiscutables, et attribuables exclusivement à l'intoxication éthylique.

Dans 2 cas seulement, les thyroïdes d'alcooliques furent reconnues indemnes. Il n'y a là cependant rien qui puisse nous étonner, et la réalité de l'influence de l'intoxication alcoolique ne saurait être infirmée par des exceptions d'ailleurs peu nombreuses, pas plus que l'on ne niera l'étiologie alcoolique de la cirrhose du foie, parce que tout alcoolique n'est pas nécessairement cirrhotique.

Il m'a paru intéressant, à la suite de ces constatations, de comparer des thyroïdes provenant d'une région très éloignée de tout pays goitreux avec celles du haut plateau du Jura, qui, pour être à peu près indemne de goitre endémique, reçoit toujours un certain contingent de sujets goitreux des régions voisines de la Suisse. J'ai pu me procurer, grâce à l'obligeance de M. Fränkel, prosecteur de l'hôpital Eppendorf, à Hambourg, 24 thyroïdes recueillies dans cet établissement, parmi lesquelles 2 me furent signalées comme provenant d'alcooliques. L'une d'elles était malheureusement inutilisable, étant goitreuse. L'autre présentait les altérations que j'ai décrites plus haut.

III

On pourrait se demander si ces altérations parenchymateuses ne sont pas, en partie du moins, la conséquence de l'hyperémie congestive telle qu'elle se produit dans le délire alcoolique aigu. Or, il résulte des recherches expérimentales de notre élève M. Luthi, que la stase veineuse la plus intense n'est pas capable de donner naissance à de telles lésions parenchymateuses, aussi longtemps qu'il n'y a pas rupture des capillaires et irruption du sang dans les vésicules. Nous en concluons que les altérations en question ne sont pas accidentelles, susceptibles de se produire sous l'effet d'une congestion quelconque, mais qu'elles résultent d'une influence directe du poison sur le parenchyme. D'ailleurs, il convient de faire remarquer à ce propos que, dans 2 des observations les plus typiques de M. Sarbach, la mort n'était pas survenue dans le délire alcoolique.

IV

De nouvelles recherches seront encore nécessaires pour étudier cette question de plus près, mais nous croyons pouvoir affirmer, dès maintenant, que l'alcoolisme est susceptible de produire, dans la glande thyroïde, des lésions histologiques nettement caractérisées.

Il est évident que ces lésions ne sauraient rester sans répercussion sur le fonctionnement de la glande. Malheureusement, il est moins aisé de préciser la nature de ces troubles fonctionnels. Il convient, en effet, de ne pas perdre de vue que l'absence de matière colloïde ne peut être considérée comme preuve d'une diminution de la sécrétion, c'est-à-dire comme un signe certain d'hypo ou d'athyroïdisme. Nous savons, au contraire, que, dans certaines circonstances — dans le goitre basedowien, par exemple —, l'absence de matière colloïde peut coïncider

(1) Sokolov. Des lésions du corps thyroïde dans quelques affections aiguës et chroniques (en russe). (*Bolnitchnaïa gaz. Botkina*, 1895, n° 9. — Analysé *in Virchow-Hirsch Jahresbericht*, 1895, XXX.)

(2) H. Roger et M. Garnier. La glande thyroïde dans les maladies infectieuses. (*Presse méd.*, 19 avril 1899.) — Neue Untersuchungen über den Zustand der Schilddrüse bei den Pocken. (*Virchows Arch.*, 1903, CLXXIV, 1.)
M. Garnier. La glande thyroïde dans les maladies infectieuses. (*Thèse de Paris*, 1899.)

(3) O. Torri. La tiroide nei morbi infettivi; ricerche anatomo-patologiche e sperimentali. (*Policlinico*, 15 mars, 15 avril et 15 mai 1900.)

(4) M. Crispino. La tiroide nella infezione ed intossicazione sperimentale. (*Giorn. dell'Assoc. napol. dei medici e natural.*, 1902, XII, 3, et *Semaine Médicale*, 1903, p. 41.)

(5) F. de Quervain. Die akute, nicht eiterige Thyreoiditis, und die Beteiligung der Schilddrüse an akuten Intoxikationen und Infektionen überhaupt. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, 1904, 2e supplément.)

avec une suractivité thyroïdienne indiscutable. Tout dépend des relations existant entre la production et la résorption, le manque de substance colloïde pouvant provenir ou d'un défaut de production, ou d'une résorption trop active.

Ce qui est certain, par contre, c'est l'altération *qualitative* du produit de la glande. Cette altération se compose d'une modification de la *consistance* (liquéfaction), démontrée par l'aspect vacuolisé et filamenteux signalé plus haut, et de modifications *chimiques* prouvées par les changements des réactions à l'égard des matières colorantes.

Il m'a paru intéressant, à ce sujet, de faire examiner un certain nombre de thyroïdes d'alcooliques en ce qui concerne leur teneur en iode; ce travail a été exécuté par M. Aeschbacher dans le laboratoire de chimie biologique de M. le professeur Heffter, à la Faculté de médecine de Berne. Il résulte de ces analyses qu'en moyenne la quantité d'iode est diminuée dans ces glandes, résultat rendu probable d'emblée par la disparition partielle de la matière colloïde. Nous nous bornons, pour le moment, à signaler ce fait, sans en tirer des conclusions précises sur la nature de l'altération fonctionnelle. Ajoutons seulement que la même constatation a été faite par M. Aeschbacher pour les glandes altérées sous l'influence d'une affection inflammatoire aiguë, cas pour lesquels nos recherches nous font conclure nettement en faveur de l'existence d'un hypothyroïdisme.

V

J'arrête ici la discussion théorique pour aborder la portée pratique de la question.

La première conclusion qui se dégage de ce que nous venons de dire, c'est que la liste déjà longue des organes lésés par l'alcoolisme doit comprendre une unité de plus. Il n'y a là, d'ailleurs, rien de surprenant, car il n'existe aucun motif pour que la thyroïde soit plus résistante que les autres organes glandulaires à l'influence de l'alcool.

Il serait certainement intéressant de pouvoir confirmer ces résultats de l'examen anatomopathologique par l'observation clinique, et de retrouver dans le tableau clinique de l'alcoolisme chronique — ou du délire alcoolique — l'indice d'un fonctionnement anormal du corps thyroïde. Des recherches pareilles exigeraient toutefois des moyens d'investigation plus précis que ceux que nous possédons actuellement, pour contrôler le fonctionnement de la thyroïde. Aussi croyons-nous préférable de ne pas nous aventurer pour le moment sur ce terrain, bien qu'il soit facile de déceler dans le syndrome de l'alcoolisme chronique divers symptômes que l'on pourrait attribuer les uns à l'hypothyroïdisme, les autres à un état de dysthyroïdisme comparable sur certains points au syndrome de Basedow.

Une autre conséquence à tirer de ces faits vise la question de la progéniture des alcooliques. On a invoqué depuis fort longtemps l'alcoolisme des parents comme une des causes du myxœdème spontané, de l'« hypothyroïdisme » des enfants, pour employer l'expression de M. Hertoghe.

Or, l'alcoolisme peut intervenir de deux manières : ou bien il altère les cellules germinatrices elles-mêmes et produit ainsi, par une influence conceptionnelle, une infériorité de certains organes, de la thyroïde par exemple; c'est là la théorie qui s'imposait, d'après les notions courantes jusqu'ici, pour expliquer le myxœdème infantile spontané se développant sur la base de l'alcoolisme des géniteurs. Ou bien l'on peut supposer que l'alcoolisme des parents — ou, pour mieux dire, de la mère — agit directement sur la thyroïde du fœtus, par l'intermédiaire de la circulation placentaire, et y produit les mêmes lésions que nous avons trouvées chez l'alcoolique. Ces lésions, survenant dans un organe en voie de formation, seraient susceptibles d'en entraver définitivement le fonctionnement. Des recherches faites sur un matériel d'observation plus grand que le nôtre pourraient donner des résultats intéressants à cet égard.

Je n'ignore pas que cette étude ne fournira pas de nouvelles armes dans la lutte contre l'alcoolisme. Les ravages de cette intoxication sont du reste trop connus pour qu'il soit nécessaire d'y ajouter quoi que ce soit. Je me contente donc d'avoir apporté une contribution nouvelle à un chapitre intéressant de la pathologie de la glande thyroïde.

Dr F. DE QUERVAIN,
Chirurgien de l'hôpital de la Chaux-de-Fonds, privat-docent de chirurgie à la Faculté de médecine de Berne.

QUINZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Gênes du 24 au 29 octobre 1905.

Traitement du tétanos par les injections sous-cutanées d'acide phénique.

M. le président lit, au nom de M. Baccelli (de Rome), un rapport que nous résumons ainsi :

Ce sont les bons résultats fournis par les injections sous-cutanées d'acide phénique dans les névralgies, les myalgies, la sciatique et les névrites qui ont engagé M. Baccelli à utiliser ce moyen thérapeutique dans le traitement du tétanos chez l'homme. Les résultats obtenus à ce jour sont tels que le traitement par les sérums antitétaniques de von Behring et Kitasato et de Tizzoni ne résiste pas à la comparaison avec cette méthode curative.

En effet, les statistiques établies par M. Tourneau donnent, pour les cas traités par le sérum de von Behring et Kitasato, une mortalité de 50.4 %, et celle qui a été dressée par M. von Behring lui-même accuse une mortalité de 44.6 %; la statistique de M. Tizzoni, quoique meilleure, comprend encore 30 % de cas malheureux. Par contre, le traitement par les injections hypodermiques d'acide phénique a donné à M. Woods, sur 34 cas, un seul décès, et sur environ 200 cas observés et traités en Italie avec cette méthode la mortalité n'a pas dépassé 10 %.

M. Babes a confirmé sur les chiens, les lapins et les pigeons, l'action positive de l'acide phénique sur le tétanos expérimental. Aussi le rapporteur conclut-il que sa méthode est supérieure à toutes les autres : l'acide phénique n'est pas seulement un puissant modérateur des réflexes et un excellent antithermique, c'est aussi un bon antitoxique. La tolérance parfaite des sujets le plus gravement atteints pour des doses de 1 gramme et 1 gr. 50 centigr. par jour — les plus hautes qui aient jamais été employées — est considérée par M. Baccelli comme fournissant la preuve que « la tolérance à l'égard du remède est en raison directe de son indication. »

M. Queirolo (de Pise). — J'ai une expérience assez large pour pouvoir apporter une contribution à la méthode de M. Baccelli. Dans quelques cas assez graves pour faire prévoir l'exitus mortel, j'ai obtenu, avec l'acide phénique, la rémission des symptômes et la guérison. Les doses employées ont été assez élevées : jusqu'à 0 gr. 50 et 0 gr. 70 centigr. par jour. Je n'ai jamais observé aucun inconvénient, ni la moindre lésion rénale.

M. Mircoli (de Gênes). — D'après mes recherches sur les lapins, l'acide phénique en injection est très peu actif sur les toxines tétaniques. Mais ces constatations n'autorisent pas à conclure qu'il en est de même chez l'homme, qui est certainement plus sensible à certains poisons; l'exemple de l'atropine, indifférente pour le lapin et très active chez l'homme, suffirait à justifier cette manière de voir.

M. Ascoli (de Rome). — J'ai suivi dans la clinique de M. Baccelli tous les cas de tétanos qui se sont présentés; j'ai recueilli la statistique et je me suis rendu compte de la nécessité d'employer l'acide phénique *larga manu*, contre le tétanos. Les doses supérieures à 0 g. 50 centigrammes par jour doivent être couramment administrées, il faut seulement surveiller attentivement les urines. On ne doit même pas hésiter à pousser les doses jusqu'à 0 gr. 70 et 0 gr. 80 centigr. par jour, si c'est nécessaire. En agissant ainsi, on obtient toujours, sauf dans les cas foudroyants ou exceptionnellement rapides, des résultats supérieurs à ceux qu'on peut attendre de toute autre méthode, y compris la sérothérapie.

Je dois ajouter que, même dans le traitement des névralgies et des myalgies, l'acide phénique doit être employé à des doses supérieures aux 0 gr. 02 ou 0 gr. 05 centigr. autorisées par la pharmacopée. Les quantités de 0 gr. 10 centigr. et plus, non seulement sont bien supportées, mais encore sont d'ordinaire les seules réellement et promptement efficaces.

M. Cioffi (de Naples). — L'acide phénique rend des services dans les formes cliniques de tétanos qui ne sont pas assez violentes pour emporter le malade en peu de jours; dans les cas à marche très rapide, l'action de ce médicament n'a pas le temps de se produire; ce fait est d'accord avec ce qu'on observe expérimentalement : le lapin tétanisé ne peut pas être sauvé, parce que le tétanos expérimental est trop rapidement mortel.

Les anémies d'origine parasitaire.

M. Caporali (de Naples), *rapporteur*. — Parmi les processus capables de déterminer l'anémie, les états morbides occasionnés par les parasites animaux (plasmode du paludisme, trypanosome, *Filaria sanguinis*, *Distoma hæmatobium*, tænia, ascaride, *Ankylostoma duodenale*, oxyure, trichocéphale, *Anguillula intestinalis*, etc.) occupent une place importante. Ces anémies, dont l'étiologie nous est connue, mais dont le tableau clinique est complexe, éclairées dans leur pathogénie par les théories modernes, et dont le pronostic est fait à l'avance, ont une thérapeutique spéciale qui rend généralement très utile l'intervention du médecin.

L'étiologie reconnaît à chacune de ces affections un parasite particulier, minutieusement étudié dans sa biologie à l'extérieur et à l'intérieur de l'organisme humain. Les portes d'entrée de ces parasites peuvent résider dans les téguments cutanés, dans l'appareil respiratoire et dans les voies digestives; mais pour que ces entozoaires puissent déterminer l'anémie, il faut le concours de quelques conditions secondaires liées au terrain sur lequel ils se développent.

Le tableau clinique offre à considérer des symptômes communs à toutes les anémies parasitaires, et des symptômes spéciaux, propres à chacune d'elles, en rapport avec le parasite qui est la cause directe de la maladie. Les signes communs sont ceux d'une anémie très marquée, et notamment la couleur pâle et terreuse dans le paludisme, jaunâtre, papier mâché, dans l'ankylostomiase; l'amaigrissement dans les anémies dues aux parasites du sang; la nutrition assez bien conservée mais avec troubles digestifs plus marqués dans l'helminthiase; les engorgements ganglionnaires dans la maladie du sommeil; l'hypertrophie de la rate dans le paludisme, dans la trypanosomiase et quelquefois aussi dans l'ankylostomiase; la fièvre dans la malaria, la maladie du sommeil, parfois dans l'ankylostomiase; en dernier lieu, certaines modifications des urines, particulières au paludisme et à l'ankylostomiase.

Mais le fait le plus caractéristique pour la différenciation de ces diverses anémies est représenté par les modifications du sang, qui souvent revêtent une grande importance pour le diagnostic. Du reste, même quand l'examen hématologique ne fournit que des présomptions sur la nature de la maladie, c'est déjà là un résultat précieux, car l'observation plus attentive du patient, l'étude clinique de ses symptômes, l'anamnèse et l'examen minutieux des matières fécales, en dernier lieu les effets du traitement, transforment ces présomptions en certitude.

Pour expliquer la pathogénie de ces anémies, on a invoqué tour à tour différentes causes : l'hémorrhagie déterminée par les vers, la viru-

lence de leurs *excreta*, leur nombre, les toxines qui prennent naissance à la suite des modifications anormales des aliments, les troubles intestinaux de nature directe ou réflexe, enfin la personnalité pathologique du malade.

Le pronostic est variable suivant la nature de l'anémie : parmi les différentes formes, celle qui se produit le plus rapidement est l'anémie palustre, celle qui se rencontre le plus fréquemment est l'ankylostomiasique, celle qui revêt le plus facilement la forme pernicieuse est la bothriocéphalique, celle qui présente la mortalité la plus élevée est l'anémie liée à la maladie du sommeil ; les anémies les plus curables sont celles qui sont déterminées par les parasites intestinaux.

Le traitement doit être institué au plus tôt. Dans l'anémie palustre et dans les anémies occasionnées par les trypanosomes, ce sont les préparations de quinquina et les solutions arsenico-ferrugineuses qui donnent les meilleurs résultats ; dans les anémies produites par les helminthes, il faut, au contraire, recourir aux vermifuges, parmi lesquels les plus efficaces sont le chloroforme, le thymol, l'extrait éthéré de fougère mâle.

En outre, le médecin doit s'occuper d'une question importante au point de vue social, celle de la prophylaxie de ces affections, le sujet infesté étant à considérer non seulement en temps que malade, mais aussi comme propagateur de la maladie.

M. Ascoli (de Pavie). — J'ai eu l'occasion d'observer des cas assez nombreux d'ankylostomiase en Lombardie. L'ancienne théorie qui explique l'anémie, dans cette affection, par les soustractions répétées de sang résultant des piqûres des parasites, a perdu du terrain dans ces dernières années au profit de la théorie plus moderne de l'action toxique des matériaux sécrétés par l'ankylostome. Je doute fort, toutefois, que l'existence de ces poisons ait été démontrée.

M. Lussana a déclaré avoir rencontré des substances hémolytiques dans les urines des porteurs d'ankylostomes, mais M. Aporti a répété les mêmes recherches avec un résultat négatif. Plus récemment, on a tenté de préparer des extraits hémolytiques avec le corps même des parasites ; après avoir essayé à mon tour d'obtenir ces extraits, je ne puis pas confirmer les résultats positifs que d'autres ont enregistrés.

Du reste, divers faits déposent contre l'origine hémolytique de l'anémie par ankylostome : je citerai notamment l'absence de sidérose hépatique qui, par contre, ne manque jamais dans les anémies qu'on produit artificiellement, ainsi que la haute valeur globulaire, contrastant avec l'abaissement de cette même valeur dans les anémies hémolytiques.

Une seule circonstance plaiderait en faveur de l'existence de processus hémolytiques chez les sujets affectés d'ankylostomiase, à savoir les modifications des échanges organiques ; mais d'autres facteurs peuvent être invoqués à cet égard : l'augmentation de l'usure des albumines peut être en rapport, par exemple, avec le sang qui se répand dans l'intestin.

Au total, la théorie par ailleurs si séduisante de l'anémie par hémolyse manque encore de bases suffisantes.

M. Bozzolo (de Turin). — A la suite de mes recherches sur l'anémie des chaufourniers des environs de Turin, qui doit être rattachée à l'ankylostomiase, et de mes études sur les ouvriers occupés au percement du Saint-Gothard, j'ai été amené à admettre que l'anémie ankylostomiasique est due aux pertes sanguines faibles, il est vrai, mais continuellement répétées, que détermine le parasite.

Vers la même époque, j'ai émis l'hypothèse que nombre de cas de maladie de Biermer ressortissent à l'ankylostomiase ; mais M. Sahli m'a objecté que les hémorrhagies rétiniennes, si fréquentes dans l'anémie pernicieuse, ne s'observent pas dans l'anémie ankylostomiasique, et j'ai pu reconnaître la valeur de ce signe distinctif, car j'ai examiné à ce point de vue plusieurs centaines de sujets infestés par l'ankylostome, et chez aucun je n'ai pu constater d'hémorrhagie de la rétine.

Pour ce qui est de la théorie toxique de l'anémie ankylostomiasique, je dois dire que les résultats positifs obtenus par M. Lussana et par M. Gabbi n'ont pas été confirmés par les recherches de contrôle effectuées dans ma clinique par M. Allaria ; aussi cette théorie ne me semble-t-elle pas reposer jusqu'ici sur des bases solides.

En ce qui concerne le traitement de l'ankylostomiase, nous disposons de deux bons médicaments, l'extrait de fougère mâle à haute dose et le thymol ; ce dernier, moins dangereux, me paraît mériter la préférence.

M. Zoia (de Parme). — On ne peut pas nier que l'hémolyse existe dans l'ankylostomiase, car on rencontre, dans les excrétions des sujets infestés, de grandes quantités d'urobiline.

M. Lucatello (de Padoue). — Estimant que s'il existe réellement une toxine dans le sang des ankylostomiasiques, il doit être possible de provoquer la formation d'une antitoxine susceptible d'être utilisée dans un but thérapeutique, j'ai injecté à des brebis du sang d'ankylostomiasique, et j'ai injecté le sérum de ces animaux à des sujets atteints d'anémie ankylostomiasique. Je dois faire encore quelques réserves sur la portée de mes recherches, mais je puis déjà dire que dans 3 cas traités de la sorte j'ai obtenu de très bons résultats : les globules rouges montèrent rapidement de 2 à 4 millions, et ce fait est d'autant plus remarquable que le traitement antitoxique fut institué alors que les malades portaient encore tous leurs parasites.

M. Micheli (de Turin). — Comme MM. Ascoli et Bozzolo, je pense que jusqu'à présent aucune preuve de l'origine hémolytique de l'anémie ankylostomiasique ne nous a été fournie. Les dernières recherches sur les hémolysines ont été négatives ; celles qui ont été faites à la clinique médicale de Turin ont démontré que dans le sérum des sujets atteints il n'existe ni anticorps pour l'ankylostome, ni substances précipitant en présence d'un sérum immunisé au moyen de l'ankylostome. Ces résultats négatifs n'excluent pas, à vrai dire, la possibilité que l'anémie ait une pathogénie hémolytique, mais ils nous indiquent que cette question doit être encore l'objet de nouvelles recherches.

M. Caporali. — En réalité, la pathogénie de l'anémie ankylostomiasique est très complexe et une seule et même théorie ne saurait expliquer tous les cas. En effet, l'hémorrhagie ne nous suffit pas, car, chez certains malades, elle manque complètement. J'en dirai autant du nombre des parasites : dans un récent travail, M. Briançon a réuni plus de 300 cas, parmi lesquels certains concernent des malades qui ne portaient qu'un tout petit nombre de vers (de 10 à 15).

L'existence de poisons hémolytiques est réelle : on a constaté la peptonurie, l'urobilinurie (Zoia, Reale), l'indicanurie (Consalvi) ; or, tous ces faits déposent en faveur d'une intoxication. M. Ascoli croit pouvoir nier les phénomènes hémolytiques, en se basant sur l'absence de sidérose hépatique ; mais cette raison ne me paraît pas convaincante. Il m'est arrivé de ne pas constater la sidérose dans un cas d'anémie pernicieuse, et de la rencontrer dans un cas de leucémie.

M. Petrone (de Naples). — Je tiens à faire observer que l'anémie palustre est accompagnée d'une diminution des lymphocytes avec augmentation des mononucléaires ; cette particularité me paraît plaider en faveur de la théorie que M. Patella a soutenue sur l'origine des mononucléaires, et d'après laquelle ces éléments dériveraient des endothéliums d'exfoliation. En effet, dans la malaria, les cellules endothéliales de la rate sont sans doute augmentées.

L'action des rayons de Röntgen sur la leucémie.

M. Bozzolo. — L'action des rayons de Röntgen sur la leucémie, surtout à forme myélogène, a été confirmée par tous les observateurs. J'ai publié pour ma part un des premiers cas traités de la sorte : il s'agissait d'une jeune fille qui après un mois de traitement avait repris tous les signes de la santé ; les lymphocytes étaient descendus de 300,000 au chiffre normal. Toutefois, j'avais fait des réserves sur la persistance de la guérison, car, en suivant la malade, j'avais constaté que, malgré la quantité normale des globules rouges et de l'hémoglobine, les leucocytes augmentaient et que, en dépit des apparences de bonne santé, les myélocytes commençaient à reparaître. Peu de temps après, la rate qui, de très volumineuse qu'elle était, avait, sous l'influence du traitement, diminué au point de disparaître sous l'arc costal, recommença à grossir, et on assista bientôt à une récidive de la leucémie. Le traitement fut repris et on obtint une nouvelle amélioration.

Ultérieurement, j'ai pu observer que l'action des rayons X diminue proportionnellement au nombre des récidives.

M. Bouchard et M. Guerra ayant constaté que les leucocytes augmentent lors des premières applications des rayons pour diminuer ensuite, j'ai fait faire des recherches dans ce sens ; elles ont démontré que cette augmentation des leucocytes a lieu aussi chez les personnes saines ou affectées de maladies autres que la leucémie. Dans le traitement de cette dernière affection, pour que l'amélioration, l'apyrexie et le bien-être apparaissent, il faut que parallèlement à la diminution des leucocytes se produise l'augmentation des globules rouges et de l'hémoglobine. A ce propos, je dois vous signaler le cas d'une jeune femme qui revint de son voyage de noces avec une élévation thermique à 39°5. Les gynécologistes consultés ne constatèrent pas tout d'abord l'existence d'une assez forte hypertrophie de la rate ; plus tard, ils proposèrent l'interruption de la grossesse, qui fut en effet pratiquée, mais sans aucun résultat. Je fis transporter alors la malade à Turin pour la soumettre à la röntgénisation ; or, à ma grande surprise, les premières séances donnèrent un résultat aussi inattendu que désagréable : la rate augmentait visiblement de volume après chaque séance et les douleurs devenaient plus vives. Quelques jours plus tard, sans cause appréciable ces phénomènes cessèrent de se produire, les globules blancs diminuèrent de nombre, les hématies augmentèrent, et aujourd'hui cette femme a récupéré sa santé et se croit définitivement guérie.

Mais il ne faut pas oublier que ces guérisons apparentes ne durent qu'autant que le taux de l'hémoglobine reste élevé, quoique le sang recommence à présenter de nouveau les signes de leucémie. Nous avons essayé d'insister sur le traitement et, en effet, pour un certain temps, l'amélioration paraît persister, mais ensuite, malgré l'activité du traitement, les globules blancs recommencent à augmenter ; au contraire, si l'on suspend l'application des rayons, après le nombre voulu de séances, les globules blancs continuent encore à diminuer.

Je puis donc énoncer cette règle pratique qu'il est préférable de procéder au traitement par périodes espacées ; au début, cependant, il faut insister jusqu'à ce qu'on ait obtenu des résultats satisfaisants.

Les leucémies lymphatiques, les lymphomes et lymphosarcomes sont également influencés par les rayons X, spécialement quand les lésions sont localisées au cou, où l'on obtient de bons résultats, tout au moins locaux. Mais il ne faut pas se faire d'illusion sur l'efficacité de la radiothérapie dans ces formes, car il arrive toujours un moment où l'état du malade empire sans raison apparente.

Le mode d'action des rayons nous échappe complètement. M. Heineke suppose qu'ils détruisent les follicules lymphatiques et les leucocytes circulants. D'autres admettent qu'ils exercent sur le sang une action favorable à l'augmentation de l'hémoglobine et des globules rouges, d'autres enfin croient que les rayons exercent une véritable action antitoxique sur les poisons excitateurs de la production lymphocytaire.

M. V. Maragliano (de Gênes). — Ce sont surtout les perfectionnements apportés à l'instrumentation, qui, en rendant possible le dosage exact des rayons, ont permis d'obtenir de bons résultats dans la leucémie. L'influence du traitement ne dépend pas, en effet, de la durée des applications, qui peut varier de quelques minutes à une demi-heure, à une heure même, mais bien de la quantité et de l'intensité des rayons émis. Cela est vrai tout spécialement pour la leucémie, où il y a lieu d'atteindre des organes profonds. Ici il faut savoir régler la pénétration des rayons.

J'ai pu constater que les rayons X ont un effet cumulatif non seulement eu égard à la quantité, mais aussi à la durée du traitement ; c'est ce qui explique certaines améliorations qui surviennent tardivement, comme à une époque préfixée.

M. Ascoli (de Rome). — Je puis confirmer les faits sur lesquels M. Bozzolo a insisté, à savoir que tous les vingt ou trente jours il faut reprendre les séances de radiothérapie, dans la leucémie, car les leucocytes tendent à augmenter.

J'ai voulu appliquer les rayons X au traitement des différentes formes de l'infection paludéenne, en me servant des mêmes dispositifs employés avec succès dans la leucémie, mais les résultats ont été complètement négatifs. Les parasites se trouvaient toujours dans le sang, et la fièvre n'était aucunement modifiée. Toutefois, j'ai noté une réelle influence sur la réduction du volume de la rate.

M. Foà (de Turin). — On commet toujours quelque confusion à propos des formes de la leucémie, et cette confusion se reflète sur la portée des résultats thérapeutiques. A côté des formes pures et classiques existent, en effet, de nombreux processus qu'on désigne sous le nom générique de pseudo-leucémie; or, si cliniquement ils réalisent cette forme, en réalité il s'agit de tuberculoses ganglionnaires progressives.

Les caractères qui permettent parfois de diagnostiquer facilement ces formes tuberculeuses sont la présence de cellules géantes et de tubercules. Mais dans d'autres cas, le ganglion lymphatique ne contient ni bacille, ni cellule géante, ni tubercule : alors, le diagnostic devient difficile, mais on ne peut pas encore exclure la tuberculose, car on trouve des processus ganglionnaires qui, sans avoir les caractères précités, sont sûrement de nature tuberculeuse. Je puis vous citer à ce propos le fait suivant :

Une femme se blessa à un doigt en tombant, ne prit aucun soin de sa blessure, et fut atteinte de tendo-vaginite progressive tuberculeuse. Le virus pénétra par les lymphatiques de la peau, et donna lieu à une tuberculose à forme lupique qui, par une série d'ulcérations et de cicatrisations, gagna une partie de la poitrine. Cette femme succomba à une apoplexie : à l'autopsie on constata dans l'aisselle une tumeur lymphomateuse, sans bacilles, sans cellules géantes, sans aucun caractère de la tuberculose. Malgré cela on ne pouvait pas nier sa nature tuberculeuse, étant donné qu'elle était en connexion directe avec les autres lésions tuberculeuses qui couvraient le bras et le thorax.

Il faut signaler encore, parmi les formes qui peuvent simuler la leucémie, le lymphosarcome et aussi le chlorome.

M. Schupfer (de Rome). — Précisément la radiothérapie est positive dans les pseudo-leucémies véritables et négative dans les autres formes.

M. Silvestrini (de Camerino). — Je dois ajouter aux formes évoquées par M. Foà quelques pseudo-leucémies que j'ai décrites il y a plusieurs années, qui ne sont pas liées à la tuberculose, mais qu'on doit rattacher à d'autres infections.

M. Bozzolo. — Je reconnais que, cliniquement, nous sommes dans un grand embarras quand il s'agit de distinguer les lymphomes simples des lymphomes tuberculeux. Du reste, en me basant sur quelques cas que j'ai observés récemment, je puis dire que la röntgenthérapie est parfois bienfaisante même sur les lésions tuberculeuses, tandis que dans d'autres cas de même nature son action paraît complètement nulle, de sorte que même les effets du traitement ne constituent pas un critérium de la nature de l'affection.

Injection d'extrait du lobe postérieur de la glande pituitaire.

M. Silvestrini. — L'injection d'une petite quantité d'extrait du lobe postérieur de la glande pituitaire du bœuf (1 ou 2 c.c. d'une macération de 1 lobe par centimètre cube de solution physiologique) détermine sur le chien de grande taille tout d'abord une très forte dépression artérielle, suivie de ralentissement et de grande ampleur des battements cardiaques. Ce phénomène dure quelques minutes, puis tout rentre dans l'ordre. En ajoutant à l'extrait pituitaire une petite quantité d'adrénaline, on évite la forte dépression initiale.

M. Zanoni (de Gênes). — J'ai eu souvent l'occasion d'employer contre l'acromégalie l'extrait de toute la glande pituitaire (1 volume de substance pour 1 volume de liquide). Cet extrait se montre très actif sur l'affection, mais je n'ai jamais eu l'occasion d'observer aucune modification immédiate de quelque importance sur la circulation du sang. Comme, dans l'extrait total, le lobe postérieur se trouve en assez grande quantité — étant donnée l'égalité de volume de la glande et du liquide —, il faut admettre que l'homme est moins sensible que le chien à cette action, ou, plus logiquement, que les deux lobes latéraux de la pituitaire exercent une action modératrice sur la fonction du lobe postérieur.

Un nouveau sérum antisyphilitique.

M. Cipollina (de Gênes). — Avec M. A. Risso nous avons obtenu un sérum antisyphilitique en injectant à des animaux de fortes doses de sang défibriné provenant de syphilitiques secondaires n'ayant pas encore été soumis à un traitement spécifique; ultérieurement ce sérum est additionné d'une petite quantité de globules rouges en dissolution hémolytique, appartenant au même animal qui a fourni le sérum.

Le sérum ainsi préparé a été expérimenté sur 40 malades porteurs de manifestations secondaires ou tertiaires. Son action a paru efficace sur les lésions secondaires et tout spécialement sur les lésions tertiaires en voie d'ulcération. Parmi les malades traités de la sorte, je vous citerai, notamment, un homme atteint d'ostéopériostite gommeuse du crâne avec nécrose de l'os : à la suite du traitement sérothérapique on observa la régénération de l'os nécrosé.

Ce sérum possède aussi une notable action reconstituante sur l'organisme syphilitique, car son emploi est toujours suivi d'une augmentation du poids du malade.

Les interventions chirurgicales pour affections gastro-intestinales.

M. E. Maragliano (de Gênes), *rapporteur*. — Je crois que c'est la première fois qu'on pose devant un Congrès de médecine la question de l'intervention chirurgicale pour des maladies internes.

Il s'agit là de problèmes dont les chirurgiens se sont emparés peu à peu, surtout en Allemagne, mais au sujet desquels la médecine et la chirurgie se pénètrent réciproquement; cela est principalement vrai pour ce qui a trait à la pathologie abdominale. En effet, le diagnostic est posé et les indications thérapeutiques sont établies au moyen de jugements uniquement médicaux, tandis qu'à la chirurgie est confiée l'exécution des mesures curatives.

Nous ne contestons pas au chirurgien la capacité de poser le diagnostic et les indications, mais, ce faisant, il agit en médecin, et il n'est chirurgien que quand il applique ses capacités techniques.

Par conséquent, la question de l'intervention chirurgicale dans les maladies de l'abdomen appartient en majeure partie aux médecins, qui du reste sont généralement les arbitres de la décision, presque tous les cas de ce genre étant entre leurs mains.

Or, en Italie tout au moins, les médecins ne sont pas encore bien familiarisés avec les moyens chirurgicaux dont nous disposons pour le traitement des maladies internes, ainsi qu'avec les bénéfices qui peuvent en résulter. Il est donc utile d'attirer leur attention sur quelques points relatifs à ce sujet.

En premier lieu, la laparotomie exploratrice. Il est loin, le temps où l'on croyait que l'ouverture de l'abdomen représente à elle seule une grave menace. Le très grand nombre de laparotomies exécutées avec une mortalité insignifiante doivent aujourd'hui inspirer aux médecins une grande confiance dans cet acte opératoire. Le danger ne réside pas dans l'intervention elle-même, mais dans les affections ayant fourni indication à la pratiquer. Deux fois elle m'a donné la démonstration directe d'une suppuration dont je soupçonnais l'existence, mais dont la preuve directe me faisait défaut.

Parmi les maladies abdominales, l'appendicite est celle pour laquelle la question de l'intervention se pose le plus souvent. Je me range à l'opinion de M. Dieulafoy, et je ne peux que recommander vivement l'intervention chirurgicale hâtive dans tous les cas où le diagnostic d'appendicite est posé. L'opération pratiquée de bonne heure s'oppose à ce que l'appendicite devienne une maladie mortelle. Attendre pour opérer à froid, c'est exposer les malades à la mort. L'intervention précoce et systématique ne nuit à aucun des patients qui auraient guéri même sans opération; elle sauve tous ceux qui, sans l'intervention précoce, auraient succombé; je répéterai, après M. Dieulafoy, qu'on ne doit pas mourir d'appendicite.

M. Körte a vu guérir toutes les appendicites opérées de bonne heure, quand l'exsudat péritonéal n'avait pas encore apparu. Dans les cas avec exsudat, l'opération, pratiquée au second jour de la maladie, donna 18 % de mortalité, et, au troisième jour, 36 %.

Je déconseille formellement l'intervention à froid, qui expose à perdre, dans l'intervalle, de nombreux malades. Aujourd'hui, les partisans de cette intervention sont bien peu nombreux et, au dernier Congrès allemand de chirurgie, l'intervention précoce a rallié la presque unanimité des suffrages. L'objection qu'ainsi faisant on s'expose à pratiquer des opérations inutiles n'est pas fondée : on ne peut jamais exclure le danger de diffusion.

Après l'appendicite, l'iléus est une cause importante, et encore discutée, d'intervention. J'ai la conviction que la suspension de la circulation des gaz et des matières ne suffit pas à réaliser l'iléus avec sa symptomatologie terrifiante. Il faut invoquer d'autres facteurs : intoxication, troubles de l'innervation, soit de nature toxique, soit de nature mécanique (altérations de la nutrition des parois intestinales, suivies de nécrose).

On ne doit pas oublier que lorsque ce syndrome clinique, qui représente les différentes formes de l'iléus, apparaît à nos yeux, tous les phénomènes morbides ont déjà accompli en grande partie leur évolution, si bien que les malades succombent souvent malgré le rétablissement de la circulation intestinale.

En raison de la difficulté de différencier les formes cliniques, et vu le besoin urgent de rétablir la circulation fécale, on ne saurait temporiser, quoique les moyens médicaux réussissent quelquefois à faire disparaître les symptômes de l'occlusion.

M. Naunyn a constaté que l'intervention dans les deux premiers jours donne 25 % de mortalité; au troisième jour la proportion des décès s'élève déjà à 60 ou 65 %.

Il est vrai que ces statistiques comprennent toutes les formes d'iléus, mais, étant donnée la difficulté ou même l'impossibilité de les différencier cliniquement, leur signification demeure considérable.

Cela étant, chaque fois que les conditions du malade le permettent, il faut intervenir sans retard : l'indication est d'autant plus formelle que le temps écoulé depuis les premières manifestations est moindre. L'intervention peut être palliative tout d'abord, radicale ensuite : ponction capillaire du météorisme, qui généralement domine la situation, entérostomie, ou, comme M. Braun le proposait dernièrement, ouverture d'une fistule intestinale suivant la méthode de Witzel.

Dans le cas d'étranglement suivi de nécrose, il faut intervenir plus radicalement et réséquer la partie nécrosée, intervention grave qu'on pourra remplacer par l'entérostomie toutes les fois que la résection ne paraîtra pas absolument indispensable.

Dans quelques cas, le redressement du volvulus pourra suffire à faire disparaître toute trace de l'affection; de même, l'excision d'une adhérence déterminant la coudure d'une anse intestinale. Je conseille du reste de s'en tenir au *minimum* d'intervention possible : assez souvent avec une opération palliative on met le malade en état de supporter plus tard l'intervention radicale.

Dans la colite chronique, l'intervention peut également être conseillée. Ici on peut procéder sans hâte et appliquer toutes les ressources médicales au diagnostic, à l'étiologie, au traitement; mais quand nos moyens sont inefficaces il faut recourir au chirurgien.

M. Beck, dans 500 cas de colite, constata 394 fois des foyers inflammatoires chroniques au niveau du côlon; il intervint chez 218 malades, avec 191 guérisons, 24 améliorations et 3 cas stationnaires.

Lorsque la colite est secondaire à d'autres affections de l'abdomen (annexites, périty-

phlites chroniques, péritonites tuberculeuses, maladies de l'estomac ou de la vésicule biliaire), il faut préciser la nature et le siège du foyer inflammatoire pour juger si on peut l'atteindre et le détruire. Quelquefois au contraire la colite est primitive et résiste malgré cela au traitement le plus sévère : c'est alors que l'exclusion du côlon, temporaire ou définitive, est une véritable ressource.

Quand les tumeurs malignes de l'intestin sont radicalement opérables, je suis partisan de l'excision, même si l'intervention met la vie du malade en danger. L'existence de ces patients est si triste qu'il est vraiment préférable pour eux de tenter la chance d'une cure radicale; si celle-ci ne peut pas être pratiquée, on interviendra palliativement par l'entéro-anastomose, ou par la colostomie s'il s'agit de cancer du rectum.

Les ulcérations intestinales, les ulcères perforants du duodénum sont souvent rebelles aux traitements médicaux, et dangereux par leurs suites; la chirurgie apporte ici un secours prompt et remarquablement sûr. De même pour les perforations typhoïdiques auxquelles seule l'intervention chirurgicale peut opposer un traitement efficace. M. Cazin a réuni 358 cas opérés avec 30 % de guérison environ (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 1-4), proportion vraiment considérable si l'on tient compte de la gravité des cas, que les soins médicaux et l'expectation n'amènent qu'exceptionnellement à la guérison.

M. Queirolo, *co-rapporteur*, établit les indications des interventions chirurgicales dans les maladies de l'estomac.

M. Ceccherelli (de Parme). — Comme chirurgien, j'accepte ce que M. Maragliano vient de dire à propos de la grande utilité de la laparotomie exploratrice. Je souscris aussi à ses conclusions sur l'opérabilité de l'appendicite; mais, outre les raisons qu'il a énumérées, je dois aussi rappeler que celui qui a été atteint une fois d'appendicite est exposé à une seconde attaque si on n'enlève pas l'appendice, et, si on tarde à l'enlever, son extirpation tardive devient bientôt impossible. De plus, les chirurgiens n'aiment pas que les malades leur reviennent pour des suites opératoires, ce qui est presque toujours le cas pour les appendicites opérées tardivement.

Dans l'ulcère gastrique, le chirurgien doit intervenir quand une hémorrhagie importante se produit, de même qu'il doit ouvrir systématiquement le ventre dans tous les cas où il y a une collection purulente, mais il ne faut pas croire que les chirurgiens aiment à faire des opérations palliatives, leur but étant avant tout l'opération radicale.

M. Rossoni (de Rome). — Dans les cas d'hémorrhagie très grave, où le médecin et le chirurgien sont d'accord pour refuser l'intervention, vu l'état précaire du malade, je crois que l'opération est toujours à tenter; je me base surtout sur un cas de ce genre où l'intervention démontra l'existence d'un tout petit ulcère siégeant sur une artère béante; la malade guérit.

M. Novaro (de Gênes). — J'admets que de nombreux cas ressortissent également à la médecine et à la chirurgie; mais, comme chirurgien, je ne puis accepter qu'on doive attendre le diagnostic du médecin, et que la chirurgie soit replacée, comme il y a deux siècles, sous la dépendance de la médecine.

M. D. Maragliano (de Gênes). — A propos de l'opérabilité des tumeurs malignes, j'ai observé un cas de cancer de l'estomac, nettement palpable, que j'ai opéré trois mois après le début des premiers troubles gastriques.

La malade, à la suite de l'intervention, augmenta de 7 kilos en quatorze jours; elle eut ultérieurement une grossesse qu'elle mena heureusement à terme, mais après l'accouchement survint une généralisation cancéreuse à laquelle elle succomba; l'autopsie permit de constater que l'estomac était complètement sain et ne présentait aucune trace de la tumeur extirpée trente mois avant.

D'autre part, j'ai étudié une méthode capable de faciliter le diagnostic précoce du cancer; elle est basée sur la précipitation des anticorps. Toutes les fois qu'il y a un cancer de l'estomac, un peu de liquide albumineux de la tumeur passe dans les sécrétions gastriques. Après la préparation de l'estomac, je prélève le matériel qui me sert à immuniser le lapin; j'obtiens ainsi au bout de dix à douze jours un sérum qui précipite en présence de fragments de tumeur cancéreuse. Je ne puis pas encore affirmer que cette réaction soit spécifique, mais en tout cas elle est toujours positive en cas de cancer.

M. Riva (de Parme). — A mon avis, les chirurgiens ont montré quelque exagération en matière d'interventions abdominales. C'est aux médecins d'établir les indications opératoires, car, sans conteste, notre compétence est sur ce point supérieure à celle des chirurgiens.

Je puis cependant citer 2 cas de spasme du pylore, chez des névropathes, qui, par sa ténacité, mettait la vie en danger. L'inanition était déjà très prononcée; les traitements médicaux n'avaient exercé aucune influence. Les chirurgiens appelés après les médecins n'ont pas tardé, dans les 2 cas, à intervenir pour aller à la recherche d'une tumeur ou d'une sténose du pylore, qui n'existait pas; malgré cela, l'opération eut comme résultat de faire cesser le spasme, et les malades reprirent leur poids. Bien que je ne sois pas très porté à encourager les interventions à outrance, j'estime donc que, dans des cas semblables, on ne doit pas craindre d'opérer.

M. Bernabei (de Sienne). — Je pense que les chirurgiens devraient être appelés aussi dans ces cas douteux, où les conditions du malade sont assez graves pour réclamer une intervention immédiate, sans attendre que le diagnostic soit posé. J'ai observé, à ce propos, un cas d'iléus paralytique où l'indécision du diagnostic fit retarder l'opération qui, pratiquée trop tard, ne pût sauver le malade.

M. Devoto (de Pavie). — A propos des interventions pour dilatation gastrique indépendante du rétrécissement pylorique, je crois qu'une réponse définitive ne pourra être donnée que lorsque les progrès de la physiologie nous auront mieux éclairés sur les fonctions des nerfs de l'estomac. Une question encore obscure, en effet, est celle de l'élasticité stomacale. La tunique musculaire est-elle réellement chargée de rétrécir l'estomac ? Je ne le crois pas : d'autres éléments doivent intervenir à cet égard. M. Moresco, dans ma clinique, a mis en évidence de nombreux faisceaux de fibres élastiques qui, intercalés entre les faisceaux musculaires, pourraient servir à maintenir l'élasticité de l'estomac. Par conséquent, la perte d'élasticité gastrique pourrait être comparée à l'emphysème. Que faut-il comprendre alors par atonie gastrique? M. Torri a pu constater expérimentalement que le rétrécissement pylorique détermine l'hypertrophie des faisceaux musculaires. Mais il serait inutile d'intervenir si, par exemple, l'influence du rétrécissement avait pu amener une altération du tissu élastique.

M. Bozzolo. — Tant qu'il s'agit de ne pas opérer à froid je partage l'opinion de M. Maragliano, mais je n'admets pas qu'il faille intervenir devant un simple doute. Un autre point sur lequel je ne suis pas complètement d'accord avec le rapporteur concerne l'iléus paralytique qu'on observe quelquefois aussi au début de l'appendicite. Son diagnostic est bien difficile, mais l'opération est absolument à déconseiller en pareil cas, car la fistule intestinale ne servirait à rien.

M. Tedeschi (de Naples). — Il ne faut opérer l'appendicite que quand tous les moyens médicaux ont été employés en vain, car l'appendice joue un rôle dans la production des ferments nécessaires à la digestion (entérokinase).

M. Petrone. — Je désire dire quelques mots de la sténose congénitale du pylore chez les enfants, où l'opération, tentée surtout par les chirurgiens américains, donne une grande mortalité. Or, cette affection paraît dépendre d'un spasme pylorique déterminé par l'intolérance à l'égard du lait. En effet, ce spasme apparaît quelques semaines après l'institution de l'allaitement artificiel, et cède si l'on coupe le lait ou si on établit une alimentation plus hygiénique.

M. Massalongo (de Vérone). — J'insiste pour l'intervention d'urgence dans tous les cas d'appendicite : sur 54 cas d'appendicite non opérés, j'ai observé 27 fois des récidives; de ces 27 patients, 3 récidivèrent 3 fois et 5, 4 fois.

M. E. Maragliano. — En tenant compte des derniers résultats que l'intervention a donnés dans l'iléus, je considère l'opération comme indiquée; mais, parmi les symptômes, il faut distinguer ce qui revient à l'occlusion intestinale et ce qui ressortit à l'intoxication ou à l'altération de la fonction nerveuse; ces derniers troubles peuvent, en effet, être si graves que l'opération devient inutile. Par contre, dans l'iléus paralytique, je ne crois pas que l'opération puisse toujours être évitée; si l'on peut faire le diagnostic différentiel, on s'abstiendra évidemment d'une intervention qui serait inutile; mais, si l'on observe les signes de l'iléus et qu'on soit dans l'impossibilité de faire le diagnostic exact, il ne faut pas renvoyer l'opération et risquer de perdre le malade pour attendre que le diagnostic soit posé.

A propos de l'appendicite, on a dit que l'opération n'est pas toujours nécessaire, du moment que 70 % des cas guérissent spontanément. C'est vrai; mais les cas opérés au premier jour ne donnent aucune mortalité. Quant à l'importance physiologique de l'appendice, je ferai observer qu'on a enlevé cet organe chez des milliers d'individus, sans que, jusqu'à présent, on ait noté de troubles consécutifs, comme on en a observé, par exemple, après l'extirpation des ovaires ou de l'utérus.

Les études modernes sur la tuberculose.

M. Mariani (de Gênes), *rapporteur*. — Les plus récentes études relatives à la tuberculose ont fait l'accord sur l'unicité du bacille tuberculeux et sur sa transmissibilité de l'homme aux animaux et de ceux-ci à l'homme; elles ont établi que la séroréaction n'est pas seulement importante au point de vue du diagnostic, mais aussi du pronostic; que l'étude des échanges respiratoires ne possède pas une grande valeur diagnostique; que la tuberculose n'est pas une maladie directement héréditaire, mais que les enfants nés de parents tuberculeux sont prédisposés à la tuberculose et que cette prédisposition peut être combattue par des mesures hygiéniques et thérapeutiques; que le diagnostic précoce de la tuberculose appartient plus au laboratoire qu'à la clinique.

Pour ce qui a trait à la prophylaxie et au traitement de la tuberculose, il est maintenant bien établi que la construction des sanatoria est plus coûteuse qu'utile; qu'à ces établissements on doit préférer les dispensaires; qu'à l'hypernutrition il convient de substituer une alimentation riche surtout en albuminoïdes; enfin que les produits bacillaires déterminent chez les animaux et chez l'homme la production de matériaux de défense : le nouveau traitement annoncé par M. von Behring est basé sur ces principes.

M. Marzagalli (de Gênes), *co-rapporteur*. — Mes expériences sur les milieux de culture pour individualiser les bacilles tuberculeux de l'homme, du lapin, du cobaye, les recherches de M. Cipollina sur la transmission de la tuberculose bovine au singe, celles de M. Goggia sur l'individualisation de la tuberculose du lapin, du cobaye et celles de MM. Goggia et Barlocco sur les animaux à sang froid, me permettent d'affirmer que, depuis 1903, notre école a établi l'unicité de la tuberculose, unicité que le récent Congrès de Paris vient de sanctionner.

M'occupant particulièrement du problème de l'immunisation, je suis parvenu à extraire du protoplasme bacillaire une substance parfaitement stérile, capable d'immuniser les animaux contre la tuberculose en donant leur sérum d'une grande quantité d'anticorps, agglutinines et antitoxines.

Le sérum ainsi obtenu, injecté à des animaux de grande taille, suffit pour les protéger contre l'injection intra-veineuse de fortes doses de bacilles tuberculeux vivants et virulents. Cette « pulpe bacillaire » peut, en outre, être substituée avantageusement aux cultures homogènes de Courmont-Arloing pour le sérodiagnostic.

Enfin, sous ma direction, M. Sciallero a réussi à préparer des extraits huileux, à froid et à chaud, du bacille de la tuberculose et à isoler sa protéine S qui est douée d'une haute valeur immunisante; tandis que la possibilité d'obtenir l'immunisation par la voie gastrique a été démontrée par M. Figari, qui a aussi fourni la preuve que les agglutinines et les antitoxines passent dans le lait.

Toute cette série de recherches, et d'autres encore que je passe sous silence, montrent que

notre école a depuis longtemps résolu la question de l'immunisation contre la tuberculose.

M. E. Maragliano. — La récente communication de M. von Behring au Congrès international de la tuberculose à Paris contient trois points fondamentaux : les bacilles renferment une substance TC, résidu du bacille privé des parties toxiques solubles; les cellules de l'organisme en contact avec TC élaborent TX, substance douée de propriétés spécifiques protectrices; la production de TX peut et doit, pour éviter tout danger, avoir lieu *in vitro*.

Or, j'ai démontré, avec mes élèves, que l'introduction de matériaux tuberculeux dans l'organisme provoque la production de matériaux de défense. Ce fait est aussi admis par M. von Behring; donc, le véritable lieu de production des défenses est l'organisme; leur production *in vitro* est un artifice. Avec ma méthode, l'organisme humain ne court aucun danger, car les matériaux de défense sont élaborés dans l'organisme du cheval, et on les transmet ensuite du cheval à l'homme.

Au point de vue pratique, M. von Behring affirme avoir guéri des cobayes tuberculeux, et il espère en faire autant pour la tuberculose de l'homme en appliquant la même méthode, qui évite l'emploi des bacilles vivants. Or, je dois rappeler que je n'ai jamais employé les bacilles vivants, et dans toutes mes publications j'ai déconseillé de les utiliser.

Quant à mes études sur la possibilité de vacciner l'organisme contre la tuberculose, depuis ce que j'ai communiqué il y a deux ans au Congrès de Padoue (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 367-368), il a été démontré par mon assistant, M. Barlocco, que le sang des animaux vaccinés avec les bacilles morts contient des matériaux agglutinants et antitoxiques. Si le vaccin est employé en trop grande quantité, ces matériaux de défense sont rapidement épuisés.

La même méthode de vaccination, appliquée aux enfants, il y a quelques années, a pour effet de laisser subsister dans le sang des sujets vaccinés une notable quantité de matériaux de défense. De même, les essais d'immunisation par l'alimentation avec du lait et de la viande provenant d'animaux immunisés continuent à nous donner des résultats très satisfaisants.

M. Bouchard (de Paris). — Dans son rapport, M. Mariani me paraît attribuer trop d'importance à l'influence de l'hérédité sur l'infection tuberculeuse. En effet, sur un groupe de 400 enfants qu'on a suivis pendant assez longtemps, 35 % de ceux qui étaient issus de parents sains contractèrent la tuberculose; 42 % de ceux qui étaient nés de père tuberculeux et de mère saine devinrent tuberculeux; la proportion fut à peu près la même pour les enfants issus de père sain et de mère tuberculeuse; enfin ceux dont les deux géniteurs étaient tuberculeux fournirent environ 45 % de tuberculeux. Vous voyez que la différence entre 35 et 42 ou 45 % n'autorise pas à attribuer une bien grande influence à l'hérédité tuberculeuse.

Je crois plutôt que la propagation de la tuberculose est due à la dissémination du bacille, qui, comme on le sait, se trouve partout.

M. Teissier (de Lyon). — Je suis convaincu de la valeur du sérodiagnostic exécuté selon les règles fixées par MM. Arloing et Courmont : cette valeur est réelle pour le diagnostic et plus encore pour le pronostic, car ce procédé nous indique le degré de la défense que l'organisme oppose à l'infection. En effet, la réaction est plus prononcée chez les sujets qui luttent efficacement contre la tuberculose; elle fait défaut dans les formes infectantes aiguës de péritonite, de méningite, etc.; elle atteint un haut degré dans les formes latentes et larvées.

J'ai constaté chez un homme porteur de lésions très graves, et traité par le sérum de Maragliano, un pouvoir agglutinant très marqué, comme on a rarement occasion de l'observer; ce malade, malgré ses lésions, a survécu plusieurs années.

Le sérodiagnostic est également positif chez les enfants qui présentent cette forme d'albuminurie intermittente, que j'ai décrite comme une manifestation prétuberculeuse.

Désillusions et espérances dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

M. De Renzi (de Naples) fait une communication dans laquelle il déclare que, se fondant sur le prétendu antagonisme existant entre la tuberculose et l'acide carbonique, il a depuis 1887 essayé de traiter les tuberculeux par l'acide carbonique; mais, si ce gaz diminue la toux, il n'influe en rien sur l'évolution des lésions.

Au total, l'orateur estime que la cure d'air, de repos et de suralimentation reste la base du traitement de la tuberculose. Il ajoute cependant que depuis cinq ans il a recours, chez les tuberculeux, à l'administration du salicylate de soude à la dose quotidienne de 1 à 10 grammes — en général de 2 à 4 grammes — et qu'il en a obtenu des résultats encourageants, se traduisant notamment par la disparition de la réaction à la tuberculine.

Les différentes albumines et les échanges nutritifs dans les néphrites et le cancer.

M. Tedeschi (de Gênes). — J'ai soumis des néphritiques et des cancéreux à un régime composé d'albumines diverses, et j'ai pu constater que les échanges de l'azote (sang et urines) subissent des modifications en rapport avec l'espèce d'albumine ingérée. Mais tous les sujets sont loin de présenter les mêmes modifications : celles-ci, qui parfois sont vraiment en rapport avec la nature de l'alimentation, parfois, au contraire, sont plutôt liées aux perturbations du métabolisme. Les échanges de l'azote, dans ces dernières formes que j'appelle dyscrasiques, diffèrent des échanges des autres néphritiques, et présentent une analogie avec les échanges des cancéreux soumis à l'alimentation par les mêmes albumines.

Pour les formes dyscrasiques, ce qui est généralement le mieux indiqué, c'est un régime où l'albumine végétale prédomine sur l'albumine animale (lait, œufs et viande). Le régime lacté devrait être institué seulement par intervalles. Par contre, les autres formes de néphrite doivent être traitées par le régime lacté, tempéré par intervalles avec de petites quantités d'albumine d'autre nature.

Le formol dans le traitement de la goutte.

M. Ghedini (de Gênes). — J'ai fait des recherches expérimentales sur les propriétés thérapeutiques des substances dites *formoligènes*, en me servant de petits sachets de celloïdine contenant des quantités connues d'acide urique et d'urates de soude. J'ai constaté que les substances en question ne donnent naissance à de la formaldéhyde ni *in vitro* à 37°, ni *in vivo*, et n'exercent aucune action sur la dissolution des urates et de l'acide urique.

J'ai essayé d'introduire la formaldéhyde dans l'organisme vivant, et j'ai pu m'assurer que son introduction par voie sous-cutanée ou respiratoire peut être réalisée sans accidents; dans l'organisme, cette substance conserve la propriété de dissoudre l'acide urique et les urates.

Action des rayons de Röntgen et du radium sur le virus rabique.

M. Calabrese (de Naples). — Même en prolongeant pendant deux heures l'action des rayons X sur le virus rabique *in vitro*, je n'ai pu obtenir qu'un retard de vingt-quatre heures dans la durée de la période d'incubation de la rage. Je n'ai pas observé de meilleurs résultats en soumettant les animaux inoculés à l'action des rayons pendant une ou deux heures par jour.

Quant au radium, j'ai expérimenté les *irradiations* et non pas les *émanations*, soit sur le virus, soit sur les animaux inoculés. Le radium, à la dose de 10,000 et 100,000 unités radio-actives, ne réussit à sauver aucun animal. Toutefois, la mort est retardée, mais de si peu, que l'espoir de guérir la rage au moyen du radium paraît devoir être complètement abandonné.

Opothérapie surrénale dans la coqueluche.

M. G. Zanoni. — Je suis arrivé à préparer un extrait complet de capsules surrénales qui, absorbé par la voie buccale, détermine en peu de jours, chez les coquelucheux, la diminution de l'intensité et du nombre des accès, jusqu'à disparition complète. Ma statistique comprend actuellement près d'un millier d'observations concordantes, recueillies par moi et par divers confrères.

Le traitement, appliqué à des malades d'âge différent (nouveau-nés, enfants, adultes de tout âge), n'a jamais provoqué aucun accident; au contraire, son influence sur l'amélioration de l'état général est très frappante. La durée du traitement, pour atteindre la guérison, varie, selon les cas, de cinq à dix jours.

Ces faits démontrent que les principes actifs de la glande surrénale conservent leur action locale et générale pendant un temps assez long dans l'organisme, même s'ils pénètrent par la voie digestive; et que la coqueluche est une maladie essentiellement en rapport avec des troubles circulatoires de certaines régions respiratoires, provoqués par l'agent infectieux, et dont la durée peut être singulièrement abrégée en modifiant les conditions circulatoires de ces régions.

Hématologie des états anémiques d'origine gastro-intestinale chez les enfants.

M. Petrone. — Dans les anémies d'origine gastro-intestinale chez les enfants, j'ai pu noter, au point de vue hématologique, d'abord une période de polynucléose neutrophile, puis une période de mononucléose premièrement à prévalence lymphocytaire, ensuite composée de grands mononucléaires, enfin une troisième période d'éosinophilie, correspondant à la convalescence.

Toutefois, dans quelques cas à allure chronique, la lymphocytose de la deuxième période peut persister, en donnant à la formule hématologique un caractère spécial. Cette lymphocytose est probablement due à une irritation prolongée des lymphatiques gastro-intestinaux. Mais, même dans ces faits, toute nouvelle poussée fait réapparaître, pour un temps plus ou moins long, la polynucléose neutrophile à la place de la lymphocytose. Je crois que c'est ainsi que doivent être expliquées les conclusions contradictoires auxquelles sont arrivés différents auteurs.

Maladie de Roger hérédo-syphilitique.

M. Ortali (de Bologne). — J'ai eu l'occasion d'observer récemment un cas typique de maladie de Roger (perforation pure de la cloison interventriculaire) chez une jeune fille de quatorze ans, sans antécédents personnels d'aucune sorte, mais dont le père était porteur de lésions syphilitiques. L'affection cardiaque de cette jeune fille se présentait avec les signes caractéristiques : bruit systolique intense, rude, unique, fixe, localisé à la partie moyenne de la région cardiaque, couvrant complètement le premier bruit et ne se propageant pas le long des vaisseaux; le tout sans concomitance de cyanose.

Injection interstitielle d'oxygène dans le traitement de la sciatique.

M. Massalongo. — Avec M. Danio, nous avons vu que, par l'injection d'oxygène dans la profondeur, au contact des points douloureux du nerf sciatique, on peut provoquer l'élongation des filets nerveux terminaux, en même temps qu'on établit un coussinet protecteur contre les pressions extérieures et qu'on agit chimiquement ou biologiquement sur le tissu nerveux dont on favorise la nutrition. Nos expériences sur le cadavre et sur les animaux nous ont démontré que le gaz arrive jusqu'aux troncs nerveux.

Nous avons ainsi traité avec succès 20 sujets atteints de sciatique; 9 guérirent complètement après 10 ou 12 insufflations de 250 à 400 c.c. de gaz; chez les autres, la durée du traitement a varié de un à deux mois.

Sur la pathogénie de l'ictère.

M. Zoia. — De nouvelles recherches m'ont permis de constater à nouveau — fait contesté par M. Gilbert — que, du sérum du sang de l'homme on peut extraire un pigment qui possède toutes les propriétés physiques et chimiques des lutéines, mais se comporte avec la réaction de Hayem de la même façon que la bilirubine, comme c'est d'ailleurs le cas de la lutéine du jaune d'œuf qui pourtant ne contient sûrement pas de bilirubine. Les solutions de ce pigment ne forment pas les composés métalliques caractéristiques de la bilirubine.

De plus, la constatation du bilinogène est très fréquente dans le sérum ; le bilinogène et la biline ont une signification identique, cette dernière n'étant qu'un dérivé optiquement plus actif que l'autre.

Dans ces conditions, je persiste à croire, contrairement à M. Gilbert, que, dans le sérum sanguin, la lutéine existe normalement, tandis que la bilirubine fait défaut; la cholémie et l'ictère, chez l'homme, sont toujours des faits pathologiques ayant une origine hépatique; le bilinogène provient de l'intestin où il se forme aux dépens de la bilirubine et de ses dérivés successifs.

Influence de la tuberculine sur les infections expérimentales.

M. P. Goggia (de Gênes). — Considérant la tuberculose comme une maladie générale, j'ai étudié l'influence de la tuberculine — soit *in vitro*, soit dans l'organisme des animaux — sur le développement des microorganismes pathogènes communs, tels que le *Bacterium coli*, le bacille d'Eberth, le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, en suivant la technique de M. Korczynski.

En ajoutant de faibles traces de tuberculine aux milieux ordinaires de culture, on n'observe aucune modification dans le développement des microorganismes, tandis que l'addition d'une forte proportion de tuberculine favorise d'une façon évidente le développement de ces mêmes microbes.

Si, au contraire, on produit chez les animaux de laboratoire, tels que cobayes et lapins, des infections expérimentales au moyen des microorganismes précités, et qu'on soumette ensuite ces animaux à des injections répétées de tuberculine à faible dose (1/10 de la dose sûrement mortelle), cette petite quantité de poison suffit à accélérer d'une façon évidente le dénoûment de l'infection.

Par conséquent, je me crois autorisé à affirmer que ce n'est point l'influence de la tuberculine comme agent modificateur du milieu de culture, mais plutôt l'action des toxines spécifiques, circulant dans le sang et les humeurs, sur toutes les cellules de l'organisme, qui est cause de la susceptibilité particulière des sujets tuberculeux vis-à-vis des infections communes.

Paludisme sans moustiques.

M. Cioffi. — J'ai pu étudier, durant l'hiver 1903, environ 60 cas de malaria, dont 11 avec hémoglobinurie, à Sala Consilina (Salerne), sans qu'il m'ait été possible de dépister un seul moustique, anophèle ou autre. Dans le sang de tous les malades, on a pourtant constaté la présence du plasmode estivo-automnal. Parmi les faits les plus intéressants, je citerai celui d'un enfant de quarante-cinq jours atteint de malaria et dont la mère avait toujours échappé au paludisme.

Cytodiagnostic et valeur thérapeutique de la ponction lombaire.

M. Cozzolino (de Gênes). — Les résultats de l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien dans les méningites tuberculeuses possèdent une grande valeur diagnostique, sans être cependant pathognomoniques, comme MM. Widal et Ravaut l'ont admis. La polynucléose n'est pas rare, elle peut accompagner ou non la présence du bacille de Koch : dans cette seconde éventualité elle est quelquefois moins prononcée. Par conséquent, surtout dans ces cas, l'examen cytologique doit être complété par l'emploi des autres moyens d'investigation.

Quant à la ponction lombaire, il est rare qu'elle détermine un soulagement, d'ailleurs léger et peu durable, des symptômes de la maladie; aussi convient-il de la réserver exclusivement aux cas de diagnostic douteux.

Scarlatine à début urémique.

M. Ambron (de Gênes). — J'ai eu l'occasion d'observer un cas de scarlatine ayant débuté par des vomissements avec accès éclamptiques et état épileptoïde, chez une épileptique de vingt-six ans. Les urines, riches en albumine, diminuèrent rapidement de volume et cessèrent complètement au moment où apparut l'éruption. La malade ne présenta aucune élévation de la température pendant l'évolution des phénomènes urémiques, qui augmentèrent chaque jour d'intensité; mais l'apparition de l'exanthème fut signalée par une brusque élévation thermique, qui disparut progressivement. Cette femme succomba en pleine période d'éruption.

M. Salaghi (de Bologne) relate des faits tendant à démontrer que les particularités cliniques présentées par certaines formes d'insuffisance mitrale peuvent être expliquées par la richesse des anastomoses existant entre les veines de la grande et de la petite circulation.

M. Boeri (de Naples) fait une communication sur les *rapports existant entre les circulations lymphatique et sanguine, au point de vue de la défense contre les infections et les intoxications.*

Dr G. Zanoni (de Gênes).

CHIRURGIE PRATIQUE

La blépharoplastie à l'aide d'un lambeau chondro-dermique prélevé sur le pavillon de l'oreille.

L'autoplastie au moyen de lambeaux comprenant du cartilage dans leur épaisseur est de date relativement récente : il n'y a guère plus de huit ans que M. le professeur Fritz König, actuellement chirurgien de l'hôpital d'Altona, eut l'idée de combler des pertes de substance du cartilage cricoïde et de la trachée à l'aide de lambeaux cutanéo-cartilagineux taillés dans le cartilage thyroïde (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 156). Peu après, M. le docteur H. von Mangoldt (de Dresde), se trouvant en présence d'un cas analogue, fit également usage d'une greffe cartilagineuse, mais ce fut le cartilage costal qu'il mit à contribution (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 135); et l'année suivante le même procédé lui fournit encore un bon résultat dans un fait de rétrécissement post-typhoïdique du larynx, où l'implantation d'un fragment de cartilage entre les deux lèvres du tube laryngotrachéal incisé sur la ligne médiane amena la disparition totale de la dyspnée et rendit même à la malade la possibilité de parler à voix basse (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 141).

Comme on le voit, la greffe cartilagineuse avait été empruntée, dans ces 3 cas, au squelette du larynx ou au cartilage costal. Mais, à peu de temps de là, ayant à traiter une jeune fille de dix-sept ans, chez laquelle un lupus de la face avait entièrement détruit l'une des ailes du nez, l'initiateur de la méthode, M. König, eut recours au pavillon de l'oreille pour y prélever le lambeau chondro-dermique. Cette idée paraît avoir été très heureuse, car les pertes de substance de l'oreille se réparent avec une extrême facilité et laissent généralement des traces fort peu apparentes, en même temps que l'absence de tissu adipeux dans le pavillon de l'oreille constitue une condition éminemment favorable à la réussite de la greffe.

Entre autres avantages, les lambeaux chondro-dermiques présentent celui de subir une rétraction qui est beaucoup moins notable que celle des lambeaux purement cutanés. C'est là une propriété particulièrement précieuse en matière de blépharoplastie, puisque, dans les opérations de réfection des paupières, le lambeau ne peut être suturé sur toute sa périphérie à des parties saines. Aussi M. le docteur K. Büdinger (de Vienne) a-t-il naguère employé l'autoplastie cutanéo-cartilagineuse dans 2 cas de blépharoplastie pour perte de substance de la paupière inférieure, résultant de l'ablation d'un épithélioma; la brèche fut comblée avec plein succès au moyen d'un lambeau cutanéo-cartilagineux emprunté au pavillon de l'oreille et combiné avec un lambeau cutané prélevé sur la région temporale.

Bien que nous ayons eu soin de rendre compte de la communication que notre confrère fit à ce sujet à la Société des médecins de Vienne (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 160), le travail de M. Büdinger n'a guère fixé l'attention, si bien que tout récemment deux médecins allemands, MM. les docteurs Elter et Haass (de Viersen), en faisant connaître un cas où ils ont pratiqué la blépharoplastie à l'aide d'un lambeau chondro-dermique, ont cru pouvoir en parler comme d'une *nouvelle* méthode pour la réparation des pertes de substance des paupières; chez leur malade, nos confrères s'étaient inspirés d'un procédé jusqu'alors inédit, dû à M. le docteur W. Müller, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Rostock, qui l'avait employé une fois et à qui ils attribuaient tout d'abord la paternité de la méthode.

Du reste, avant la publication de MM. Elter et Haass, le procédé de M. Büdinger avait été déjà utilisé dans 5 cas par M. le docteur A. Birch-Hirschfeld, privatdocent à la Faculté de médecine de Leipzig et assistant à la clinique ophtalmologique de ladite Faculté.

Quoi qu'il en soit, si l'on ajoute à ces 5 derniers faits 4 autres où M. Birch-Hirschfeld a eu plus récemment l'occasion d'intervenir de la même manière, ainsi que le cas de M. W. Müller, celui de MM. Elter et Haass, et enfin les 2 observations de M. Büdinger, on arrive à un total de 13 cas où l'on a tenté la blépharoplastie à l'aide d'un lambeau chondro-dermique prélevé sur le pavillon de l'oreille. Ce chiffre est suffisant pour qu'il soit d'ores et déjà possible de se rendre compte de la valeur du procédé.

La technique a quelque peu varié, suivant les chirurgiens, dans ses détails. Comme nous l'avons dit, le procédé adopté par M. Büdinger exige l'emploi de deux lambeaux : l'un, purement cutané et pourvu d'un pédicule, sert à reconstituer le plan cutané de la paupière ainsi que les parties avoisinantes de la joue, lorsque celles-ci ont été excisées, pour un cancroïde par exemple; l'autre, cutanéo-cartilagineux, destiné à remplacer la partie détruite du tarse, est emprunté au pavillon de l'oreille, principalement à l'hélix. Il ne comprend, outre le squelette cartilagineux de cet organe, que la partie du repli cutané qui revêt antérieurement le cartilage. Après que la peau s'est rétractée — et elle se rétracte très peu, à cause de son adhérence intime avec le cartilage — on dispose ce dernier lambeau de telle sorte que son revêtement cutané soit en contact avec le globe oculaire, sa surface cruentée entrant en rapport avec la surface également cruentée du lambeau pédiculé que l'on a eu soin de rabattre préalablement.

Dans ses 9 cas, M. Birch-Hirschfeld a eu recours à cette méthode. Ayant toutefois vu survenir des lésions cornéennes chez ses 2 premiers opérés, il a pris l'habitude de donner à son lambeau cutané des dimensions notablement supérieures à celles de la lamelle cartilagineuse. Depuis qu'il observe cette précaution, il n'a plus eu à constater de phénomènes d'irritation du côté de la cornée.

Le lambeau dont MM. Elter et Haass ont fait usage, dans le cas qu'ils ont eu à opérer (ectropion), était constitué par un segment du cartilage auriculaire muni de son revêtement cutané postérieur. Ce lambeau fut disposé de manière que la lamelle cartilagineuse, venant reconstituer le tarse, se trouvât en rapport avec la face profonde de la conjonctive préalablement disséquée et que le plan cutané du lambeau vînt combler la perte de substance des téguments palpébraux.

La technique à laquelle s'est arrêté M. Müller diffère essentiellement des procédés que nous venons d'indiquer, en ce que l'on y fait usage d'un lambeau pourvu d'un revêtement cutané sur l'une et l'autre de ses faces. L'une de ces couches sert à reconstituer le cul-de-sac conjonctival; l'autre contribue à former le tégument externe de la paupière. Le bord libre, au niveau duquel les deux plans cutanés se réunissent, représente le bord palpébral.

On peut reprocher à la technique de M. Müller d'être d'une application plus restreinte que celle de M. Büdinger. Elle n'est praticable, en effet, que lorsqu'une partie au moins de la conjonctive palpébrale est conservée. Mais le principal inconvénient qu'elle offre est de mettre le bourrelet recroquevillé, que forme chez la plupart des sujets le bord libre du pavillon de l'oreille, en contact avec la cornée; une pareille disposition pourrait exposer à des lésions cornéennes, qui, à vrai dire, ne se sont pas produites dans le cas de M. Müller.

D'autre part, on doit reconnaître qu'avec la technique suivie par M. Büdinger, l'opération est plus complexe, puisqu'elle nécessite le prélèvement de deux lambeaux dont l'un, étant

exclusivement cutané, a plus de tendance que l'autre à se rétracter, et expose ainsi à un ectropion consécutif. Il est juste d'ajouter que pareil accident ne s'est produit dans aucun des 11 cas opérés suivant le procédé de M. Büdinger, bien que certains d'entre eux aient pu être suivis pendant un temps assez long.

Ajoutons que, sur les 13 cas où l'on a jusqu'ici pratiqué la blépharoplastie à l'aide d'un lambeau chondro-dermique, 8 étaient relatifs à des cancers épithéliaux de la paupière et 1 à un mélanosarcome; 1 fois il s'agissait de tuberculose palpébrale, 1 fois d'un symblépharon consécutif à une brûlure, 1 fois de trichiasis avec colobome et 1 fois d'ectropion. Dans tous ces faits, les résultats ont été excellents, tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue esthétique. Quant à la déformation du pavillon de l'oreille, par suite du prélèvement de la greffe, elle est très peu marquée; après que la plaie s'est cicatrisée, il n'en reste que des traces à peine visibles.

En somme, la blépharoplastie à l'aide d'un lambeau chondro-dermique taillé sur le pavillon de l'oreille constitue une opération encore peu employée, mais qui paraît donner des résultats assez satisfaisants pour qu'elle entre dans la pratique courante.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Radiothérapie de la maladie de Mikulicz.

Le traitement médical donne quelquefois d'excellents résultats dans la maladie de Mikulicz : c'est ainsi que l'arsenic à haute dose (Fuchs, Cutler), le sirop d'iodure de fer (Haltenhoff), l'iodure de potassium ont été employés avec succès (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 37-39). Dans certains cas, cependant, la médication interne échoue et l'on est obligé de recourir à une intervention chirurgicale. L'excision des glandes hypertrophiées n'étant pas sans inconvénient, il nous paraît intéressant de signaler que, d'après l'expérience de M. le docteur E. Ranzi, assistant de M. le docteur A. von Eiselsberg, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Vienne, la radiothérapie serait susceptible d'amener une guérison parfaite, alors que le traitement interne n'a exercé aucune influence sur l'évolution de la maladie. Chez une femme, en effet, que notre confrère a présentée naguère à la Société des médecins de Vienne (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 321), il a suffi — après échec de la médication iodurée — de six séances de radiothérapie de sept minutes de durée chacune pour faire entièrement disparaître les tumeurs, localisées aux parotides. M. Ranzi estime que ce succès thérapeutique est dû à l'action élective des rayons de Röntgen sur le tissu lymphoïde, dont il a pu constater la présence en excès dans les *acini* glandulaires.

Traitement du cancer cutané par l'introduction électrolytique de l'ion zinc.

Nous avons fait connaître, l'année dernière, l'excellent résultat que M. S. Leduc a obtenu dans un cas de cancer cutané de la face par l'introduction électrolytique de l'ion zinc (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 48). Le même procédé a été employé avec succès dans 8 faits du même genre par M. le docteur H. L. Jones, chef du service d'électrothérapie à St. Bartholomew's Hospital de Londres. Dans 2 de ces cas la guérison a été complète au bout de quinze jours ou trois semaines, après une seule séance de radiothérapie.

Pour obtenir le meilleur résultat possible, notre confrère estime qu'il importe que la surface envahie par la lésion soit entièrement débarrassée des croûtes qui la recouvrent habituellement, parce qu'alors seulement il est possible d'obtenir une action uniforme du courant, condition essentielle du succès.

Contrairement à M. Leduc, qui a recours à un courant de deux milliampères par centimètre carré, appliqué pendant quinze à vingt minutes, M. Jones croit préférable de faire usage d'un courant plus intense, mais que l'on fait passer moins longtemps. L'intervention, dans ces conditions, est parfois douloureuse; quand il en est ainsi, il suffit de cocaïniser la région.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 octobre 1905.

Sérothérapie de l'hémophilie.

M. P. Emile-Weil adresse une note dans laquelle il déclare avoir soumis l'hémophile dont il a récemment étudié la coagulation sanguine (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 500) à des injections intraveineuses de sérum humain (10 c.c.) ou de sérum de bœuf (15 c.c.). Sous l'influence de ces injections, il a observé des modifications notables de la coagulabilité du sang de ce malade : notamment, après piqûre de la veine, l'écoulement sanguin est plus lent et s'arrête spontanément; le sang pris au doigt se coagule normalement. Cette « vaccination » n'est du reste que passive : les effets d'une injection, nets au bout de quarante-huit heures, diminuent après dix jours; à la cinquième semaine, la coagulation redevient anormale, au moins par sa durée, sinon par sa forme. Les injections de sérum de bœuf agissent de même que celles de sérum humain, quoique avec moins d'intensité.

L'auteur ajoute qu'il n'a pas eu encore l'occasion d'employer ces injections de sérum pour lutter contre des hémorrhagies hémophiliques; il signale toutefois que son malade a pu se faire arracher une dent, sans perte sanguine anormale, vingt-cinq jours après une injection de sérum, alors que tout traumatisme avait jusque-là été chez lui l'occasion d'une hémorrhagie abondante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 octobre 1905.

Entéro-anastomose pour cancer inopérable du gros intestin.

M. Demoulin. — Je dois vous présenter un rapport sur 2 observations d'entéro-anastomose pour cancer inopérable du gros intestin, qui nous ont été communiquées par M. Savariaud. L'une a trait à une femme de cinquante ans, atteinte d'un cancer de l'angle splénique, l'autre à un homme dont la tumeur occupait la portion recto-sigmoïdienne de l'intestin; on avait fait à tous deux un anus cæcal pour remédier à des accidents aigus.

Afin de débarrasser ces malades de leur anus artificiel, M. Savariaud a ultérieurement établi, dans le premier cas, une anastomose transverso-sigmoïdale et dans le second une sigmoïdo-rectostomie. Les résultats ont été bons et, parmi les remarques contenues dans le mémoire de notre confrère, je relève principalement les suivantes : d'une part, les avantages des anastomoses intestinales au rectum, dans les cas de cancer inopérable, anastomoses que l'on devrait préférer d'emblée aux anus artificiels quand les patients peuvent supporter une laparotomie; d'autre part, la tendance au rétrécissement que présentent à la longue ces anastomoses.

Les deux faits de M. Savariaud portent à 8 le nombre des opérations de ce genre : 2 de ces malades, opérés respectivement par M. Tuffier et par M. Guinard, sont morts rapidement; les 6 autres, opérés par MM. Simpson, Lardennois, Guinard et Savariaud, ont survécu, et pour 5 de ces cas la moyenne de survie a été de seize mois.

Malgré ces résultats, on ne peut encore porter un jugement sur la valeur de cette opération, qui, *à priori*, me paraît pourtant préférable à l'anus cæcal.

Valeur thérapeutique de la ponction lombaire dans les fractures du crâne.

M. Quénu. — J'ai eu l'occasion de traiter 7 cas de fracture du crâne par la ponction lombaire, méthode dont les avantages ont été discutés ici même il y a quatre ans (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 407 et 419). Je ne vous citerai qu'une seule de mes observations, celle d'un homme de cinquante-trois ans qui, dans une chute sur la nuque, se fit une fracture de la base du crâne. Le malade étant dans le coma, on pratiqua, à partir du deuxième jour, des ponctions lombaires; on en fit 8 au total, en une semaine. Le premier jour le liquide était sanguinolent, les jours suivants la quantité de sang diminua graduellement et dans les dernières ponctions on n'en constatait plus aucune trace. Chaque ponction fut suivie de la disparition du coma et les périodes de lucidité augmentèrent progressivement de durée avec le nombre des ponctions. Au dixième jour le malade recouvra son intelligence et un mois et demi après l'accident il était complètement guéri.

Il est difficile actuellement d'expliquer le mécanisme de ces améliorations; je ne crois pas pourtant qu'il s'agisse de simples coïncidences, comme le pense M. Reynier (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 419), les bons effets de ce mode de traitement pouvant être attribués soit à la suppression de l'hypertension, soit à la disparition du sang qu'on a accusé de produire une intoxication des centres nerveux.

M. Tuffier. — L'observation de M. Quénu me paraît démonstrative, mais les effets des ponctions ne sont pas constants : dans certains cas ils se traduisent par une amélioration; dans d'autres le résultat est nul. A propos du mode d'action de ce traitement, j'ai remarqué que la présence du sang dans le liquide coïncidait avec le pouls cérébral.

J'ai aussi employé les ponctions dans un cas de méningite suppurée. J'ai retiré un liquide purulent et après plusieurs paracentèses rachidiennes le malade a guéri.

De la pollakiurie et de l'incontinence d'urine nocturnes dans la tuberculose du rein.

M. Bazy. — Voici un fait qui prouve la valeur de la pollakiurie et de l'incontinence d'urine nocturnes comme signes précoces de la tuberculose rénale :

Une jeune fille de seize ans, de bonne santé jusqu'alors, fut prise, la nuit, de pollakiurie, puis d'incontinence d'urine, qui furent traitées par les moyens ordinaires, mais sans succès; des hématuries étant survenues, on prescrivit de l'ergotine, ce qui amena une diminution des hémorrhagies. C'est alors qu'un nouvel examen de l'urine fit découvrir des bacilles de Koch, et lorsque j'ai vu cette malade je n'ai pu avoir aucun doute sur l'existence d'une tuberculose de l'un des reins.

M. Legrand (d'Alexandrie) fait une communication sur un cas d'*énucléation d'un fibrome utérin chez une femme enceinte de trois mois*, avec continuation de la grossesse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 octobre 1905.

Insuffisance rénale, intestinale et hépatique chez un myxœdémateux.

M. Garnier. — Il résulte d'une série de recherches que j'ai faites avec M. Lebret que les fonctions du rein, de l'intestin et du foie, bien qu'en apparence normales, peuvent être profondément troublées au cours du myxœdème. Le malade sur lequel nous avons expérimenté était un adulte atteint de myxœdème acquis : l'élimination du bleu de méthylène était chez lui tardive, lente et faible; bien qu'il ne fût pas constipé, la traversée digestive, étudiée au moyen du carmin et du repas d'épreuve, était ralentie et, enfin, une dose relativement faible de sirop de sucre déterminait de la glycosurie.

Après quinze jours de traitement thyroïdien, on pouvait déjà constater une amélioration de ces différentes fonctions, et au bout de vingt-sept jours elles étaient redevenues normales. Ces résultats semblent prouver qu'à côté des phénomènes nerveux, cutanés et d'ordre dystrophique caractérisant le myxœdème, il faut faire une place à ceux qui relèvent du fonctionnement irrégulier des principaux viscères.

Rhumatisme cérébral suraigu.

M. Gandy relate l'observation d'un jeune homme âgé de vingt et un ans qui, au troisième jour d'une atteinte de rhumatisme articulaire aigu, fut pris subitement d'accidents cérébraux à forme délirante auxquels il succomba au bout de onze heures.

A l'autopsie, on trouva des lésions d'endocardite valvulaire multiple (mitrale, aortique et tricuspidienne), de péricardite adhésive, de pleurite sèche double, une congestion avec suffusion sanguine des méninges cérébrales, enfin des lésions de chromatolyse diffuse de tous les éléments cellulaires de l'écorce, tout à fait comparables à celles qui ont été consignées par MM. Josué et Salomon dans une observation analogue (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 347). Du côté du foie et des reins, on n'a noté que des altérations congestives, sans trace de cirrhose ni de néphrite.

Elimination spontanée d'une anse intestinale invaginée.

M. Galliard communique l'observation d'un enfant de quatre ans et demi, qui présenta, à la suite d'une colite dysentériforme, des symptômes d'invagination intestinale sans phénomènes d'obstruction. Cette affection se termina par la guérison à la suite de l'élimination spontanée de l'anse intestinale, longue de 10 centimètres environ, qui s'était invaginée au cours des efforts de défécation. A la suite de cette élimination, on ne constata aucun signe de rétrécissement secondaire de l'intestin.

M. Danlos montre un homme qui présente au niveau du vertex un chancre syphilitique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 octobre 1905.

Syndrome d'hyperfonctionnement des glandes vasculaires sanguines chez des acromégaliques.

M. Claude. — J'ai observé 2 malades chez lesquelles, à des signes non douteux d'acromégalie, s'ajoutent des symptômes traduisant à des degrés divers la suractivité fonctionnelle du corps thyroïde et des capsules surrénales.

Dans le premier de ces cas, chez une femme âgée de quarante-cinq ans, on relève une augmentation du volume de la face, des mains, des pieds, de la langue, la cyphose cervicodorsale, l'aménorrhée, la céphalée, les troubles oculaires. De plus la patiente présente une exophtalmie, un corps thyroïde augmenté de volume, animé de battements, de la tachycardie (pouls à 120), du tremblement. Enfin la pression artérielle à la radiale s'élève à 28 centimètres, les artères sont dures, sinueuses, le cœur est hypertrophié, et le second bruit diastolique à l'aorte très retentissant.

La seconde malade, âgée de dix-neuf ans, n'est atteinte que depuis trois ans et n'offre comme signes d'acromégalie qu'une augmentation considérable de la face, sans hypertrophie des mains ni des pieds, une cyphose légère, une céphalée très forte, un allongement des membres inférieurs sans gigantisme. Chez elle les symptômes thyroïdiens sont également plus frustes : exophtalmie, légère hypertrophie thyroïdienne, pouls de 95 à 100, pas de tremblement, nervosité, bizarreries de caractère. La pression artérielle est de 23 centimètres.

La solidarité fonctionnelle des trois glandes vasculaires sanguines à fonctions antitoxiques (hypophyse, corps thyroïde, capsules surrénales), auxquelles il faudrait joindre le thymus, dont M. Marie a signalé la réviviscence dans l'acromégalie, paraît donc ressortir nettement de ces faits cliniques. Elle a d'ailleurs été constatée déjà anatomiquement par MM. Ballet et Laignel-Levastine. On peut la mettre en évidence dans d'autres affections nerveuses, et notamment dans certains cas d'épilepsie et de tétanie.

Dégénérescence des îlots de Langerhans dans des affections autres que le diabète.

MM. P. Carnot et **P. Amet.** — Ayant examiné systématiquement l'état des îlots de Langerhans chez une série de malades non diabétiques, nous avons constaté fréquemment la dégénérescence hyaline ou la dégénérescence graisseuse de ces îlots. Nous l'avons constatée principalement dans plusieurs cas de tuberculose aiguë ou chronique, dans des cas de cirrhose du foie, dans un cas de néoplasme gastrique, etc.

Nous croyons, en conséquence, que les îlots endocrines du pancréas sont des organes d'une grande fragilité, qui sont fréquemment altérés au cours des diverses infections ou intoxications. La fréquence de ces altérations enlève une grande partie de l'importance qu'on a voulu leur attribuer dans la pathogénie du diabète.

Occlusion intestinale expérimentale.

M. Roger. — J'ai pratiqué, sur un certain nombre de lapins, l'occlusion de l'intestin grêle au moyen d'un fil qui oblitère le conduit.

Au bout de vingt-quatre heures, le segment situé au-dessus de l'obstacle est distendu par du liquide. J'y introduis une canule de verre courbée à angle droit. Aussitôt, le liquide s'élève dans la branche verticale de la canule à une hauteur de 4 ou 5 centimètres. Ce liquide est animé d'oscillations qui sont synchrones aux mouvements respiratoires et sont dues à la compression de l'anse obstruée par le diaphragme et les muscles abdominaux. On observe, en même temps, toutes les trois ou quatre minutes, une grande onde péristaltique, qui prend naissance à 15 ou 20 centimètres audessus du point obstrué. Le liquide s'élève alors à 16 ou 17 centimètres de hauteur. Le mouvement, comme le démontrent les tracés, se fait rapidement; puis survient une série d'oscillations ascendantes et descendantes. Au bout d'une minute, le liquide retombe à son chiffre initial, pour remonter de nouveau trois ou quatre minutes plus tard. Ces grands mouvements, qui représentent un effort énergique pour triompher de l'obstacle, persistent jusqu'à la fin de la vie, alors que la partie de l'intestin qui est située près du point obstrué a perdu sa contractilité.

Ces expériences établissent encore qu'il ne se produit jamais de mouvements antipéristaltiques. Les vomissements fécaloïdes ne sont pas dus à une contraction rétrograde : ils résultent de la compression exercée par les muscles abdominaux sur une anse fermée et distendue de liquide.

Phénomènes d'intoxication produits chez le cobaye par l'injection intrapéritonéale de bacilles tuberculeux dégraissés.

M. Cantacuzène (de Bucarest) adresse une note de laquelle il résulte que les phénomènes les plus caractéristiques de cette intoxication chez le cobaye sont : l'hypothermie, l'éosinophilie du sang, l'hypertrophie de la rate, la nécrose des polynucléaires au contact des corps microbiens, la résorption totale de ceux-ci dans les cellules géantes, les altérations de la fibre cardiaque et de l'épithélium rénal. Au bout de trois mois au plus, l'organisme a digéré tous les corps bacillaires dégraissés.

D'une autre série de recherches de l'auteur, il ressort que l'inoculation dans le péritoine des cobayes de bacilles tuberculeux dégraissés, traités préalablement par le liquide iodo-ioduré de Gram, permet de conférer à ces animaux une résistance très remarquable contre l'intoxication produite par les bacilles simplement dégraissés.

Un nouveau procédé de recherche des pigments biliaires dans l'urine.

M. Grimbert conseille, pour déceler la présence des pigments biliaires dans l'urine, de précipiter cette urine par le chlorure de baryum et de traiter le précipité à chaud par de l'alcool chlorhydrique à 5 %. Lorsqu'on n'obtient pas d'emblée la coloration verte caractéristique, on ajoute 2 gouttes d'eau oxygénée et on chauffe de nouveau légèrement.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 23 octobre 1905.

L'influence des émotions sur la sécrétion du suc gastrique.

M. Bickel communique les résultats d'expériences qu'il a faites avec M. Sasaki, sur un chien porteur d'une fistule gastrique, pour étudier l'influence des émotions tristes ou gaies sur la sécrétion du suc gastrique.

Après s'être assurés que, conformément aux faits déjà signalés par M. Pavlov, l'ingestion d'un repas fictif — les aliments étant recueillis par une fistule œsophagienne et n'arrivant pas jusqu'à l'estomac — déterminait une abondante sécrétion de suc gastrique, s'élevant à 66 c.c. en vingt minutes, MM. Bickel et Sasaki présentèrent à cet animal, durant un tel repas, un chat dont la vue avait le don de le mettre en fureur; dans ces conditions la sécrétion fut de 9 c.c. seulement.

L'orateur en conclut que, si les émotions gaies excitent les sécrétions gastriques, les émotions tristes au contraire — colère dans le cas particulier — exercent une action dépressive sur les fonctions sécrétoires de l'estomac.

M. Goldscheider fait observer que ces faits comportent des déductions pratiques; ils expliquent en particulier comment les malades qui, dans les cures de suralimentation, mangent à contre-cœur, profitent peu des aliments ingérés, ceux-ci étant sans doute mal digérés par suite de l'insuffisance des sécrétions gastriques; d'autre part, ils démontrent que l'on devrait porter plus d'attention qu'on ne le fait d'ordinaire aux régimes alimentaires hospitaliers, une nourriture bien préparée et d'aspect engageant étant beaucoup plus susceptible d'éveiller l'appétit des malades que la plupart des stomachiques vantés tour à tour.

Dr Villaret.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 28 octobre 1905.

Localisation et mode de développement des myomes dans l'utérus humain.

M. Kufferath. — Dans un mémoire relatif à cette question, et qui fait l'objet du présent rapport, M. Keiffer (de Bruxelles) montre au moyen de coupes d'utérus injectés et de préparations colorées par les méthodes ordinaires les points de l'organe où prennent naissance et se développent habituellement les myomes.

Sans s'occuper de la question étiologique, notre confrère constate que si les myomes peuvent apparaître dans tous les points, ils affectent une préférence très nette pour le trajet des vaisseaux de moyen calibre. Cette localisation dans et contre la paroi des vaisseaux ou à leur voisinage immédiat, fait comprendre comment nombre d'auteurs ont soutenu l'origine vasculaire du myome, généralement rejetée aujourd'hui. Les préparations de M. Keiffer montrent en tous cas, sinon la constance du moins la fréquence de la localisation des myomes au début sur le parcours des vaisseaux, et dans quelques cas non douteux le développement de la tumeur autour de la lumière du vaisseau, donc aux dépens de ses parois, la lumière vasculaire constituant le centre de figure de la néoplasie. On ne peut par conséquent nier la possibilité de ce mode de développement, lequel est vraisemblablement des plus variables.

Notre confrère expose également les différentes formes d'accroissement de ces tumeurs, la forme autonome créant le myome bien limité, encapsulé, entouré de tissus sains, la forme diffuse altérant les couches de tissu utérin de proche en proche à sa périphérie, et toutes les combinaisons entre ces deux formes. Le procédé des injections colorées lui a permis de mettre en relief l'état d'anémie des myomes, contrastant avec l'état congestif des enveloppes, leur système de vascularisation capillaire, l'état télangiectasique du tissu utérin au voisinage de certaines tumeurs, cette modification étant peut-être un des facteurs déterminant la migration des myomes vers le péritoine ou vers la muqueuse.

Les agglutinines sèches dans le diagnostic des maladies infectieuses.

M. Firket. — Dans le mémoire qui fait l'objet de ce rapport, M. Herman (de Mons) dit avoir pu s'assurer, par des expériences ayant

porté sur différents sérums spécifiques, que non seulement l'agglutinine contenue dans ces sérums est précipitable par l'alcool, mais encore que l'agglutinine ainsi précipitée est soluble dans l'eau ; de plus, si la durée du contact de ce précipité avec l'alcool n'est pas considérable, le pouvoir de l'agglutinine n'est pas sensiblement amoindri. De là, la possibilité d'obtenir les agglutinines sous forme de poudres sèches conservant indéfiniment leur activité.

Voici le mode de préparation adopté par notre confrère :

Dans une cuvette en porcelaine ou en verre on verse une quantité d'alcool à 95°, représentant 10 fois le volume du sérum à traiter. On y ajoute celui-ci en le faisant couler sous forme de mince filet, en agitant continuellement avec une baguette de verre. Aussitôt que tout le sérum est dans la cuvette, on verse le contenu de celle-ci sur un grand filtre en papier. Au bout de peu de minutes, le liquide a passé, et il reste sur le filtre une pâte molle, blanchâtre, que l'on étale rapidement sur des assiettes plates et que l'on porte à l'étuve à 37°.

Si, comme il est désirable, la couche de dépôt est mince, la dessiccation s'opère rapidement et on obtient ainsi une fine pellicule cornée que l'on pulvérise au mortier. Cette poudre peut se conserver indéfiniment en flacons bouchés à l'émeri.

Ce procédé permet en quelque sorte de fixer le type agglutinant d'un sérum et rend possibles à tout instant des recherches d'identification de bactéries, sans qu'on ait à recourir à des animaux dont on est obligé de maintenir les propriétés spécifiques par des inoculations périodiques.

Dr Keiffer.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 28 octobre 1905.

De la bactériurie.

Dans la séance d'hier de la Société des médecins de Vienne, **M. F. Kornfeld** a fait une communication sur la bactériurie.

L'orateur désigne sous ce nom toute élimination de bactéries par l'urine récente. Il y a des bactériuries transitoires, offrant tous les intermédiaires depuis la forme subaiguë jusqu'aux graves formes chroniques. Dans les affections des reins et des bassinets, on trouve parfois une colibacillurie; d'autre part, beaucoup de cas de bactériurie restent limités à la vessie, sans atteindre les voies urinaires supérieures, mais la bactériurie pure, *sui generis*, ne doit pas être confondue avec la cystite : elle n'est ni le début ni la fin d'une cystite et a peu de tendance à l'ascension vers les reins. L'immigration du colibacille du rectum a lieu par le tissu intervésico-rectal; ce n'est que dans quelques cas que l'infection des voies urinaires se fait par la circulation : chez l'homme, l'invasion bactérienne se produit ordinairement par immigration du colibacille de la partie inférieure de l'intestin, chez les femmes gravides ou atteintes d'affections génitales elle se fait par contiguïté. Les symptômes généraux, qu'on observe dans les cas graves et chroniques, sont dus à l'action des toxines. Le meilleur traitement consiste dans l'instillation de solutions de sublimé de 0.2 à 0.5 ‰. Les antiseptiques internes (salol, salicylate de soude, benzoate de soude, etc.), sont des adjuvants précieux, surtout dans les formes transitoires de la bactériurie.

Tuberculose expérimentale cutanée chez le singe.

Dans la précédente séance de la même Société, **M. R. Kraus** a présenté quelques singes auxquels il a inoculé, par scarification de la peau, des matières tuberculeuses provenant d'un singe (*Macacus rhesus*) : ce dernier animal, à la suite d'une inoculation syphilitique ayant déterminé un chancre, eut une éruption pustuleuse dont la nature parut douteuse, et c'est alors que l'orateur crut devoir faire des inoculations en série. Ces dernières donnèrent lieu, au bout de quelques jours, à une infiltration locale et, plus tard, à des nodules analogues macroscopiquement à des chancres syphilitiques, mais offrant à l'examen histologique la structure d'une tuberculose typique de la peau, avec bacilles de Koch ; l'inoculation de ces nodules provoqua, du reste, chez des cobayes, une tuberculose bien caractérisée. Ultérieurement, de nouveaux nodules se développèrent autour des premiers, voire même que dans certains cas les lésions se disséminèrent à toute la région.

Jusqu'ici, on n'était pas parvenu à reproduire expérimentalement la tuberculose de la peau.

M. Riehl ne croit pas à l'identité de cette tuberculose cutanée expérimentale avec celle que l'on observe chez l'homme ; elle présente, en effet, des caractères qui rappellent d'une part le lupus, de l'autre les gommes scrofuleuses.

M. Ehrmann est d'avis que, si le tableau clinique de cette tuberculose cutanée est, en effet, différent de celui des lésions tuberculeuses de la peau chez l'homme, la marche ultérieure de l'affection offre, au contraire, de grandes ressemblances avec celle de la tuberculose cutanée humaine.

La sclérose en plaques à forme aiguë.

Dans la séance du 27 octobre de la Société de médecine interne, **M. O. Marburg** a fait une étude de la forme aiguë de la sclérose en plaques, dont les prodromes sont constitués par des maux de tête et des parésies passagères. A la suite d'un surmenage ou d'un traumatisme surviennent subitement les symptômes nets de la maladie, tels que : amblyopie, ptosis, paralysie des muscles oculaires, nystagmus, paralysie spasmodique des extrémités, débutant en général par les membres inférieurs, troubles de la coordination, tremblement, parole scandée, rétention d'urine, et les autres symptômes de la forme chronique de la sclérose en plaques. Parmi les troubles psychiques, la stupeur est le plus caractéristique. L'affection n'est pas accompagnée de fièvre, elle présente des rémissions et des exacerbations, la mort survient par cystopyélite ou phénomène de décubitus. Les formes aiguë et chronique présentent donc les mêmes symptômes et la même marche; seulement la durée est plus courte dans la première.

Au point de vue anatomique, on trouve dans la forme aiguë des foyers disséminés dans le système nerveux central et dans les nerfs périphériques, surtout dans les cordons postérieurs et latéraux, dans la moelle allongée, le cerveau et le cervelet. Ces foyers sont circonscrits et consistent en une dissociation de la gaine lamelleuse, tandis que le cylindraxe reste relativement intact. Les dégénérescences secondaires ne surviennent qu'exceptionnellement dans cette affection. La névroglie présente de légers troubles inflammatoires, les vaisseaux restent presque intacts; on trouve seulement dans leur paroi une accumulation de cellules, qui pénètrent dans les foyers et englobent comme des phagocytes la myéline dissociée. Après la disparition des cellules, on voit un champ où la myéline a disparu et où ne restent que les cylindraxes. Les espaces vides sont remplis ensuite par une prolifération de la névroglie. Il s'agit donc d'une inflammation qui se transforme en sclérose. L'occlusion des vaisseaux, la stase lymphatique et l'œdème sont des altérations secondaires.

L'étiologie de l'affection ne doit pas être cherchée dans une anomalie congénitale du système nerveux central, mais dans une action toxique, ce qui explique l'apparition de la maladie à la suite d'intoxication ou de maladies infectieuses.

M. E. Redlich croit également à la nature exogène de la sclérose en plaques.

M. von Frankl-Hochwart ne pense pas qu'on puisse éliminer toute anomalie congénitale dans l'étiologie de la sclérose en plaques. En effet, les malades présentent souvent, avant l'apparition de l'affection confirmée, des troubles des fonctions nerveuses.

Traitement de la tuberculose articulaire.

Dans la première des Soirées cliniques chirurgicales organisées sur l'initiative de M. le professeur Hochenegg, qui a eu lieu le 25 octobre, **M. Hirsch** a présenté quelques cas de tuberculose du tarse, provenant du service de M. von Mosetig-Moorhof. Ce dernier considère le tissu fongueux comme un néoplasme qu'il faut extirper en plein tissu sain; la perte de substance est ensuite comblée par le plombage à l'iodoforme. Il préfère la méthode de Hüter, qui fournit un meilleur accès sur l'articulation. L'opération n'est pas du tout mutilante, comme on l'a prétendu : les tendons se réunissent, le calcanéum, attiré en haut, s'enfonce entre les extrémités inférieures des os de la jambe; le pied n'est pas ankylosé, et on obtient toujours une néarthrose mobile.

M. Schopf relate des cas d'intoxication iodoformée à la suite du plombage selon le procédé de M. von Mosetig-Moorhof. Il semble que l'intoxication s'observe surtout chez les sujets âgés.

M. Hirsch déclare que dans le service de M. von Mosetig-Moorhof on n'observe jamais d'intoxication iodoformée. Les phénomènes toxiques ne surviennent que quand on s'est servi en même temps de sublimé, d'acide phénique, etc.

M. Bum fait remarquer que les intoxications iodoformées ne se produisent que dans les cas où il y a des troubles de l'excrétion rénale.

M. Ewald a observé une intoxication iodoformée chez une femme atteinte de goitre. Dès qu'on cessa l'emploi de l'iodoforme, les symptômes disparurent pour revenir quand on reprit l'iodoforme. Deux ans plus tard, cette malade fut de nouveau opérée et pansée à l'iodoforme, et l'intoxication iodoformée se reproduisit.

M. Werndorff a vu un cas opéré il y a six mois par M. von Mosetig-Moorhof; il y avait une récidive locale. Il ne faut donc pas trop se fier aux résultats immédiats.

M. von Friedländer estime aussi que chez les enfants on voit survenir, après un certain temps, des récidives locales ou à distance, malgré la guérison opératoire parfaite. Il est convaincu que le traumatisme opératoire donne lieu à la dissémination des bacilles dans des régions éloignées, et se rallie à l'opinion de M. König, qui estime qu'il n'est pas sûr que nous ne produisions pas, par l'intervention, plus de méningites que nous n'en évitons.

Dr Schnirer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Hilgermann (R.). Ein Beitrag zu den traumatischen Erkrankungen des Pankreas. (*Virchows Arch.*, CLXXXI, 2.) — Sur les affections traumatiques du pancréas.

Leonhardt (A.). Ueber Myxome des Herzens, insbesondere der Herzklappen. (*Virchows Arch.*, CLXXXI, 2.) — Sur les myxomes du cœur, notamment des valvules.

Maly (G. W.). Beitrag zur Histologie der desmoiden Vulvartumoren, mit Berücksichtigung ihrer Abstammung vom Ligamentum rotundum. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXVI, 1.)

Mandl (L.). Histologische Untersuchungen über die sekretorische Tätigkeit des Amnionepithels. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 3.) — Recherches histologiques sur l'activité sécrétoire de l'épithélium amniotique.

Reiche (F.). Pulsierende Varizen an der Stirn bei abnormem Hirnsinus. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 août.) — Varices pulsatiles du front avec sinus crânien anomal.

Ribbert (H.). Ueber den Pagetkrebs. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 août.) — Sur la maladie de Paget.

Ritter (C.). Die Ursache der Nekrose im Krebsgewebe, nach Untersuchungen am Mammacarcinom. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 3.) — La cause de la nécrose du tissu cancéreux, d'après des recherches sur le cancer du sein.

Schwedenberg (Th.). Ueber die Karzinose des Ductus thoracicus. (*Virchows Arch.*, CLXXXI, 2.)

Wolff (R.). Einige weitere anatomische Präparate von Fracturen des Os naviculare der Handwurzel, nebst Bemerkungen und Experimenten über die Entstehung dieser Fracturen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 3.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Kolb (K.). Wege der Sammelforschung über Krebs. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 juillet.) — Les enquêtes sur le cancer.

Lüdke (H.). Ueber Zytotoxine, mit besonderer Berücksichtigung der Ovariotoxine und Thyreotoxine. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 juillet et 1er août.)

Massey (G. B.). Some aspects of the cancer problem. (*Med. Record*, 1er juillet.)

Parascandolo (C.). Ueber Gifte im allgemeinen, mit besonderer Berücksichtigung des Verbrennungsgiftes; Immunisierung und Serumtherapie bei Verbrennungen (6. Serie experimenteller Untersuchungen). (*Wien. med. Wochensch.*, 13, 20 et 27 mai, 3, 10, 17 et 24 juin, 1er, 8, 15, 22 et 29 juillet et 5 août.) — Sur les toxines en général, notamment au point de vue de la toxine produite en cas de brûlure; immunisation et sérothérapie dans les brûlures.

Pavy (F. W.). On carbohydrate metabolism. (*Lancet*, 24 juin, 1er juillet et 5 août.)

Pfeiffer (R.) et **Friedberger** (E.). Weitere Untersuchungen über die antagonistische Wirkung normaler Sera. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 juillet.) — Sur l'action antagoniste des sérums normaux.

Sciallero (M.). Sull'azione che esercitano i veleni tubercolari sullo sviluppo di certe muffe. (*Gazz. degli Osped.*, 30 juillet.) — De l'action des toxines tuberculeuses sur le développement des moisissures.

MÉDECINE

Steele (J. D.) et **Butt** (W. R.). Occult blood in the feces and its clinical significance. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.) — Sang à l'état imperceptible dans les matières fécales; signification clinique.

Stern (H.). The determination of intestinal functions by a test-regimen. (*Med. Record*, 8 juillet.)

Stockton (C. G.). The delay of old age and the alleviation of senility. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 juillet.)

Strauss (H.). Ueber den osmotischen Druck menschlicher Mageninhalte und seine Beziehung zum Kochsalzgehalte. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVII, 1-2.) — La pression osmotique du contenu de l'estomac et ses rapports avec la teneur en chlorure de sodium.

Strömstedt (A.). Den Laennecska cirrhosen. (*Hygiea*, juillet.)

Svehla (K.). Prispevek ku rozpoznání hostce svalu mezizeberních. (*Casopis lékaru ceskych*, 15 juillet.) — Diagnostic du rhumatisme des muscles intercostaux.

Tedeschi (E.). Per la diagnosi differenziale tra essudati e trasudati. (*Gazz. degli Osped.*, 23 juillet.)

Tyson (J.). The practice of medicine, with special reference to diagnosis and treatment. 3e éd. In-8°, 1240 p. avec fig. Londres.

Van der Meer (P. J. O.). De waarde der cytodiagnostiek van pleura-exsudaten. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 15 juillet.)

Vergely (P.). Troubles de la motricité, de la sensibilité et de la sécrétion intestinale. In-8°, 111 p. Bordeaux.

Wenckebach (K. F.). Klinische voordrachten over hartziekten en circulatiestoornissen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 25 mars, 22 juillet et 16 sept.) — Sur les cardiopathies et les troubles vasculaires.

MALADIES INFECTIEUSES

Jochmann (G.). Mischinfektion des Blutes mit Proteusbazillen und Streptokokken, zugleich ein Beitrag zur Frage der Mitagglutination von Typhusbazillen bei Proteusinfektion. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVII, 1-2.)

Kieffer (C. F.). Varicella gangrænosa. (*New York Med. Journ.*, 1er juillet.)

Küster (E.). Ein Fall von örtlichem Tetanus; Antitoxin-Einspritzungen in die Nervenstämme; Heilung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 2.) — Tétanos circonscrit; injections intratronculaires de sérum antitoxique; guérison.

Lebedeva (N.). Un cas de fièvre typhoïde chez une femme âgée (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 11 juin.)

Lemoine. De quelques formes cliniques de la fièvre typhoïde. (*Nord méd.*, 1er juillet.)

Lenhartz (H.). Ueber die epidemische Genickstarre; ein Beitrag zur Bakteriologie und Behandlung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.) — Bactériologie et traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Levi (V.). Sopra un caso di tetano cefalico. In-8°, 12 p. Modène.

Lie (H. P.). Widal's reaktion og dens praktiske betydning. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août.)

Lifchitz (M.). Contribution à l'étude des suppurations dans la fièvre typhoïde; abcès du foie dans un cas de dothiénentérie (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 18 et 25 juin.)

Loomis (H. P.). Clinical suggestions from the study of 500 cases of pulmonary tuberculosis. (*Med. Record*, 29 juillet.)

Montel. Notes sur le choléra en Basse Indo-Chine; épidémies de Chaudoc (1902) et Kampot (1903); marche; prophylaxie. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Morichau-Beauchant (R.). Une épidémie de fièvre paratyphoïde. (*Poitou méd.*, juillet.)

Naab (J. P.). Etwas über die Jahresbeule. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 juillet.) — Du mal d'un an.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Knott (J.). Phthiriasis. (*Amer. Medicine*, 29 juillet.)

Kopp (C.). Zur Kasuistik des Nævus vasculosus verrucosus faciei (Darier). (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.)

Lewandowsky (F.). Ueber subkutane und periartikuläre Verkalkungen. (*Virchows Arch.*, CLXXXI, 1.) — Sur les crétifications souscutanées et péri-articulaires.

Moldovan (J.). Ueber kongenitale Sarkom- und Fibrombildung der Haut. (*Prag. med. Wochensch.*, 20 et 27 juillet.) — Sarcomatose et fibromatose congénitales de la peau.

Piccinini (G.). La legge di Colles. (*Policlinico*, 23 juillet.) — La loi de Colles.

Porosz (M.). Das Abstossen des Nagels. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er août.) — La chute de l'ongle.

Scherber (G.). Ein Fall von Pemphigus mit eigentümlichem Verlauf. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 juillet.)

Stern (C.). Untersuchungen zur Pathogenese der Anämie und zur Funktionsprüfung der Leber bei Syphilitikern. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 juillet.) — Sur la pathogénie de l'anémie et l'examen fonctionnel du foie chez les syphilitiques.

Unna (P. G.). Ueber den Einschluss von Elastin und Elacin in das Epithel und einen Elacinbefund bei der Gilchrist'schen Krankheit. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er août.) — Sur les inclusions épithéliales d'élastine et d'élacine dans la dermatose de Gilchrist.

Van Niel Schuuren (J. S.). Een geval van acute gele leveratrophie in het secundaire stadium van syphilis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 15 juillet.) — Atrophie jaune aiguë du foie au cours de la période secondaire de la syphilis.

Whitfield (A.). A further contribution to our knowledge of erythema induratum. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, juillet.)

Williams (C. M.). The treatment of acne. (*Med. Record*, 22 juillet.)

CHIRURGIE

Albrecht (P.). Beiträge zur Klinik und pathologischen Anatomie der malignen Hypernephrome. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 4.)

Bernhard (O.). Offene Wundbehandlung und Transplantation. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 4-6.) — Traitement des plaies à ciel ouvert et greffes.

Bode (O.). Zur Frage der Contusionsexostosen des Oberschenkelknochens (Myositis ossificans). (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 4-6.)

Bornhaupt (L.). Gefässverletzungen und traumatische Aneurysmen im russisch-japanischen Kriege. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 3.) — Lésions vasculaires et anévrysmes traumatiques dans la guerre russo-japonaise.

Braatz (E.). Die operative Behandlung der Geschwülste der weiblichen Brust. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 août.) — Traitement chirurgical des tumeurs du sein chez la femme.

Brod (M.). Ueber plastische Deckung grosser Hautdefekte am Penis und Scrotum (sog. Schindung) sowie am Fuss. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — Sur les autoplasties étendues de la région pénio-scrotale et du pied.

Buschke (A.). Ueber einen Fall von symmetrischen sarkomatösen (?) Tumoren der Schläfenregionen und der Wangen (Chlorom?). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 août.) — Sarcomes symétriques des tempes et des joues.

Cahen (F.). Ueber die Leberfistel (Hepatostomie). (*Münch. med. Wochensch.*, 8 août.)

Carmichael (E. W. S.) et **Beattie** (J. M.). Delayed chloroform poisoning. (*Lancet*, 12 août.) — Intoxication tardive par le chloroforme.

Chlumsky (V.). Ueber die Behandlung der chirurgischen Infektionen mit Phenolkampfer. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 19 août.)

Collins (H. D.). Some suggestions in the treatment of wounds. (*New York Med. Journ.*, 5 août.) — Sur le traitement des plaies.

Corner (E. M.) et **Pinches** (H. I.). Torsion of the great omentum. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Torsion du grand épiploon.

Dangel (M.). Ueber die Unterbindung der Vena jugularis interna. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — Sur la ligature de la veine jugulaire interne.

Stoney (R. A.). Tuberculous disease of the cæcum. (*Lancet*, 29 juillet.)

Sultan (C.). Ueber Laminektomie bei spondylitischen Lähmungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 1-3.) — La laminectomie contre les paralysies consécutives à une carie vertébrale.

Svehla (K.). O novych príznacích poruch sliznice konecníku, zejména o trhlinkách ritních s príznaky koxitickymi. (*Casopis lékaru ceskych*, 24 juin et 1er juillet.) — Sur les signes des affections de la muqueuse rectale, notamment ceux de la fissure anale simulant la coxalgie.

Taylor (H. M.). Popliteal aneurysm, its surgical treatment. (*New York Med. Journ.*, 15 juillet.)

Tellier (J.). Des kystes des mâchoires d'origine dentaire; étude de quelques points de leur histoire. (*Lyon méd.*, 9 et 16 juillet.)

Turini (G.). De l'amputation ostéoplastique de Gritti. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai et juillet.)

Van Duyse. Les endothéliomes; sarcomes endothéliaux, angio-sarcomes de Kolaczek. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, juin-juillet.)

Vogel (K.). Zur Pathologie des Bindegewebes. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 juillet.) — Sur la pathologie du tissu conjonctif.

Warbasse (J. P.). Acute peritoneal infection and its relation to intestinal obstruction. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Pruska. Puerperálné sepsis pneumokokková. (*Casopis lékaru ceskych*, 29 juillet.)

Reinecke (K.). 3 Fälle vaginaler Ovariotomie nach Dührssen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 juillet.)

Riss. Un cas de présentation du front pendant le travail. (*Marseille méd.*, 15 juillet.)

Ruge (C.). Auf Grenzgebieten. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.)

Saniter (R.). Tubare Zwillingsschwangerschaft mit zwei Eiern verschiedener Grösse. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.) — Grossesse tubaire gémellaire avec deux œufs de volume inégal.

Stöckel (W.). Ein weiterer Beitrag zur Hydrorrhœa uteri amnialis. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 3.)

Talmey (B. S.). A case of a cyst and hydrocele of the canal of Nuck. (*New York Med. Journ.*, 29 juillet.)

Tandler (J.). Zur Anatomie des Lateralschnittes. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 15 juillet.) — La pubiotomie au point de vue anatomique.

Thumim (L.). Pathogenese, Symptomatologie und Diagnose der Mündungsanomalien einfacher und überzähliger Ureteren beim Weibe, nebst Mitteilung eines Falles von Cyste eines überzähligen Ureters. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 juillet.)

Turenne (A.). Aglutinación del orificio externo del cuello uterino durante el parto. (*Rev. méd. del Uruguay*, mai.)

Van der Hoeven (P. C. T.). De beteekenis van het breken der vliezen voor de baring. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 juillet.) — Signification de la rupture de la poche des eaux pour l'accouchement.

PÉDIATRIE

Bisset (A. G.). A case of perforated gastric ulcer with fatal hæmorrhage from the bowel in an infant 45 hours old. (*Lancet*, 8 juillet.) — Ulcère perforé de l'estomac avec hémorrhagie mortelle quarante-cinq heures après la naissance.

Cheney (H. W.). Primary tuberculous meningitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 juillet.)

Collins (J. R.). A sporadic case of cerebrospinal meningitis. (*Lancet*, 8 juillet.)

Fromme. Ueber Oedema lymphangiectaticum beim Neugeborenen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLI, 5-6.)

Galatti (D.). Schmerzhafte Paralyse der Kinder (paralysie douloureuse des enfants). (*Wien. med. Wochensch.*, 22 et 29 juillet.)

Gianasso (A. B.). Su un caso di contratture congenite degli arti inferiori. (*Riforma med.*, 24 juin.)

Howarth (W. J.). The influence of feeding on the mortality of infants. (*Lancet*, 22 juillet.) — Influence de l'alimentation sur la mortalité infantile.

Joseph (H. M.). Chondrodystrophia fœtalis or achondroplasia. (*Lancet*, 22 juillet.)

Judson (A. B.). The influence of growth on congenital and acquired deformities. In-8°, 276 p. avec fig. New-York. — L'influence de la croissance sur les difformités congénitales ou acquises.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Grünwald. Einige Gesichtspunkte bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (*Wien. med. Wochensch.*, 8 juillet.) — Sur le traitement de la tuberculose laryngée.

Karewski. Operativ geheilte otitische Sinusthrombose mit sekundärem osteoplastischen Verschluss eines Schädeldefektes. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 31 juillet.)

McBride (P.). Sudden and simultaneous onset of cephalic bruit and deafness. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.) — Début brusque et simultané de bourdonnements d'oreille et de surdité.

McKernon (J. F.). Primary jugular bulb thrombosis in children, as a complication of acute purulent otitis media. (*New York Med. Journ.*, 1er et 8 juillet.)

Mendel. On tracheal injection : its simplification and its use in pulmonary tuberculosis. (*Lancet*, 15 juillet.)

Mercier-Bellevue. Othématome spontané chez une femme. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 1er juillet.)

Mermod. Lepto-méningite après une opération de Killian. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Phillips (W. C.). The inferior turbinated bone: its function, diseases, and treatment. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.) — Le cornet inférieur : fonction, affections et traitement.

Rosenberg (A.). Guérison spontanée d'une paralysie double du crico-aryténoïdien postérieur. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 3 juin.)

Ruault (A.). Les injections intra-trachéales appliquées au traitement de la tuberculose laryngo-pulmonaire. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 24 juin.)

Schmiegelow (E.). Un cas de phlébite du sinus avec pyohémie; ligature de la veine jugulaire avec guérison. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 13 mai.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Frattini (A.). Caso di morte per avvelenamento acuto da chinino. (*Gazz. degli Osped.*, 30 juillet.)

Gérard (E.), **Deléarde** et **Ricquiet**. Sur la recherche toxicologique de la morphine. (*Echo méd. du Nord*, 16 juillet.)

Huot. Empoisonnement par l'absorption de feuilles de laurier-rose. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Legludic (H.). Notes et observations de médecine légale : les blessures. In-8°, 771 p. avec fig.

Schenk (P.). Der pathologische Rausch. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 24 juillet.) — L'ivresse pathologique.

Stengel (A.). Chronic acetanilid poisoning. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 juillet.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Moszkowicz (L.) et **Stegmann** (R.). Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 juillet.)

Newcomet (W. S.). The X-rays in superficial tuberculosis. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mai.)

Pancoast (H. K.). The X-rays in the treatment of deep-seated tuberculosis. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mai.) — La radiothérapie des tuberculoses profondes.

Pfahler (G. E.). The X-rays in the diagnosis of pulmonary tuberculosis. (*Proceed. of the Philadelphia County Med. Soc.*, mai.)

Sjögren (T.). Om efterbehandling af opererade maligna svulster med Röntgenbestraalning (*Hygiea*, juillet.) — La radiothérapie comme traitement post-opératoire du cancer.

Stieda (A.). Ueber den Albers'schen Beckenfleck im Röntgenbilde. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 3.) — La tache pelvienne signalée par Albers sur les radiographies.

Tousey (S.). Carcinoma of the male breast cured by the Röntgen ray. (*Med. Record*, 29 juillet.) — Cancer du sein chez l'homme; radiothérapie; guérison.

GÉNÉRALITÉS

Fortier (A.). The physician in the history and literature of Louisiana. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, juillet.)

Gautier (L.). Les maladies de Calvin d'après le professeur Doumergue. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet.)

Icard. Le danger de la mort apparente sur les champs de bataille. In-18, 159 p.

Isager (K.). Spredte bidrag til dansk folkemedicin. (*Bibliotek for Læger*, juillet.) — Sur la médecine populaire au Danemark.

Keen (W. Williams). Addresses and other papers. In-8°, 441 p. avec fig. Londres. W. B. Saunders et Cie.

Kelling (G.). Ueber zwei allgemeine biologische Fragen (Erhaltung der Kraft und Anpassung). (*Wien. med. Wochensch.*, 1er, 8, 15 et 22 avril.) — Sur la conservation de l'énergie et l'adaptation en biologie.

Laignel-Lavastine. L'extension des orteils dans l'art. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Querton (L.). Assurance et assistance mutuelles au point de vue médical. In-12, 145 p. Bruxelles. Misch et Thron.

NOUVELLES

AUTRICHE

~~~ On nous signale de Vienne un petit incident qui ne manquera pas de soulever quelque émotion dans le milieu médical viennois.

M. le professeur von Eiselsberg avait invité les membres de la Société des médecins de Vienne à visiter sa nouvelle clinique, tout récemment achevée, et à y tenir leur séance hebdomadaire de vendredi dernier, 27 octobre. Or, notre confrère a dû au dernier moment retirer son invitation, à laquelle il avait été officiellement prié de ne pas donner suite; la séance — dont on trouvera par ailleurs le compte rendu — a donc eu lieu au siège de la Société.

On se demande quelles raisons ont pu inspirer en la circonstance le *veto* des autorités.

PRUSSE

~~~ Le ministre des affaires médicales du royaume vient de demander aux diverses Chambres médicales s'il était utile d'introduire dans le tarif des honoraires médicaux une disposition propre aux consultations par téléphone et, dans l'affirmative, quelle devait être la somme allouée. Nous ne connaissons jusqu'ici que les réponses de deux Chambres, celle de Poméranie, qui a émis l'avis que les consultations par téléphone devaient être assimilées aux consultations de cabinet, et celle de Berlin-Brandebourg, qui propose de tarifer ces consultations de 2 fr. 50 à 6 fr. 25, ce qui revient, en somme, à les considérer aussi comme étant données au domicile du médecin. D'après ce qu'on nous mande à ce sujet, il est à prévoir que telle sera la réponse des autres Chambres médicales.

SUISSE

~~~ Depuis l'institution d'un diplôme fédéral de médecin, les divers cantons du pays ont supprimé, les uns après les autres, le diplôme cantonal donnant le droit d'exercer dans le canton respectif. Seul, le canton de Genève a conservé jusqu'ici le droit d'autoriser à pratiquer sur son territoire les personnes qui ont subi avec succès l'examen de capacité de médecin ou de chirurgien. Cet état de choses n'a pas été sans soulever quelques protestations de la part des médecins fédéraux établis dans ledit canton ; il y a quelques années, ils ont adressé au Grand Conseil une pétition demandant que désormais l'examen de capacité, subi devant l'Université de Genève, ne fût plus considéré que comme un titre purement universitaire. Mais la Faculté de médecine, alimentée en grande partie par des étudiants étrangers, n'a pas jugé opportun d'adhérer entièrement à cette proposition ; de sorte que le Grand Conseil, appelé à délibérer sur les modifications à apporter à la législation cantonale concernant l'exercice de la médecine, a dû tenir compte en partie de l'avis de l'assemblée des professeurs.

Sur le rapport de M. le docteur Chenevière, qui a fait les plus louables efforts pour réaliser la réforme dans le sens de l'uniformité, le Grand Conseil a voté, le 11 octobre 1905, une nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, laquelle loi peut être regardée comme devant aboutir, dans un avenir plus ou moins prochain, à la suppression complète du diplôme cantonal, en tant du moins que pouvant donner le droit de pratique dans le canton.

Cette loi, qui entrera en vigueur le 1er mars 1906, porte que « le champ, la forme et le mode des examens de capacité seront déterminés, sous la réserve que, tant au point de vue des prestations financières que des épreuves imposées, ces examens ne seront pas inférieurs à ceux exigés par les lois et règlements fédéraux ».

En ce qui concerne l'immatriculation, point important en l'espèce, puisqu'on reprochait, à tort ou à raison, à la Faculté de médecine de ne pas être très exigeante sur l'équivalence des diplômes présentés par les étudiants étrangers, on « dressera la liste des certificats de maturité et des diplômes d'enseignement secondaire et supérieur, qui seront reconnus valables soit pour autoriser l'inscription aux examens généraux ou partiels, soit pour faire accorder la dispense de certaines parties de ces examens ».

~~~ Il n'est pas rare qu'une nouvelle maladie, jugée peu fréquente au moment de sa découverte, ne tarde guère à être considérée comme beaucoup plus commune qu'on ne l'avait imaginé au début, tout simplement parce qu'on s'habitue à poser le diagnostic dans des cas qui jusqu'alors avaient passé inaperçus ou avaient été confondus avec d'autres maladies. Tel a été le sort d'une affection connue seulement depuis ces dernières années : *l'œdème dur traumatique du dos de la main*, causé le plus souvent par un accident du travail (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 77-78 et 175). D'abord exceptionnels, les cas en sont devenus de plus en plus nombreux; ils ont même pris une telle fréquence en Suisse, pays où la maladie a été décrite pour la première fois, que des doutes ont fini par s'élever sur la spontanéité de leur origine. Bien que, en présence des explications pathogéniques souvent plus qu'embarrassées que fournissaient les prétendus sinistrés, les suspicions eussent paru des plus légitimes, il n'avait pas, jusqu'à ces derniers temps, été possible de faire la preuve de la fraude et de démontrer que les lésions avaient été provoquées intentionnellement et artificiellement par les intéressés. Or, de déclarations faites à M. le docteur G. Baer (de Zurich) par un malade à qui l'on promit l'impunité pour prix de ses révélations, il résulterait que l'œdème dur traumatique du métacarpe dorsal serait très facile à provoquer par l'injection d'un acide sous la peau du dos de la main avec constriction circulaire de l'avant-bras près de la racine. On comprend que dans ces conditions la fraude soit assez malaisée à dépister : la piqûre de la peau, la constriction de l'avant-bras ne laissent guère de traces en général. Pour éviter toute confusion, il suffira d'avoir présent à l'esprit le procédé sus-indiqué.

TRAVAUX ORIGINAUX

Comment on meurt dans l'anesthésie générale par la scopolamine-morphine.

On se rappelle sans doute que, au mois de janvier dernier, à la suite de la première tentative faite pour introduire en France la méthode d'anesthésie générale par les injections sous-cutanées de scopolamine-morphine, nous crûmes de notre devoir d'établir le bilan déjà bien chargé de ce procédé, qui ne comptait cependant alors que cinq ans d'existence : nous pûmes ainsi rassembler 12 cas de mort survenus à la suite de l'emploi de la méthode de Schneiderlin, proportion énorme si l'on songe qu'il s'agissait là d'un mode d'anesthésie fort peu répandu encore (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 15-16).

Comme il fallait s'y attendre, cette statistique ne fut pas du goût de ceux qui s'étaient faits en France les promoteurs du nouveau procédé; on nous objecta qu'il fallait peser les faits, et non les compter, et, à l'aide de traductions donc l'exactitude laissait parfois fort à désirer (1), on s'efforça de prouver que les décès relevés par nous n'étaient pas imputables à la scopolamine-morphine. Il ne nous aurait sans doute pas été bien difficile de faire à notre tour la critique des critiques qui nous étaient ainsi adressées; cependant, comme nous avons peu de propension aux polémiques de ce genre, destinées à satisfaire surtout les curieux, nous avons pensé qu'il y avait mieux à faire : nous nous sommes purement et simplement adressé aux chirurgiens mêmes qui avaient eu à enregistrer des accidents mortels (2), leur demandant quel avait été à leur avis le rôle de la scopolamine dans la genèse de ces accidents, quels résultats la méthode leur avait donnés d'une façon générale, s'ils en avaient continué l'emploi, etc. Voici les renseignements qu'ils ont bien voulu nous fournir :

I

M. Flatau nous a répondu par ces simples lignes : « Je me hâte de vous faire savoir que je n'ai pas employé la narcose par la scopolamine-morphine depuis le malheur qui m'est arrivé. »

M. Witzel nous déclare n'avoir plus eu recours à l'anesthésie par la scopolamine-morphine; le procédé d'éthérisation goutte à goutte qu'il a fait connaître lui paraît d'ailleurs répondre à toutes les indications et n'offrir aucun danger.

M. Blos nous écrit que, depuis qu'il n'a plus de fonctions hospitalières, il n'a que rarement recours à l'anesthésie par la scopolamine-morphine. Il est du reste arrivé progressivement à une technique qui lui permet d'opérer le plus souvent au domicile du malade, ce qui ne se prête guère à l'emploi de la méthode en question. Il utilise cependant celle-ci dans des cas spéciaux (diabète, artériosclérose, hémiplégie, interventions sur la tête ou de longue durée).

M. Dirk s'est contenté de nous envoyer la reproduction de la communication qu'il a faite à la *Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins*, communication dont les conclusions — d'ailleurs plutôt favorables à la méthode — sont atténuées par beaucoup de conseils de prudence, puisque l'auteur s'exprime ainsi : « Eclairés par ces 3 cas de mort, nous surveillons avec un soin particulier chez les sujets âgés et faibles l'action de la première injection et renonçons à la seconde dose de scopolamine dans tous les cas où au bout d'une heure il y a somnolence prononcée avec dilatation pupillaire et cyanose. »

M. Israel nous écrit : « Je ne sais si ces morts sont dues à la narcose; pourtant je les ai signalées pour que chacun puisse former son jugement. » Rappelons seulement que les 2 derniers cas publiés par ce chirurgien concernent des sujets qui succombèrent au bout de trois jours avec des lésions si étendues de dégénérescence graisseuse des organes parenchymateux, que M. le professeur Orth, à qui les préparations furent montrées, déclara que « s'il ne s'agissait pas d'une intoxication phosphorée, on ne pouvait rattacher ces lésions qu'à l'action des narcotiques ». Or, ces deux sujets avaient absorbé respectivement 18 et 25 c.c. de chloroforme; et M. Israel d'ajouter qu'il n'a jamais vu survenir pareils accidents avec de si faibles doses d'anesthésique, et de se demander si l'association de la méthode de Schneiderlin à la chloroformisation ou à l'éthérisation n'est pas susceptible de déterminer des lésions que les anesthésiques usuels seraient à eux seuls incapables de réaliser à des doses aussi minimes.

Enfin, pour ce qui est des 3 cas observés par M. Ziffer, il résulte, des renseignements complémentaires qu'a bien voulu nous fournir ce chirurgien, que, chez une de ces 3 malades, qui avait subi une hystérectomie pour cancer, on avait lié les deux uretères en même temps que les artères utérines; une autre succomba vraisemblablement à une septicémie consécutive à une parotidite; pour ce qui est de la troisième, l'opération (cancer de l'utérus) n'avait pas duré moins de trois heures et demie, et, de l'avis de M. Ziffer, « les faibles doses de scopolamine (0 gr. 0015 décimilligr.) et de chloroforme (32 grammes) employées rendent très invraisemblable que la mort soit survenue du fait des anesthésiques; il paraît beaucoup plus plausible de l'attribuer au cas grave en soi, peut-être à une hémorrhagie interne », et l'auteur ajoute qu'il n'a pas renoncé à la méthode.

Ainsi, sur les 6 chirurgiens précités, M. Witzel et M. Flatau n'ont plus eu recours à l'anesthésie par la scopolamine-morphine; M. Israel, sans se prononcer catégoriquement, paraît toutefois plus que réservé dans l'emploi de ce procédé; M. Blos et M. Dirk continuent à s'en servir, mais le premier dans des cas tout à fait spéciaux, et le second non sans quelque appréhension, à en juger par les réserves que nous avons tantôt mentionnées; seul M. Ziffer se montre tout à fait optimiste.

II

Malgré l'intérêt de ces documents, nous ne serions peut-être pas revenu sur la question, si, pendant les dix mois qui se sont écoulés depuis que nous avons poussé notre premier cri d'alarme, toute une série de faits nouveaux n'avaient été publiés ou n'étaient parvenus à notre connaissance, qui grossissent considérablement la liste des méfaits de la « scopomorphinisation », comme on a appelé la méthode de Schneiderlin.

C'est ainsi qu'au premier Congrès des médecins serbes, tenu à Belgrade l'année dernière, un confrère tchèque, M. Zahradnicky (de Nemecky Brod), communiquait sa statistique personnelle d'anesthésies par la scopolamine-morphine, comprenant 232 cas avec un décès (1). Ce dernier concerne un homme de quarante et un ans, atteint, depuis son jeune âge, d'un goitre kystique qui, au cours des trois dernières années, avait augmenté de volume au point d'occasionner des troubles de la respiration. La tumeur mise à part, le patient avait toujours joui d'une bonne santé et ne présentait rien d'anormal, sauf un rétrécissement de la pupille droite, laquelle réagissait faiblement à la lumière. *Les organes internes étaient sains*. Le jour de l'opération, on injecta à dix heures du matin un demi-centimètre cube de la solution de scopolamine-morphine, puis, au bout d'une heure, même dose, soit en tout 0 gr. 001 milligr. de scopolamine (2) et 0 gr. 02 centigr. de morphine. Une demi-heure après la seconde injection, le patient fut couché sur la table d'opération, dormant assez bien, mais respirant avec une certaine difficulté. Au bout de trois minutes on vit se déclarer de la dyspnée avec cyanose considérable de la face et accélération du pouls, qui battait de 120 à 160 fois à la minute. Malgré la respiration artificielle, le malade ne tarda pas à entrer en agonie et succomba, au milieu de symptômes d'asphyxie progressive, cinq heures après l'injection. A l'autopsie, on constata de la dégénérescence parenchymateuse du cœur, du foie et des reins. Et, dans une lettre qu'il a bien voulu nous adresser à ce sujet, M. Zahradnicky déclare qu'il a cessé de se servir de la méthode, à la suite de cet accident, d'autant plus qu'il a « pu rassembler pour l'année 1904 6 cas de mort sur 650 anesthésies scopomorphiniques, ce qui constitue une mortalité énorme ».

Vers la même époque, M. Bakes fit paraître un article (3) dont le titre très général n'indique pas explicitement le contenu, et où se trouvent consignés 3 décès survenus à la suite des injections de scopolamine-morphine, à l'hôpital civil de Trebitsch, sur un total de 200 cas où ce moyen d'anesthésie fut utilisé. Le premier de ces faits malheureux concerne un garçon de huit ans, ayant une grave ostéomyélite du fémur. Une heure avant d'intervenir il reçut sous la peau 0 gr. 0005 décimilligr. de scopolamine et 0 gr. 015 milligr. de morphine; on lui administra en outre 30 grammes d'éther. Vers la fin de l'opération, le pouls s'accéléra progressivement, et, malgré tous les moyens que l'on put mettre en œuvre, l'enfant ne tarda pas à succomber. L'autopsie révéla une dégénérescence amyloïde étendue du cœur et des organes parenchymateux.

Dans la seconde observation, il est question d'un évidement du bassin selon le procédé de Wertheim pour cancer de l'utérus. On injecta 0 gr. 001 milligr. de scopolamine et 0 gr. 027 milligrammes de morphine, puis, au bout d'une heure, on commença la narcose, qui nécessita 308 grammes d'éther. Au cours des manœuvres

(1) Voici, par exemple, ce que disent MM. F. Terrier et A. Desjardins (*Presse méd.*, 4 mars 1905) du cas si typique publié par M. Flatau (*Münch. med. Wochensch.*, 14 juillet 1903) : « Flatau ajoute que ce cas de mort *lui semble dû plutôt à l'épuisement, qui était arrivé au dernier degré, et à la dégénérescence du cœur qu'à l'agent anesthésique* ». Le passage en italiques est guillemeté dans l'article de MM. Terrier et Desjardins, comme représentant une citation textuelle de M. Flatau. Or, voici ce que cet auteur a écrit : « *Ob die Anämie, ob eine doch vielleicht bestehende Myodegeneratio cordis ernsteren Grades den Ausgang mitverschuldet hat, das zu entscheiden ist unmöglich und unfruchtbar.* » (Que l'anémie, qu'une dégénérescence avancée du myocarde, peut-être préexistante, ait contribué à l'exitus, il est impossible et sans intérêt de l'élucider.) Mais il dit aussi beaucoup plus explicitement : « *Die Sektion wurde nicht gemacht. Doch ist es selbstverständlich zweifellos, dass man den Tod in diesem Falle der Narkosenart zur Last zu legen hat.* » (L'autopsie ne fut pas faite. Cependant, il est évidemment hors de doute qu'on doit dans ce cas mettre la mort sur le compte du procédé d'anesthésie.)

Une faute de traduction à peine moins lourde est commise à propos du fait de M. Witzel (*Münch. med. Wochensch.*, 2 déc. 1902) : « *Le malade mourut de septicémie, dont la cause était antérieure à l'opération. Telle est la phrase exacte de Witzel...* », disent MM. Terrier et Desjardins. — Voici en réalité ce qu'a écrit M. Witzel : « *Der Prostatiker erlag der Sepsis, die er vielleicht sonst überwunden hätte* » (le prostatique succomba à la septicémie, qu'autrement il aurait peut-être surmontée).

Il nous paraît superflu de multiplier ces exemples; signalons cependant encore le tuberculeux observé par M. Blos (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1902, XXXV, 3, p. 584); MM. Terrier et Desjardins attribuent à ce malade une tumeur de l'intestin, alors qu'en réalité il est question d'ulcérations intestinales (*Darmgeschwüre*) !

(2) Rappelons que les chirurgiens en question étaient MM. Blos (de Carlsruhe), Witzel (de Bonn), Flatau (de Nuremberg), Dirk et J. Israel (de Berlin) et Ziffer (de Budapest).

(1) La communication de M. Zahradnicky a été publiée *in extenso* (en langue tchèque) dans les fascicules de novembre et décembre derniers de la *Revue v neurologii, psychiatrii, fysikalni a diaetetické therapii*.

(2) C'est par erreur que le texte tchèque indique la dose de 0 gr. 01 centigr. de scopolamine; M. Zahradnicky lui-même nous a informé que c'est bien de la dose ordinaire de 0 gr. 001 milligr. qu'il s'agit.

(3) J. Bakes. Beiträge zur Bauchchirurgie (*Arch. f. klin. Chir.*, 1904, LXXIV, 4.)

opératoires la veine iliaque dut être réséquée. A partir de ce moment, le pouls s'accéléra (120 à 130 pulsations), devint de plus en plus faible, et la malade succomba à la « faiblesse du cœur » une heure après la fin de l'intervention.

M. Bakes avait tout d'abord attribué ces deux faits malheureux tant à l'état des patients qu'à la gravité de l'intervention qu'ils avaient dû subir, quand un troisième cas qu'il lui fut donné d'observer modifia entièrement son opinion à cet égard. Il s'agit d'une femme de soixante ans, encore vigoureuse, et dont le cœur paraissait sain; on lui extirpa un sarcome du cou gros comme une tête d'enfant : après injection préalable de *0 gr. 0008 décimilligr.* de scopolamine et de 0 gr. 02 centigr. de morphine, on procéda à l'éthérisation (60 grammes d'éther environ); l'opération fut conduite sans incident notable, si ce n'est qu'on fut obligé de réséquer la jugulaire commune et la carotide externe; la perte de sang fut minime. A la fin de l'intervention, l'état général et le pouls étaient bons; « aucun de nous, dit l'auteur, ne pensait à beaucoup près que le cas dût se terminer mal ». La patiente dormait encore après avoir été transportée dans sa chambre; peu à peu apparurent des symptômes de faiblesse progressive du cœur, qui amenèrent la mort quatre heures environ après la fin de l'intervention. « Nous assistâmes perplexes et impuissants (*rath-und machtlos*), dit encore M. Bakes, à cette fin malheureuse. L'examen de la plaie nous prouva qu'il n'y avait eu aucune hémorrhagie secondaire, qu'aucun nerf important (pneumogastrique) ou organe noble n'avait été blessé. » Et il ajoute : « De cette syncope post-opératoire ayant inexorablement abouti à la mort, nous ne pouvons rendre responsable que l'action de l'injection de scopomorphine. »

A la séance du 8 novembre 1904 de la section de gynécologie de la *Budapesti Kir. Orvosegyesület* (1), M. J. Lovrich, assistant à la première clinique gynécologique et obstétricale de Budapest, dirigée par M. le professeur Barsony, faisait une communication sur 50 cas de narcose scopomorphinique (à la dose de 0 gr. 003 milligr. de scopolamine et 0 gr. 01 centigramme de morphine injectés en trois fois), observés à ladite clinique, avec 2 décès ; l'issue fatale, dans ces 2 faits, survint quelques heures après l'opération (laparotomie), et, à l'autopsie, on ne trouva ni infection, ni hémorrhagie ; chez l'une de ces malades, qui avait subi une hystérectomie subtotale pour myome de l'utérus, on rouvrit l'abdomen, pensant à une hémorrhagie secondaire, en raison de la petitesse du pouls. « On ne peut considérer la cause de ces 2 décès, nous écrit M. Lovrich, que comme un effet toxique de la scopolamine. »

De son côté, M. le professeur Barsony nous envoie, à propos de ces mêmes observations, les intéressantes déclarations que voici : « La scopolamine est un poison cardiaque incalculable dans son effet, et son influence sur le cœur n'est pas soumise à la dose seule, mais encore varie selon les individus auxquels elle est administrée. Considérant que j'ai perdu une malade chez laquelle, l'opération ayant été effectuée sans le moindre accident, ni la relaparotomie — exécutée sur le soupçon d'une hémorrhagie interne —, ni l'autopsie (le décès ayant eu lieu douze heures après la narcose, six heures après la re-laparotomie) n'ont démontré la cause de la mort, *j'ai définitivement exclu la narcose à la scopolamine* de ma clinique, et aujourd'hui encore je songe avec contrariété au temps où, pendant l'opération, les effets de la scopolamine-narcose — figure rouge, pouls rapide — m'inquiétaient, et où, vingt-quatre, quarante-huit et soixante-douze heures après l'opération, je n'étais pas encore sûr si le fonctionnement toujours faible du cœur, de même que l'élévation de la température au premier jour, devait être attribué à une hémorrhagie secondaire ou représentait un phénomène de *sepsis acutissima.* Et la preuve que ces symptômes étaient une conséquence exclusive de la narcose à la scopolamine se trouve dans cette circonstance que, *depuis que je suis revenu à la narcose par le chloroforme, je n'ai jamais eu le moindre désagrément semblable à celui précité*, ni dans mes grandes, ni dans mes petites opérations, ni à la clinique, ni dans la pratique. »

A Budapest même, la méthode de Schneiderlin n'avait pas été expérimentée seulement à la première clinique gynécologique et obstétricale : à la suite de la communication de M. Lovrich, M. I. Tóth, puis M. Frigyesi, prirent la parole pour déclarer que, dans la seconde clinique obstétricale et gynécologique, la scopomorphinisation ayant été employée une centaine de fois à très faibles doses (d'ordinaire 2 injections de 0 gr. 0003 décimilligr. de scopolamine chacune), comme adjuvant de la chloroformisation ou de l'éthérisation, on avait enregistré un cas de mort : il s'agissait d'une femme qui, ayant subi le matin l'opération de Wertheim après avoir reçu *en tout* 0 gr. 0003 décimilligr. de scopolamine, fut trouvée presque sans pouls à la visite de l'après-midi; l'abdomen fut rouvert, mais il n'y avait pas d'hémorrhagie secondaire. La patiente vécut encore trois jours dans un état subfébrile. A l'autopsie, on ne put constater trace de septicémie; l'examen du sang resta également négatif, « de sorte que ce décès est à attribuer entièrement à la scopolamine ». On cessa dès lors, à la seconde clinique, de se servir de la scopomorphinisation.

Au commencement même de cette année, un confrère tchèque, M. Lasek (de Litomysl), faisait connaître un cas tout aussi malheureux (1), d'autant plus frappant que la statistique de l'auteur est très restreinte — elle comprend 16 faits seulement — et que les doses qu'il emploie sont très modérées : 0 gr. 001 milligr. de bromhydrate de scopolamine et 0 gr. 025 milligrammes de morphine, injectés en deux fois à une heure d'intervalle. La malade qui succomba était une femme de quarante et un ans, atteinte d'un goitre colloïde; *les organes internes, examinés avant l'opération, étaient sains;* le pouls, régulier, battait à 72. Après la première injection de scopomorphine survint de la cyanose; celle-ci était dissipée quand on fit la seconde piqûre, et, comme la patiente réagissait encore au moment où l'on commença l'opération, on dut administrer du chloroforme. Bientôt se manifestèrent des troubles respiratoires, la respiration prenant le caractère de Cheyne-Stokes; sous l'influence des tractions rythmées de la langue, la patiente recommençait, il est vrai, à respirer, mais, au bout de quelques instants, il se produisait de nouveau une apnée complète avec pouls filiforme; les intervalles entre les périodes d'apnée devinrent d'ailleurs de plus en plus courts, et la malade ne tarda pas à succomber, malgré tous les moyens employés.

Peu après, un autre médecin tchèque, M. Rys (2), publiait l'observation d'un garçon de quinze ans qui fut admis à l'hôpital de Jicin pour lymphomes du cou. On lui injecta en deux fois, à une heure d'intervalle, 0 gr. 001 milligr. de chlorhydrate de scopolamine et 0 gr. 025 milligrammes de morphine; il fallut, en outre, donner un peu de chloroforme (5 grammes). L'opération dura une heure, sans que l'on eût à observer le moindre signe inquiétant; le sommeil était calme, le pouls et la respiration normaux. Au bout de douze heures environ, l'enfant, qui n'était pas encore éveillé, eut des convulsions, avec respiration irrégulière et température de 40°9; cinq heures plus tard, le pouls était accéléré et faible; malgré des injections de sérum artificiel, de teinture de musc, etc., etc., la respiration devint de plus en plus irrégulière et finit par s'arrêter complètement; on fit la respiration artificielle, mais la mort n'en survint pas moins par adynamie cardiaque, vingt et une heures après la première injection de scopolamine-morphine. L'autopsie ne révéla rien de particulier, sauf des adhérences de la plèvre droite dans toute l'étendue de la face antérieure du poumon et des végétations au niveau de la valvule mitrale. Comme ces lésions étaient insuffisantes pour expliquer l'issue fatale, et que, d'autre part, il existait une mydriase très prononcée et persistant après le décès, M. Rys en conclut que *la mort est survenue par suite d'une intoxication par la scopolamine*, intoxication favorisée par les lésions précitées. Aussi n'hésite-t-il pas à considérer la narcose scopomorphinique comme beaucoup plus dangereuse que l'anesthésie chloroformique, et estime-t-il qu'il y a lieu de n'user de ce procédé qu'avec la plus extrême circonspection, sinon même d'y renoncer complètement.

Enfin, tout récemment, M. H. Landau (1) étudiait les résultats que la méthode de Schneiderlin a donnés à la clinique privée de M. Karewski, à Berlin. Dans 17 cas, on avait été satisfait de ce mode d'anesthésie, d'autant plus qu'on l'avait employé chez des sujets pour lesquels, en raison de telle ou telle circonstance (âge, caducité, faiblesse du cœur, artériosclérose), on redoutait les anesthésiques usuels. M. Landau ajoute, cependant, que les malades ainsi traités « donnaient l'impression d'une grave intoxication, beaucoup plus que pendant les narcoses habituelles ». Un cas mortel vint mettre un terme à ces essais.

Il s'agit d'un homme de soixante-six ans — légèrement artérioscléreux, mais sans anémie notable et dont le cœur, les poumons, les urines étaient normaux — que l'on devait opérer d'hémorrhoïdes. L'injection de 0 gr. 0009 décimilligrammes de scopolamine et de 0 gr. 02 centigr. de morphine, deux heures avant l'opération, procura un sommeil profond; néanmoins, avant d'enlever les bourrelets hémorrhoïdaux, on fit une injection de cocaïne à leur base : 0 gr. 03 centigr. de chlorhydrate de cocaïne furent employés à cet effet; l'excision se fit avec une très faible hémorrhagie; la plaie fut soigneusement réunie et tamponnée; l'examen des nodules veineux excisés démontra qu'ils n'étaient pas thrombosés. A la suite de cette intervention, le patient, qui avait dormi encore une heure, était un peu agité, mais le pouls restait toujours bon. « Deux heures et demie après l'opération, collapsus cardiaque subit, qui cède lentement sous l'influence du camphre; une demi-heure après le pouls est de nouveau mauvais et ne se rétablit pas malgré la respiration artificielle, l'oxygène, le camphre. Mort dans le tableau de la paralysie du cœur. » L'autopsie ne put être faite.

« Celui qui voudrait se montrer sceptique, dit M. Landau, pourrait attribuer la mort à une sclérose coronarienne ou à une embolie provenant de la plaie anale. La faiblesse du cœur par anémie est à exclure ; les hémorrhoïdes n'avaient donné lieu qu'une fois à une hémorrhagie quelque peu abondante, et pendant l'intervention le malade n'avait presque pas perdu de sang. Mais, même les deux premières hypothèses s'effondrent devant la précision avec laquelle toute l'évolution plaide pour une paralysie toxique du cœur, pour une mort par la narcose. » Et, cependant, les doses de scopolamine

(1) On trouvera un compte rendu sommaire de cette séance dans le *Zentral-Blatt für Gynäkologie* du 6 mai 1905 ; mais la plupart des détails qui suivent nous ont été obligeamment fournis par M. Barsony et par M. Lovrich.

(1) F. Lasek. Prispevek k narkose skopolamin-morfiové. (*Casopis lékaru ceskych*, 7 janv. 1905.)

(2) B. Rys. Smrtelna otrava po injekci skopolamino-morfiové. (*Casopis lékaru ceskych*, 29 avril 1905.)

(1) H. Landau. Der Tod in der Morphium-Skopolamin-Narkose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 juillet 1905.)

et de morphine employées étaient des plus modérées; quant aux 0 gr. 03 centigr. de cocaïne injectés à la base des paquets hémorrhoïdaires, ils furent aussitôt éliminés, en majeure partie du moins, par l'excision de ces derniers. Aussi l'auteur, pour conclure, déclare-t-il avec M. Bakes que le procédé de Schneiderlin est à la fois incertain et dangereux.

III

Voici donc une nouvelle série de 10 cas mortels que nous n'hésitons pas à considérer comme *notoirement imputables* à la méthode des injections de scopolamine-morphine. Tel est du reste, on l'a vu, l'avis formellement exprimé par plusieurs des chirurgiens qui ont observé ces faits, et qui, tous (sauf peut-être M. Lasek), ont renoncé à ce procédé d'anesthésie. Aussi n'est-il pas sans intérêt de faire une rapide revue synthétique de ces observations.

Nous voyons tout d'abord que cette statistique comprend 6 femmes et 4 hommes; mais la prédominance du sexe féminin s'explique aisément par ce fait que deux des sept travaux qui nous ont permis de l'établir émanent de cliniques gynécologiques; le sexe ne paraît donc pas avoir d'influence marquée à cet égard.

Peut-on davantage incriminer l'âge des patients? Nous ne le pensons pas; il est indiqué pour 6 cas seulement, et nous trouvons: un garçon de huit ans, un autre de quinze ans, un homme et une femme de quarante et un ans, une femme de soixante ans, un homme de soixante-six ans. Sur 6 faits, il y a donc 2 enfants ou adolescents, et 2 vieillards; mais il faut tenir compte que les doses de scopolamine ont été réduites en conséquence: 0 gr. 0005 décimilligrammes chez le garçon de huit ans, 0 gr. 001 milligr. chez le jeune homme de quinze ans, 0 gr. 0008 décimilligr. chez la femme de soixante ans — du reste « encore robuste » (*noch rüstige*) —, 0 gr. 0009 décimilligrammes chez l'homme de soixante-six ans. Et, d'ailleurs, les coryphées de la méthode de Schneiderlin n'ont-ils pas dit et répété que ce mode de narcose convenait particulièrement aux vieillards, aux cardiopathes, aux cachectiques, etc., en un mot à tous les patients pour lesquels éther ou chloroforme sont le plus à redouter?

Au surplus, les doses, d'une façon générale, ont été des plus réduites, dans les faits de cette série; seules, les 2 malades de M. Lovrich ont reçu la dose élevée de 0 gr. 003 milligr. de scopolamine, en trois fois; pour les 8 autres faits, 4 fois seulement la dose atteint 0 gr. 001 milligramme, 4 fois elle se chiffre par des décimilligrammes: à la malade de M. Tóth on n'avait même injecté qu'*un tiers* de milligramme, et cependant l'auteur a jugé ce cas assez probant pour interrompre ses essais d'anesthésie scopomorphinique.

La nature de l'intervention subie mérite de nous arrêter un peu plus longuement; en effet, parmi les 10 interventions sous anesthésie scopomorphinique suivie de mort dont il est ici question, il n'en est pas moins de 4, soit 40 %, qui ont consisté en ablation de tumeurs du cou: goitre kystique dans le cas de M. Zahradnicky, goitre colloïde dans celui de M. Lasek, sarcome dans un de ceux de M. Bakes, lymphomes dans celui de M. Rys. Le fait est d'autant plus impressionnant que l'ablation d'un goitre, d'un sarcome ou de lymphomes du cou est une opération qui, ainsi que le dit M. Bakes à propos de son cas personnel, est « sérieuse assurément, mais nullement dangereuse au point de vue vital » (*Der... Eingriff war zwar ein grösserer, aber durchaus kein lebensgefährlicher*). Y a-t-il eu là une simple coïncidence, ou bien faut-il admettre que les opérations sur la région cervicale — en raison de la proximité du nerf pneumogastrique, si sensible à l'action des toxiques du groupe de l'atropine — prédisposent aux accidents graves de la scopomorphinisation? Il nous paraît impossible, pour le moment, de répondre à cette question qui, à notre connaissance du moins, n'a jusqu'ici préoccupé aucun des auteurs ayant employé la méthode de Schneiderlin.

En dehors de ces 4 faits, notre statistique comprend 4 interventions de chirurgie abdominale, à savoir: 2 opérations de Wertheim, 1 hystérectomie subtotale pour myome, 1 laparotomie dont le but n'est pas indiqué. Les deux dernières de ces 10 observations ont trait respectivement à une opération pour ostéomyélite grave du fémur avec séquestre total et à l'ablation de quatre nodules hémorrhoïdaires du volume de noisettes.

Sur ces 10 interventions, il en est donc 6: les 4 opérations sur le cou, l'hystérectomie pour myome, enfin l'ablation d'hémorrhoïdes, qui sont ou franchement bénignes (la dernière), ou du moins de mortalité immédiate à peu près nulle. On ne saurait par conséquent attribuer à la seule gravité de l'intervention les accidents mortels enregistrés.

Un point auquel MM. Terrier et Desjardins paraissent attacher beaucoup d'importance est la nature de l'anesthésique éventuellement employé en inhalation pour compléter la narcose scopomorphinique: « Lorsqu'on veut ou qu'on est obligé d'adjoindre un autre anesthésique, il ne faut jamais avoir recours à l'éther, mais toujours au chloroforme. L'éther, en effet, congestionne considérablement l'appareil respiratoire, ce qui, avec la vaso-dilatation produite par la scopolamine, augmente beaucoup les chances de congestion pulmonaire ou d'œdème aigu du poumon, dans les jours qui suivent l'opération. » Telle est la théorie; et les auteurs précités sont tellement convaincus de sa légitimité, qu'ils n'hésitent pas à dire que « une grosse faute de technique a été commise » dans un des cas de M. Israel, ce chirurgien ayant donné de l'éther à son malade.

Cette « incompatibilité de l'éther et de la scopolamine », comme disent encore MM. Terrier et Desjardins, paraîtra cependant assez hypothétique si l'on considère: 1° que les troubles respiratoires dont il est fait mention dans la plupart des observations que nous avons rassemblées sont d'origine bulbaire évidente, comme nous aurons à le dire plus loin, et ne rappellent en rien la congestion pulmonaire ou la pneumonie par aspiration des éthérisés; 2° que dans le seul fait où il soit question d'œdème pulmonaire — celui de M. Flatau — il s'agissait de narcose scopomorphinique *pure*, sans adjonction d'éther ni de chloroforme!

Au reste, voyons ce qu'indiquent à ce point de vue les faits de notre nouvelle série. Pour les cas de M. Zahradnicky et de M. Landau il n'a été employé ni chloroforme ni éther. Par contre, il est probable qu'on a fait inhaler un agent anesthésique aux opérées de M. Lovrich et de M. Tóth, car la scopolamine n'était employée par ces chirurgiens que comme adjuvant de la chloroformisation (Lovrich), de la chloroformisation ou de l'éthérisation (Tóth). M. Bakes donna de l'éther à ses 3 malades, M. Lasek et M. Rys du chloroforme aux leurs. En résumé, même si nous admettons que la patiente de M. Tóth fut éthérisée — ce qui n'est pourtant pas certain, puisque ce chirurgien a recours tantôt à l'éther et tantôt au chloroforme —, nous trouvons que, sur 8 malades, 4 furent soumis à l'éthérisation, 4 à la chloroformisation; il est donc bien difficile d'incriminer l'un plutôt que l'autre des anesthésiques usuels.

IV

Ainsi, ce n'est ni l'âge du malade, ni la dose de scopolamine employée, ni la nature de l'intervention (si ce n'est que les opérations sur le cou ont peut-être une influence prédisposante), ni enfin le choix de l'anesthésique donné en inhalation, que l'on peut rendre responsable des accidents observés à la suite de la scopomorphinisation. On ne peut dès lors imputer ces derniers qu'à la scopolamine elle-même.

Au reste, il suffit, pour être pleinement convaincu à cet égard, d'étudier d'un peu près les effets physiologiques de cette substance et de les comparer aux phénomènes observés dans les cas en discussion.

Les recherches expérimentales les plus complètes peut-être qui aient été publiées sur l'action de la scopolamine sont celles de M. de Stella (1). Elles démontrent que la scopolamine agit principalement: 1° sur les centres respiratoires; 2° sur le cœur.

En ce qui concerne tout d'abord la respiration, cet auteur a pu démontrer qu'à faible dose la scopolamine accélère la respiration par excitation du centre respiratoire; qu'à haute dose elle la ralentit en paralysant surtout, et en premier lieu, le centre inspirateur; qu'à dose mortelle elle arrête la respiration avant d'arrêter le cœur. En un mot, excitation d'abord, puis paralysie des centres respiratoires, et en particulier du centre de l'inspiration, telle est l'action de la scopolamine à ce point de vue.

Voyons maintenant les observations cliniques.

M. Blos dit très expressément que chez son malade « il survint de la cyanose et, six heures après l'opération, l'*arrêt progressif de la respiration* ».

Dans le cas de M. Flatau, « au bout de quatre heures et demie le type de l'inspiration, jusque-là tranquille et profonde, changea...; elle devint râlante ». Il est vrai que par la suite apparurent des signes d'œdème pulmonaire, mais la malade n'en succomba pas moins avec le type respiratoire de Cheyne-Stokes, qui est incontestablement un phénomène bulbaire.

De même, dans les 3 observations de M. Dirk, « la respiration devint difficile et râlante et prit progressivement le type de Cheyne-Stokes ».

Chez la première des malades de M. Ziffer (cas 19 du mémoire), voici, d'après les renseignements complémentaires que nous a fournis cet auteur, ce qui se passa: « La respiration devint subitement superficielle et aussitôt apparut la respiration de Cheyne-Stokes, indiquant l'atteinte du bulbe rachidien »; c'est cette femme qui avait eu les deux uretères liés par erreur au cours de l'opération; mais il ne faut pas oublier que les accidents dont il est ici question survinrent presque aussitôt après l'intervention, ce qui ne permet pas de les attribuer à l'urémie: les injections de scopolamine-morphine avaient été pratiquées entre neuf heures du matin et une heure de l'après-midi, et la patiente succomba à sept heures du soir.

Pour son second fait mortel (cas 56 du mémoire), M. Ziffer nous écrit: « Finalement [après 5 ou 6 injections sous-cutanées d'huile camphrée] nous employâmes la respiration artificielle *pour arrêt de la respiration*, mais sans succès. »

Plus probante encore est l'observation de M. Zahradnicky: comme nous l'avons dit plus haut, *une demi-heure* après la seconde injection de scopolamine-morphine, quand le patient est couché sur la table d'opération, on constate qu'il respire avec une certaine difficulté; au bout de trois minutes on voit se déclarer de la dyspnée avec cyanose de la face. Malgré la respiration artificielle, le malade ne tarda pas à entrer en agonie; il succomba, au milieu de symptômes d'asphyxie croissante, cinq heures après l'injection.

Chez la femme dont l'observation est relatée par M. Lasek « se manifestèrent bientôt des troubles respiratoires, la respiration prenant le type de Cheyne-Stokes; sous l'influence de quelques tractions de la langue, la patiente recommençait, il est vrai, à respirer, mais, au bout de peu d'instants, il se produisait de nou-

(1) H. de Stella. Etude pharmacodynamique de la scopolamine et de l'hyoscine. (*Arch. de pharmacodynamie*, 1897, III, 5-6, p. 381.)

veau une apnée complète avec pouls filiforme; ces intervalles entre les périodes d'apnée devinrent, d'ailleurs, de plus en plus courts, et la malade ne tarda pas à succomber. »

M. Rys enfin s'exprime de la façon suivante : « Malgré deux autres injections de sérum artificiel et deux nouvelles injections de teinture de musc, la respiration devint de plus en plus irrégulière pour cesser bientôt complètement. »

Voici donc un faisceau de 10 observations où est très explicitement décrite la mort par arrêt progressif de la respiration, dû à la paralysie du centre respiratoire bulbaire, telle que M. de Stella l'a expérimentalement reproduite.

Mais ce n'est pas tout : à côté de son influence sur le centre de la respiration, la scopolamine, avons-nous dit, agit aussi sur le cœur, qu'elle trouble à la fois dans son fonctionnement et dans la structure de sa fibre contractile. C'est ainsi que M. de Stella a pu constater, dans ses recherches de laboratoire, que cet alcaloïde, tout comme l'hyoscine et l'atropine, « a un pouvoir paralysant extrême sur les fibres modératrices du pneumogastrique »; de fait, tous les auteurs qui ont employé la méthode de Schneiderlin ont noté chez leurs malades une accélération parfois très considérable du rythme cardiaque; et, soit dit en passant, c'est là un effet qui peut n'être pas sans inconvénient chez les cardiopathes. En outre — et ce point nous paraît d'importance primordiale —, M. de Stella insiste sur les dégénérescences du myocarde consécutives à l'administration de cet alcaloïde : « Toute dose d'atropine, d'hyoscine ou de scopolamine capable d'amener chez la grenouille des modifications sensibles dans le rythme cardiaque, dit-il, amènera *dans les vingt-quatre heures* une dégénérescence graisseuse dans le myocarde. » A son avis, ces lésions, qui sont constantes en pareil cas, doivent être rangées dans le groupe des dégénérescences par poisons chimiques produisant des troubles de nutrition à l'intérieur des cellules; d'un autre côté, il considère les altérations des hématies — et notamment la vacuolisation des globules rouges — que réalisent les mêmes alcaloïdes comme de nature à diminuer l'apport d'oxygène dans les tissus et à favoriser ainsi l'apparition de la dégénérescence graisseuse.

Que l'on rapproche de cette description les protocoles d'autopsie du patient de M. Zahradnicky, avec sa dégénérescence parenchymateuse du cœur, du foie et des reins (1), et surtout ceux des 2 malades de M. Israel qui succombent *au bout de trois jours* — l'un présentant « un cœur très mou et coloré en jaune avec notable dégénérescence graisseuse des muscles papillaires, dégénérescence graisseuse du foie, tuméfaction trouble aiguë du rein précédemment sain »; l'autre, « une si colossale dégénérescence graisseuse des reins, du foie et du cœur que chacun devait dire : cela ressemble à une intoxication phosphorée » —, et l'on conviendra qu'il est bien difficile d'admettre, avec MM. Terrier et Desjardins (lesquels n'essaient, du reste, nullement d'expliquer l'issue fatale dans ces cas) que, au bout de trois jours, « c'est trop tard pour une intoxication mortelle, c'est trop tôt pour avoir causé des lésions de dégénérescence » (*sic!*).

V

Ainsi donc, il est expérimentalement prouvé que la scopolamine peut entraîner la mort soit par intoxication bulbaire et arrêt de la respiration, soit par dégénérescence parenchymateuse des organes, notamment du cœur et du rein; et l'on doit malheureusement convenir que l'un et l'autre de ces mécanismes ont été cliniquement constatés chez l'homme, à la suite de l'anesthésie chirurgicale par la méthode de Schneiderlin.

(1) M. de Stella signale également, chez le lapin, des lésions dégénératives du rein (gonflement trouble des cellules, aspect granuleux du protoplasma, etc.).

Comme on l'a vu, ces accidents mortels ont été maintes fois observés après l'administration de doses faibles (0 gr. 0003 décimilligr. dans le cas de M. Tòth). Aussi sommes-nous très loin d'approuver la tendance actuelle, qui consiste à obtenir l'anesthésie, non plus par les seules injections de scopolamine-morphine, jugées trop dangereuses, mais par l'éthérisation ou la chloroformisation après injection d'une petite quantité de scopolamine et de morphine : 0 gr. 001 milligr. de scopolamine et 0 gr. 01 centigr. de morphine, par exemple, selon le procédé de M. Walther (1), ou même 0 gr. 0006 décimilligr. de l'une et 0 gr. 01 centigr. de l'autre, d'après le conseil de M. Manninger (2). Il est vrai que de telles doses seront le plus souvent inoffensives, mais les faits que nous avons relatés au cours de cet article montrent surabondamment qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que des individus jeunes, vigoureux, à organes sains, soumis d'autre part à une intervention de gravité médiocre, peuvent y succomber. Ce serait, dès lors, faire un bien étrange calcul que de chercher à prévenir les accidents — relativement rares — de l'éthérisation ou de la chloroformisation par l'emploi préalable d'une substance de composition encore variable et d'effets incertains, et qui compte à son passif proportionnellement beaucoup plus de morts que n'en comporte l'usage de l'éther ou du chloroforme, maniés prudemment, selon des règles que connaissent bien tous les anesthésistes.

Cette faillite de la scopomorphinisation, n'employât-on ce procédé qu'à titre de préliminaire de la chloroformisation, n'est d'ailleurs nullement de nature à surprendre ceux qui connaissent les multiples tentatives faites, depuis que le chloroforme est entré dans la pratique chirurgicale, pour atténuer les dangers de l'anesthésie chloroformique.

Tous les auteurs qui ont étudié les effets physiologiques de la scopolamine insistent, en effet, sur l'identité de la plupart des propriétés de cet alcaloïde avec celles de l'atropine ou de l'hyoscine. Or, voici plus de vingt ans que MM. Dastre et Morat ont proposé d'appliquer à l'homme la méthode d'anesthésie mixte par l'atropomorphine et le chloroforme (3), connue dans les laboratoires de physiologie sous le nom de *méthode de Dastre et Morat*, et qui permet d'anesthésier sans difficulté le chien, animal très sensible au chloroforme : c'est que, dans cette combinaison, l'atropine supprime fonctionnellement le nerf vague, voie de la syncope réflexe mortelle du début de la chloroformisation, tandis que la morphine agit simplement en tant qu'antagoniste du précédent alcaloïde, tout comme, dans la méthode de Schneiderlin, elle doit opposer ses effets à ceux de la scopolamine.

Ce mode d'anesthésie mixte par chloroformisation, après injection d'atropine et de morphine, a été employé chez l'homme par divers chirurgiens lyonnais (Aubert, Gayet, L. Tripier), et elle leur aurait paru offrir quelques avantages. Mais Laborde (4) ne tarda pas à faire observer que l'atropine, aux doses nécessaires pour diminuer efficacement l'excitabilité du pneumogastrique, serait dangereuse chez l'homme, et presque aussitôt M. Reynier (5), qui venait d'expérimenter la méthode dans son service, faisait connaître un cas de mort qu'il pensait lui être imputable. Depuis lors, l'anesthésie mixte par l'atropomorphinisation et la chloroformisation successive semble à peu près complètement tombée dans l'oubli.

(1) C. Walther. De l'anesthésie par le chloroforme après injection sous-cutanée de scopolamine. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 21 juin 1905, et *Semaine Médicale*, 1905, p. 319.)

(2) V. Manninger. Neuere Methoden der Anaesthesierung. (*Pester med.-chir. Presse*, 2 juillet 1905, p. 656.)

(3) Voir, sur ce sujet : Dastre. Les accidents du chloroforme ; leur théorie ; leur remède. (*Semaine Médicale*, 1889, p. 317-319.)

(4) Laborde. Causes et mécanisme des accidents dus à la chloroformisation. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, séance du 17 juin 1890, et *Semaine Médicale*, 1890, p. 214.)

(5) Reynier. De la méthode atropomorphinique dans la chloroformisation. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, séance du 23 juillet 1890, et *Semaine Médicale*, 1890, p. 263.)

A aller au fond des choses, la méthode de Schneiderlin n'est donc, comme tant de prétendues découvertes scientifiques, que du « vieux neuf », et cette tentative de résurrection d'un ancien procédé est d'autant moins légitime en l'espèce que, là où l'atropine, alcaloïde stable et de composition chimique nettement définie, a échoué, il y avait bien peu de chances de réussir avec la scopolamine, substance tellement variable dans sa constitution et ses effets que, d'après les protagonistes de la méthode, seul doit être employé le produit qui sort d'une fabrique déterminée : les faits que nous venons de faire connaître prouvent combien ce scepticisme, dont *a priori* on aurait pu faire montre à l'endroit du procédé de Schneiderlin, eût été justifié. Aussi, quand à l'étranger on est sur le point d'abandonner la scopomorphinisation, aimons-nous à espérer qu'en France, où jusqu'ici aucun fait de mort par cette méthode n'a été publié — ce qui ne veut pas dire qu'il n'y en ait pas eu —, il ne sera plus question de ce mode d'anesthésie, infidèle et dangereux, selon l'expression de M. Bakes. Persister dans son emploi, en dépit des faits précités, serait s'exposer à de bien lourdes responsabilités.

De Maurans.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Sur une forme spéciale d'atrophie de l'iris au cours du tabes et de la paralysie générale; ses rapports avec l'irrégularité et les troubles réflexes de la pupille, par M. Dupuy-Dutemps.

Lorsqu'on examine à la loupe la surface d'un iris normal, on constate qu'elle est parcourue en tous sens par des tractus en relief paraissant sculptés dans sa substance, et que l'on peut, avec M. Fuchs, systématiser de la manière suivante : dans la région sphinctérienne, en dedans du petit cercle artériel, existent presque exclusivement des plis radiés produits par le plissement de la membrane sous l'action du sphincter; au voisinage de la périphérie, on remarque, au contraire, des rides circulaires, dues à la contraction des fibres dilatatrices.

Or, chez les tabétiques et les paralytiques généraux, l'auteur a pu s'assurer que ces ondulations normales de la surface iridienne font défaut, par suite d'une atrophie de l'iris, qui tantôt est diffuse et occupe toute l'étendue de la membrane, tantôt est limitée à un ou plusieurs secteurs de celle-ci. Dans ses formes les plus accentuées, cette atrophie est très nette et peut être aisément appréciée à l'œil nu; mais lorsqu'elle est moins prononcée, il faut se servir de la loupe et de l'éclairage latéral pour l'apercevoir.

Ces altérations seraient constantes dans le tabes et la paralysie générale; elles seraient, d'autre part, spéciales à ces affections, exception faite pour certains cas de glaucome subaigu où, comme nous aurons à le dire, elles reconnaissent du reste la même pathogénie que dans la sclérose des cordons postérieurs ou dans la méningo-encéphalite diffuse.

Cette atrophie de l'iris affecte des rapports étroits avec l'irrégularité de l'orifice pupillaire, le bord de la pupille offrant toujours une courbure beaucoup moins marquée au niveau de la zone atrophiée que dans les autres régions. Quant aux troubles de la motilité iridienne (il ne saurait être question ici, bien entendu, ni de l'abolition du réflexe lumineux par perte de la vision d'un œil, ni de la paralysie totale de l'iris par lésion tronculaire ou nucléaire de l'oculo-moteur commun), voici quelles relations ils offriraient avec l'atrophie de l'iris, d'après M. Dupuy-Dutemps :

L'abolition du réflexe photo-moteur (signe d'Argyll-Robertson), le premier en date de ces troubles, précéderait toujours l'apparition de l'atrophie iridienne ; par contre, le réflexe pupillaire à l'accommodation subsisterait encore souvent au début de cette atrophie ; enfin, le réflexe de Galassi (rétrécissement de la pupille lors de l'occlusion de la fente palpébrale) ne disparaîtrait, en général, que quand l'atrophie de l'iris est des plus accusées.

La pathogénie de cette atrophie iridienne prête à des considérations intéressantes. On ne saurait tout d'abord la considérer comme une lésion primitive du tissu de l'iris, d'ordre toxique ou infectieux, pareil mécanisme étant incapable d'expliquer les cas d'atrophie parcellaire, en secteurs. Force est donc d'y voir un trouble trophique, d'origine nerveuse. Or, il est impossible de l'imputer directement à une altération de l'oculo-moteur commun ou du sympathique cervical — les deux sources de l'innervation motrice de l'iris —, car les faits cliniques de paralysie de la troisième paire ou de sympathicectomie ne montrent rien de semblable. On ne peut, dès lors, mettre en cause que le ganglion ophtalmique, où des recherches anatomiques et physiologiques récentes permettent précisément de placer la terminaison des fibres de l'oculo-moteur commun et du sympathique, destinées à l'innervation de l'iris, en même temps que l'origine réelle des nerfs ciliaires, qui tiennent sous leur dépendance la motilité et le trophisme de cette membrane.

On comprend ainsi que, dans le tabes et la paralysie générale, une lésion du « neurone ciliaire périphérique » (cellule du ganglion ophtalmique et fibre du nerf ciliaire qui en émane) ait successivement pour conséquence la paralysie, puis l'atrophie de l'iris, tout comme dans les névrites périphériques ou les poliomyélites, lésions du neurone moteur périphérique, la paralysie du membre atteint précède l'atrophie de celui-ci.

Quant à l'apparition de la même atrophie iridienne dans certains cas de glaucome subaigu, elle s'explique tout aussi simplement par la lésion du neurone ciliaire périphérique au point de pénétration des nerfs ciliaires dans le globe, en raison de l'hypertonie qui caractérise cette affection. (*Ann. d'oculist.*, septembre 1905.) — F. F.

Dystrophie de la fonction d'élimination chlorurée urinaire chez les obèses; contribution à l'étude des principes du traitement de l'obésité, par MM. H. Labbé et L. Furet.

Etant donné que la rétention des chlorures s'accompagne normalement d'une rétention d'eau qui se traduit par une augmentation du poids du corps, les auteurs ont institué, sur 2 obèses, des recherches visant à établir le bilan des chlorures, afin de savoir comment se comporte l'élimination de ces substances. A cet effet, les sujets en question recevaient un régime fixe dont les chlorures étaient soigneusement dosés; il en était de même des chlorures éliminés par les urines; enfin chaque jour les malades étaient pesés. L'expérience fut prolongée pour l'un d'eux durant un mois, pour l'autre pendant trente-cinq jours.

Dans ces conditions, MM. Labbé et Furet ont pu constater tout d'abord une rétention notable des chlorures; la quantité de sel fixé au cours de la période d'observation s'éleva à 101 gr. 90 centigr. pour le premier patient, à 47 gr. 20 centigr. pour le second. Rapportés au taux des éliminations chlorurées urinaires, ces chiffres représentent près de 25 % dans un cas, sensiblement 10 % dans l'autre.

A cette rétention chlorurée correspond naturellement une rétention hydrique, mais il s'en faut que celle-ci soit régulièrement proportionnelle à celle-là : ici intervient en effet un phénomène analogue à celui que MM. Ambard et Beaujard ont décrit chez certains brightiques sous le nom de rétention chlorurée sèche (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 133-136); c'est-à-dire que pendant un certain temps l'obèse fixe seulement du sel, d'où augmentation de la chloruration des humeurs, et ce n'est que plus tard qu'il fixe de l'eau, de façon à ramener les humeurs à leur concentration normale. De même que la rétention de l'eau et des chlorures, l'élimination de l'une et l'autre de ces substances n'est pas non plus en rapport constant chez les obèses, contrairement à ce qu'on observe chez les sujets normaux.

En tout cas, la fixation de sel dans l'organisme paraît en relation étroite avec l'augmentation de poids, ce qui d'ailleurs n'offre rien de surprenant puisque l'eau constitue 80 % du tissu adipeux; mais ici encore il faut tenir compte de la possibilité d'une rétention sèche.

Ces faits semblent à MM. Labbé et Furet devoir trouver leur application dans le traitement diététique de l'obésité. Le régime sec si souvent prescrit en pareille occurrence vise à réaliser — en admettant qu'il soit rigoureusement observé, ce qu'il est bien difficile d'obtenir — le maximum de déshydratation des tissus, et par conséquent leur maximum de chloruration; mais, passé un certain degré de concentration chlorurée, l'organisme tend à lutter contre cette concentration en retenant toute l'eau ingérée, notamment par la suppression presque complète de la sécrétion urinaire, et bientôt le poids augmente de nouveau. C'est donc au régime déchloruré, avec restriction alimentaire, qu'il faut logiquement avoir recours; les tissus étant « salés » au minimum, l'eau est rejetée en abondance, réalisant en même temps un véritable lavage de l'économie, qui débarrasse celle-ci de tous les déchets nocifs. (*Rev. de méd.*, septembre 1905.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Nouvelles recherches sur l'auscultation précoce des bruits du cœur fœtal, par M. O. Sarwey.

En vue de vérifier dans un grand nombre de cas la constatation qu'il avait faite auparavant, relativement à la possibilité d'entendre les bruits du cœur fœtal dès le début du quatrième mois de la grossesse (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 407), M. Sarwey a examiné à cet égard, d'une manière systématique, toutes les femmes enceintes qui se sont présentées à la consultation de la clinique obstétricale de Tubingue, depuis le 1er décembre 1904 jusqu'au 1er juin 1905. Sur 166 grossesses normales que comprend cette statistique, 34 se rapportaient aux trois premiers mois, 90 aux cinq derniers mois, et 42 au quatrième et au cinquième mois, c'est-à-dire à la période que l'auteur avait particulièrement en vue pour l'auscultation obstétricale. Sur les 42 femmes de ce dernier groupe, 6 étaient primipares et 36 multipares; 32 furent examinées entre la treizième et la seizième semaine, et 10 entre la dix-septième et la dix-neuvième. En comptant les 13 cas publiés antérieurement et qui se rapportaient à la période comprise entre la treizième et la dix-huitième semaine de la grossesse, l'étude de M. Sarwey se base sur 55 observations, dans lesquelles la grossesse avait, au moment de l'examen, dépassé la douzième semaine, sans avoir encore atteint la vingtième. Or, cet ensemble de faits permet à l'auteur d'affirmer que, contrairement à l'opinion classique, les bruits du cœur fœtal s'entendent, non pas à partir du milieu de la grossesse (quatre mois et demi), mais dès la treizième semaine, et cela avec la même régularité que pendant la seconde moitié de la grossesse. Ces bruits fœtaux sont perçus presque constamment dans une région déterminée et étroitement circonscrite de la paroi antérieure de l'utérus, immédiatement au-dessus du niveau de l'orifice interne du col.

Pour la bonne réussite de cette recherche précoce des bruits du cœur fœtal, il faut prendre quelques précautions, notamment évacuer, au préalable, la vessie à l'aide du cathétérisme et veiller à ce que la paroi antérieure de la matrice soit bien appliquée contre celle de l'abdomen; de plus, le cas échéant, on fera bien de soulever l'utérus en totalité, en même temps qu'à l'aide du stéthoscope on déprimera profondément les téguments abdominaux derrière la symphyse.

Il va de soi que la constatation dont il s'agit présente une valeur pratique considérable, puisqu'elle fournit un indice absolument certain de grossesse à une époque où les autres signes de certitude font encore défaut. Le diagnostic précoce de la grossesse gagne ainsi en sûreté dès le quatrième mois, ce qui est d'autant plus important que les cas douteux, où le diagnostic différentiel ne laisse pas que d'être embarrassant, sont, comme on le sait, loin d'être rares. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 août 1905.) — L. CH.

Sur une forme particulière d'inflexion : le plissement de la couche corticale osseuse, par M. H. Kohl.

L'auteur décrit une curieuse variété d'inflexion osseuse, qu'il a observée 5 fois, au cours des deux dernières années, chez de jeunes blessés, de dix à seize ans : après une chute sur la main étendue, on constate une douleur localisée à 3 centimètres environ au-dessus de la pointe du radius et une légère tuméfaction à ce niveau, mais aucune déformation, aucun signe de fracture du radius; les mouvements de la main sont à peine gênés. Par un traitement simple, tout disparaît en une quinzaine de jours. Or, à l'examen radiographique, voici ce que l'on découvre : pas de fissure, pas de trait de fracture; la face antérieure du radius est entièrement normale et régulière de direction et de forme; sur la face postérieure, à une distance de 3 à 4 centimètres de l'articulation, on constate une voussure transversale qui se prolonge sur la face externe, voussure qui revêt l'aspect d'une crête angulaire et qui est constituée par les fibres de la couche compacte, nullement brisées, et, au-dessous, par celles de la couche spongieuse, en partie rompues et irradiant vers le sommet de la crête.

Chez un des blessés, il y avait une petite saillie, à la même hauteur, sur la face antérieure du radius, et M. Kohl admet, en effet, que le mécanisme du plissement cortical est le même que celui de l'inflexion complète; mais l'inflexion s'arrête alors à son premier stade. On sait que c'est là un type de lésion osseuse fréquent chez les enfants, qu'il succède, en général, à une chute sur la paume de la main, et que la pathogénie en est la suivante : l'extrémité inférieure du radius, interposée entre le sol et le poids du corps, tend à se fléchir en arrière; la face antérieure présente une déformation convexe, sur laquelle les fibres superficielles osseuses se montrent brisées et disjointes; au même niveau, il y a un sillon, sur la face postérieure. Eh bien, dans les cas signalés par l'auteur, que la pression soit moindre, ou le radius plus élastique, le traumatisme s'arrête avant d'avoir produit cette rupture complète; quelque infléchi qu'il ait été, l'os ne subit aucune solution de continuité, sa face antérieure redevient normale : il porte seulement, en arrière, la crête transversale qui représente le plissement de sa couche corticale.

Pareille lésion peut-elle se retrouver sur d'autres os? Cela est probable; M. Kohl relate, au moins, un exemple très semblable, observé sur l'extrémité supérieure de l'humérus, chez une jeune fille de quatorze ans. Et ce sont là des faits d'un réel intérêt pratique. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVII, 4-6.) — L.

Paralysie isolée du nerf musculo-cutané du bras droit, consécutive à une blennorrhagie, par M. Martin Bernhardt.

On sait combien sont fréquentes les complications nerveuses au cours ou à la suite de la blennorrhagie, mais le fait relaté par M. Bernhardt mérite particulièrement d'être signalé, tant en raison de la rareté des paralysies isolées dans le domaine innervé par le nerf musculo-cutané du bras qu'à cause de la nature même de cette paralysie. Dans la littérature médicale, l'auteur n'a pas, en effet, trouvé un seul cas de paralysie du nerf en question, susceptible d'être considérée comme une mononévrite blennorrhagique.

L'observation publiée par M. Bernhardt a trait à un garçon de restaurant, âgé de vingt-six ans, qui, un mois environ après avoir contracté, pour la seconde fois, une blennorrhagie (la première atteinte remontait à sept mois),

commença à éprouver des douleurs dans l'extrémité supérieure droite, lesquelles se propageaient du creux axillaire jusqu'à la main et étaient souvent assez vives pour empêcher le patient de dormir. En même temps, le malade remarqua, dans la moitié radiale de l'avant-bras droit, une sensation d'engourdissement s'étendant, surtout du côté fléchisseur du membre, à peu près jusqu'à la main. Enfin, on ne tarda pas à constater un certain degré d'amaigrissement du bras droit et un affaiblissement de l'extrémité, particulièrement marqué dans les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras. Il n'existait aucune tuméfaction articulaire, pas plus du côté de l'épaule droite qu'au niveau des autres jointures.

A l'examen, on trouva une atrophie presque complète du biceps et du muscle brachial antérieur, qui ne réagissaient pas aux courants faradiques et galvaniques, même les plus forts. On ne constata pas de réaction de dégénérescence proprement dite. Quant à la sensibilité, elle paraissait légèrement inférieure à celle du côté opposé.

Pour ce qui est de la localisation insolite de cette névrite blennorrhagique, l'auteur serait porté à croire qu'elle a été favorisée par la profession du patient, chez lequel les muscles fléchisseurs des bras, et surtout du bras droit, étaient appelés à fournir un travail plus considérable que ce n'est le cas habituel.

D'une façon générale, le pronostic de ces mononévrites, tout en étant sérieux, n'est cependant pas absolument défavorable, et, sous l'influence du repos et de la galvanisation, on peut obtenir une amélioration notable, voire même la guérison complète. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 août 1905.) — L. CH.

De la rétroflexion utérine, par M. B. C. VEDELER.

Il est généralement admis que la rétroflexion de l'utérus est une position anormale et que c'est à elle que sont imputables les douleurs souvent éprouvées par les femmes en semblable occurrence. Or, M. Vedeler estime que cette conception n'est pas absolument exacte.

Durant ces dernières années, il a en effet recueilli des données sur la position de l'utérus chez 7,200 femmes. L'utérus était en antéflexion dans 64 % des cas, en rétroversion dans 20 %, en rétroflexion dans 9 %, en antéversion dans 7 %. Il ressort donc de ces chiffres que l'antéflexion est la position la plus commune, mais il serait peut-être inexact de dire que c'est la position normale de l'utérus, car, chez un grand nombre de femmes, la rétroflexion, par exemple, ne s'accompagne d'aucun symptôme douloureux et, de plus, on voit très souvent la position de l'utérus se modifier, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique : l'auteur en a recueilli 79 exemples.

D'autre part, si l'on vient à séparer, dans la statistique précédente, les utérus sains d'avec ceux qui offraient quelque affection, on s'aperçoit que les diverses positions comprennent un pourcentage à peu près égal de cas pathologiques : 52 % dans l'antéversion, 58 % dans l'antéflexion, 57 % dans la rétroversion, 55 % dans la rétroflexion. Par conséquent, les douleurs ne sont pas imputables à l'attitude de l'utérus, mais à un facteur commun plus général, qui est sans doute l'infection. Une opération qui se bornerait à corriger purement et simplement l'attitude de l'utérus serait donc absolument injustifiée. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 4.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

L'astigmatisme en tant que cause de vomissements chez des écoliers, par M. A. BRAV.

Il n'est pas rare d'observer des enfants qui, au cours de l'année scolaire, sont sujets à des accès de vomissements, dont la cause première reste souvent obscure. Chez quelques-uns, ces vomissements se reproduisent tous les matins, chez d'autres après chaque repas, chez d'aucuns, enfin, pendant qu'ils travaillent à l'école. Ces accès ne restent naturellement pas sans influencer l'état général des petits patients, qui paraissent amaigris, pâles et anémiques, et qui se plaignent de maux de tête fréquents, avec vertiges, nausées et anorexie. Malgré toute leur application, ces enfants ont souvent beaucoup de peine pour se maintenir au même niveau que leurs camarades de classe, de sorte que les parents sont généralement portés à attribuer leur état morbide au surmenage.

Appelé à donner ses soins à ces petits malades, le praticien aura naturellement surtout en vue les troubles digestifs et, croyant avoir affaire à un état catarrhal, subaigu ou chronique, du tube gastro-intestinal, il instituera un traitement approprié, ou bien il s'appliquera à combattre l'anémie, incriminant celle-ci dans la production des vomissements. Or, dans les deux cas, les moyens thérapeutiques resteront souvent inefficaces, et la seule chose qui réussira à arrêter les troubles, c'est la suspension des études scolaires pendant quelques semaines. D'après l'expérience de M. Brav, les bons effets de cette cure de repos seraient dus surtout à ce que les yeux de l'enfant ne sont plus soumis à la fatigue qu'ils avaient à subir à l'école. L'auteur a, en effet, eu maintes fois l'occasion de se convaincre que, chez nombre d'écoliers, les vomissements sont sous la dépendance de l'astigmatisme, et, à l'appui de sa manière de voir, il relate plusieurs cas où les désordres gastriques et les troubles consécutifs de l'état général se dissipèrent complètement dès que l'on eut pris soin de corriger l'anomalie de réfraction dont il s'agit.

Au point de vue du diagnostic étiologique, il convient de remarquer que les vomissements dus à l'astigmatisme sont toujours précédés d'une sensation de vertige et surviennent en l'absence de toute douleur gastrique. D'autre part, on peut poser en règle générale que les vomissements qui ne sont précédés ni de sensation de plénitude ou de gêne au niveau de l'épigastre, ni d'éructations ou de régurgitation de liquide, ni de fièvre ou de frissons, reconnaissent pour cause l'astigmatisme. Seuls, les vomissements d'origine urémique — qui, eux aussi, s'accompagnent de céphalées et de vertiges, sans douleurs gastriques — peuvent simuler les accidents en question, mais l'analyse chimique et l'examen microscopique des urines viendront vite fixer le praticien sur ce point de diagnostic différentiel. L'interrogatoire du petit patient mettra, d'ailleurs, en évidence que celui-ci éprouve beaucoup de difficulté à préparer ses leçons, que les lettres « dansent » devant ses yeux, etc. Aussi, toutes les fois qu'en l'absence d'une lésion rénale, de fièvre, de frissons, de sensation de plénitude épigastrique, etc., on verra se produire, chez un écolier, des vomissements périodiques, précédés de vertiges, de maux de tête et de troubles de la vue, devra-t-on soupçonner, comme cause de ces vomissements, l'astigmatisme et soumettre l'enfant à un examen ophtalmologique en vue de corriger l'anomalie en question. (*New York Med. Journ.*, 26 août 1905.) — L. CH.

Un nouveau procédé d'orchidopexie, par M. C. BECK.

Il est de notion courante que l'ectopie testiculaire prédispose à des accidents fâcheux (névralgies, inflammations, dégénérescence maligne, etc.); néanmoins, on s'abstient généralement d'intervenir chez les jeunes sujets, espérant que le testicule pourra achever sa migration à l'âge de la puberté. Sans vouloir contester la possibilité de cette éventualité, M. Beck estime qu'il est imprudent de différer l'opération, le testicule s'atrophiant de plus en plus au fur et à mesure que le sujet avance en âge. Aussi conseille-t-il d'intervenir dès la quatrième année; mais, peu satisfait des résultats que l'on obtient avec les procédés usuels d'orchidopexie, qui ne mettent pas à l'abri des récidives et compromettent parfois la nutrition ultérieure de la glande génitale, l'auteur utilise le manuel opératoire que voici :

On fait une incision semblable à celle qui est pratiquée pour la cure radicale de la hernie inguinale d'après le procédé de Bassini. Cette incision commence à l'anneau inguinal externe et descend, sur une étendue d'environ 8 centimètres, le long de la direction normale du cordon spermatique, en sectionnant l'aponévrose du grand oblique, la tunique crémastérienne et le fascia transversalis. La loge du testicule une fois ouverte, on abaisse la glande après l'avoir libérée des adhérences péritonéales et des faisceaux de tissu conjonctif qui la retiennent. Ayant de la sorte mobilisé le testicule, on l'insère dans le scrotum, et, afin d'éviter toute récidive de l'ectopie, on a soin de disséquer un lambeau se dirigeant du bord externe de l'anneau inguinal vers le bas, que l'on retourne de façon à pouvoir le fixer, en lui donnant une forme semi-lunaire, au côté opposé de la plaie. Cette bande semi-lunaire entoure le testicule à la manière d'une cravate, et l'organe se trouve ainsi retenu comme dans une boutonnière. La longueur à donner au lambeau en question dépend de l'extensibilité plus ou moins grande du cordon.

Tout en remédiant définitivement à l'ectopie testiculaire, le procédé dont il s'agit a pour effet de rétrécir le canal inguinal, ce qui constitue un avantage très appréciable dans les cas où il existe une tendance à la hernie. (*Med. Record*, 12 août 1905.) — L. CH.

Le traitement des rhinites chroniques par le soufre, par M. L. KOLIPINSKI.

D'après l'expérience de l'auteur, les insufflations de soufre précipité constitueraient un excellent moyen de traitement des catarrhes chroniques des fosses nasales et du nasopharynx. Ces insufflations doivent être répétées deux ou trois fois par semaine pendant un mois, puis une fois tous les huit jours durant les deux mois suivants. Elles sont généralement bien supportées, mais parfois, et surtout chez les femmes, elles donnent lieu à de l'hyperémie des conjonctives et à une légère irritation nasale, plus ou moins douloureuse. En pareille occurrence, il est préférable de ne pratiquer les insufflations qu'une fois par semaine.

Les effets immédiats de la médication se traduisent par la diminution ou la cessation complète de l'écoulement purulent et par la disparition de tous les symptômes morbides dus à l'irritation et au boursouflement de la muqueuse (occlusion intermittente des fosses nasales, céphalalgie frontale, éternuements, etc.).

Il va de soi que les résultats sont d'autant plus encourageants que l'affection est moins ancienne, la rhinite atrophique se laissant beaucoup moins influencer que le catarrhe à la période hypertrophique.

Ajoutons que M. Kolipinski a également eu recours, avec succès, aux insufflations de soufre contre les épistaxis de toute nature. En pareil cas, il est bon, toutefois, de compléter le traitement par un tamponnement des fosses nasales, à moins qu'il ne s'agisse de ces hémorrhagies survenant au printemps chez les jeunes sujets : celles-ci cèdent rapidement au soufre seul. (*Med. News*, 12 août 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Les troubles de la sensibilité cutanée en cas de tuméfaction de la rate et dans les splénopathies en général; le point splénique, par M. A. SIGNORELLI.

Ayant constaté, chez un malade atteint de fièvre typhoïde avec splénomégalie aiguë considérable, la présence d'une zone d'hyperalgésie cutanée correspondant au cinquième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire gauche, M. Signorelli s'est demandé si l'existence de cette zone hyperalgésique ne constituerait pas un trouble réflexe de la sensibilité cutanée, comme on en observe dans un certain nombre d'affections des organes internes, et si, en l'espèce, elle ne serait pas sous la dépendance de la tuméfaction de la rate.

Afin d'élucider ce point, il a institué une série de recherches sur un grand nombre de sujets atteints de maladies s'accompagnant de splénomégalie (dothiénentérie et paludisme de préférence), et il a ainsi été à même de se rendre compte que, chez la plupart de ces malades, la

tuméfaction aiguë de la rate donne lieu à une hyperalgésie cutanée réflexe. Le plus souvent, cette zone d'hypersensibilité siége, comme chez le premier patient, au niveau du cinquième espace intercostal, sur la ligne mamelonnaire gauche; c'est là le véritable *point splénique*. Parfois, cependant, l'hyperalgésie cutanée présente une localisation quelque peu différente, étant située soit plus bas, soit plus en dehors. Outre cette zone antérieure d'hypersensibilité, il n'est pas exceptionnel d'en trouver une autre, postérieure, et qui correspond aux cinquième, sixième, septième et huitième apophyses épineuses; on observe enfin — mais le cas est beaucoup plus rare — une zone hyperalgésique latérale siégeant dans le sixième ou septième espace intercostal, sur la ligne axillaire moyenne.

A en juger d'après l'expérience de l'auteur, ces zones d'hyperalgésie cutanée ne seraient pas dépourvues d'une certaine valeur diagnostique, leur présence permettant d'affirmer une lésion splénique. (*Riforma med.*, 5 août 1905.) — L. CH.

Un danger non encore signalé de l'opération de Talma, par M. D. Maragliano.

Le fait relaté par l'auteur a trait à un homme robuste, âgé de trente-deux ans, auquel on pratiqua l'opération de Talma pour ascite provoquée par une cirrhose du foie. Au cours de l'intervention on n'eut à enregistrer aucun incident et, pendant les trois premiers jours, les suites opératoires furent absolument normales. Mais, dans l'après-midi du quatrième jour, le patient, après avoir ingéré une grande quantité d'eau, fut pris de vomissements violents accompagnés bientôt d'un état de collapsus grave, auquel il ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, on trouva le grand épiploon couvert de sang récemment coagulé et la cavité péritonéale remplie de liquide sanguinolent, constitué en partie par de la sérosité ascitique, en partie par du sang provenant de la rupture d'un vaisseau épiploïque. Il n'existait aucune trace d'écoulement sanguin dans l'estomac ni dans l'intestin.

M. Maragliano estime que, dans le mécanisme de cette rupture vasculaire, on doit surtout incriminer les modifications dans les rapports anatomiques créées par l'opération de Talma, la fixation du grand épiploon à la paroi abdominale ayant pour effet de limiter la mobilité de l'estomac, de sorte qu'un mouvement spasmodique violent de ce viscère peut amener la rupture d'un des vaisseaux qui traversent l'épiploon. Aussi, afin de prévenir ce genre d'accidents, l'auteur conseille-t-il de pratiquer l'incision abdominale assez haut pour que l'on puisse éviter une tension trop forte de l'épiploon. De plus, comme le danger en question est surtout à craindre pendant les huit premiers jours qui suivent l'intervention, c'est-à-dire tant que des adhérences solides n'ont pas encore pu s'établir, il importe, autant que possible, d'empêcher les vomissements de se produire durant ce laps de temps.

Ajoutons que la connaissance de la complication dont il s'agit pourrait également rendre de bons services en indiquant la conduite à suivre dans le cas où, à la suite d'une opération de Talma, on verrait le patient tomber brusquement en collapsus : en rouvrant aussitôt le ventre et en procédant à la ligature du vaisseau rupturé, on aurait quelques chances de sauver le malade. (*Gazz. degli Osped.*, 24 septembre 1905.) — L. CH.

Sur la valeur thérapeutique du chlorure de baryum, par M. E. Pesci.

L'auteur a institué dans le service de M. Pescarolo, à Turin, une série d'essais cliniques ayant pour but d'étudier la valeur thérapeutique du chlorure de baryum.

Ces essais ont porté sur 43 malades (dont 12 atteints de pleurésie avec épanchement, 8 d'affections valvulaires du cœur, 4 de myocardite, etc.), chez lesquels M. Pesci étudia l'action du médicament en question sur la pression sanguine, sur la diurèse et le pouls.

Il résulte de ces recherches que le chlorure de baryum, administré à la dose quotidienne de 0 gr. 20 centigr., est toujours bien toléré et se montre particulièrement utile comme agent diurétique. A ce titre, il est susceptible de rendre d'excellents services, notamment dans les pleurésies séreuses, qu'elles soient anciennes ou récentes. Les résultats qu'il donne, en pareille occurrence, seraient, d'après l'auteur, de beaucoup supérieurs à ceux que l'on obtient avec les diurétiques usuels.

Le médicament dont il s'agit serait également indiqué contre les néphrites parenchymateuses, aiguës ou chroniques, avec œdèmes, mais à la condition que la pression sanguine ne fût pas trop élevée.

Dans les affections valvulaires du cœur, à la période de compensation, le chlorure de baryum produirait de bons effets par la mise en jeu de la force musculaire des parois artérielles. Il en serait de même au cours des maladies infectieuses, lorsque le pouls tend au dicrotisme, tant par suite du relâchement des parois vasculaires qu'à cause de l'affaiblissement du myocarde intoxiqué.

Par contre — et récemment M. Miesowicz a déjà insisté sur ce point (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 283) — l'emploi du remède en question est contre-indiqué toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une hypertension sanguine et d'un affaiblissement trop considérable du cœur. (*Clinica medica italiana*, août 1905.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le salicylate de fer contre l'érysipèle et l'amygdalite.

L'association de salicylate de soude et de perchlorure de fer dans une même préparation magistrale est généralement considérée comme créant une incompatibilité, en raison du précipité de salicylate de fer qui se forme dans ces conditions. Or, récemment préparé, ce dernier sel — qu'il est d'ailleurs facile de faire entrer en solution par l'addition d'une petite quantité de chlorate de potasse — serait, d'après l'expérience de M. le docteur F. J. Gray (d'Edimbourg), susceptible de rendre d'excellents services dans le traitement de certaines infections, notamment de l'érysipèle et de l'amygdalite. Notre confrère prescrit ce médicament sous la forme suivante :

Salicylate de soude..........	4	grammes.
Eau..........................	60	—

Faites dissoudre; ajoutez :

Perchlorure de fer liquide....	8	—
Chlorate de potasse..........	2	—
Glycérine....................	15	—
Eau..........................	Q. S. pour	

faire 90 grammes.

Agitez; ajoutez :

Eau.......................... Q. S. pour faire 250 grammes.

A prendre : 2 cuillerées à soupe toutes les trois ou quatre heures.

Depuis quatre ans qu'il emploie cette médication, M. Gray n'a eu qu'à s'en louer. Dans presque tous les cas d'érysipèle qu'il a traités de la sorte, la douleur locale a disparu dès la deuxième ou la troisième prise de la solution sus-indiquée, et toujours la céphalée et le malaise général ont cédé au bout de huit heures.

Contre l'amygdalite — où l'efficacité du salicylate de soude est bien connue en France depuis les travaux de M. Jules Meyer (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 178) — l'action du salicylate de fer serait non moins constante que dans l'érysipèle, et cela que l'angine fût de nature rhumatismale, diphtérique ou scarlatineuse. Dans les 250 cas de cette affection que M. Gray a traités par ce médicament, la guérison n'a demandé qu'une seule fois plus de quarante-huit heures. Généralement, une certaine amélioration se manifesterait dès la première prise, et le malade ne tarderait pas à tomber dans un sommeil profond dont il se réveillerait avec une température tendant vers la normale, et une atténuation notable des douleurs et du gonflement de la gorge. Le pus, lorsqu'il s'est collecté, se résorberait rapidement sans qu'il fût besoin de recourir à une incision; les pseudomembranes, même celles qui renferment le bacille de Löffler, disparaîtraient généralement dans le courant des vingt-quatre premières heures : 20 fois seulement elles auraient persisté quarante-huit heures, et 1 fois quatre jours.

Ajoutons que, dans l'amygdalite aiguë, notre confrère ordonne habituellement, concurremment avec l'usage interne du salicylate de fer, un traitement local qui consiste en des gargarismes ou des badigeonnages avec une solution iodée.

La dégénérescence cancéreuse du lupus après radiothérapie.

On est généralement d'accord pour attribuer à la radiothérapie une efficacité réelle contre l'épithélioma cutané. Or, à en juger par l'expérience de plusieurs confrères anglais, il semble que, dans certains cas, les rayons de Röntgen, loin d'exercer une action curative sur le cancer, seraient au contraire susceptibles d'en provoquer l'apparition, ou du moins de déterminer la cancérisation de lésions préexistantes. C'est ainsi que, tout récemment, M. le docteur W. G. Spencer, chirurgien du Westminster Hospital de Londres, a eu l'occasion d'observer une jeune fille de quinze ans, atteinte d'un lupus étendu de la face pour lequel elle avait été soumise à plusieurs reprises, avec un succès plus ou moins durable, au traitement par les rayons X. Une dernière récidive ayant nécessité de nouvelles applications röntgéniennes, on vit le pourtour de l'ulcération s'indurer et prendre progressivement tous les caractères d'une lésion épithéliomateuse.

Il en fut de même chez une femme de trente-cinq ans, qui, à la suite de séances radiothérapiques pour récidive d'un lupus ancien de la région parotidienne, eut une radiodermite, bientôt suivie d'un abcès que l'on dut inciser, et peu après on vit apparaître, au niveau de la lésion, des fongosités dont l'examen microscopique démontra la nature cancéreuse.

De pareils cas, encore que rares, ne sont pas absolument isolés : M. le docteur N. Walker (d'Edimbourg) et M. le docteur C. H. Leaf (de Londres) en ont observé de semblables. On peut toutefois se demander si, dans les faits que nous venons de citer, les rayons de Röntgen doivent être rendus entièrement responsables de la cancérisation du lupus. La dégénérescence épithéliomateuse des tuberculoses cutanées n'est, en effet, pas exceptionnelle et se produit parfois à la suite de simples grattages.

La salivation provoquée comme traitement du diabète insipide.

Il y a dix ans, nous faisions connaître un mode de traitement des gastralgies des hyperchlorhydriques imaginé par M. I. Bergmann et consistant à faire mâcher énergiquement au malade des tablettes contenant du gingembre, de la magnésie calcinée et du phosphate ammoniaco-magnésien, afin de provoquer une sécrétion abondante de salive alcaline susceptible de neutraliser l'acidité du contenu stomacal (Voir *Semaine Médicale*, 1895, Annexes, p. XXXVIII). Et, plus récemment, un autre médecin allemand, M. von Leube, employait un moyen analogue pour combattre les hydropisies : il utilisait la salivation artificiellement provoquée par la mastication de tablettes de caoutchouc (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 288.)

De son côté, M. le docteur C. Posner, professeur extraordinaire de médecine interne à la Faculté de médecine de Berlin, a eu dernièrement recours à cette méthode singulière chez une femme âgée de cinquante-six ans et atteinte de diabète insipide. Notre confrère prescrivit à cette malade de mâcher des pastilles constituées par une substance inerte (caoutchouc, gomme adragante, etc.); ce qui détermina une sialorrhée assez notable : on recueillit de 250 à 300 c.c. de salive les deux premiers

jours, puis 100 c.c. les jours suivants. Or, dès le début du traitement, la soif s'atténua considérablement, et, du côté de l'urine, l'amélioration fut également sensible : de six à sept litres la quantité émise quotidiennement tomba, en dix jours, aux environs de trois litres, en même temps que le poids spécifique remontait de 1,004 à des chiffres variant entre 1,009 et 1,012.

Bien que la guérison n'ait pas été complète, car la patiente dut interrompre le traitement au bout de dix jours, les résultats obtenus paraissent très encourageants, surtout si l'on tient compte de l'augmentation de la concentration moléculaire de l'urine. Il convient toutefois de remarquer que la mastication prolongée est très fatigante; aussi est-il douteux qu'on puisse la prescrire à des sujets débilités.

Traitement des érosions du col utérin par des applications d'une solution méthylique d'acide picrique.

Partant de cette considération que l'acide picrique et l'alcool méthylique possèdent l'un et l'autre des propriétés kératinisantes remarquables, M. le docteur E. H. Tweedy (de Dublin) a eu l'idée de traiter les érosions du col utérin par des attouchements, répétés deux ou trois fois par semaine, avec une solution saturée d'acide picrique dans l'alcool méthylique, un tampon imbibé de cette solution étant chaque fois laissé en contact avec la lésion pendant deux ou trois minutes.

D'après l'expérience de notre confrère, ce topique serait plus efficace que ceux auxquels on a d'ordinaire recours, tels qu'acide phénique, acide pyroligneux, solutions de sulfate de cuivre, etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 novembre 1905.

Invaginations de l'appendice iléo-cæcal.

M. Monod donne lecture, à l'occasion d'un travail de M. Jalaguier (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 121), d'un rapport dans lequel il établit, en s'appuyant sur l'ensemble des observations antérieurement publiées, que les faits d'invagination d'origine appendiculaire peuvent être classés en différentes catégories correspondant assez exactement à ceux qu'a observés M. Jalaguier.

Dans une première série de cas, tout se borne à une simple proéminence de l'appendice dans le cæcum avec ou sans participation de ce dernier organe au processus. On se trouve en présence d'une seconde variété de l'affection lorsque, comme cela se produit quelquefois, l'appendice entraîne avec lui la valvule iléo-cæcale et une portion plus ou moins longue de l'intestin grêle; ce bloc peut lui-même pénétrer secondairement dans le côlon ascendant, gagner le côlon transverse, parfois même le côlon descendant.

Il peut aussi arriver que cette invagination secondaire du cæcum et de l'appendice dans le côlon survienne isolément sans participation de l'intestin grêle.

Enfin, dans une dernière catégorie de faits, l'invagination de l'intestin grêle coexiste avec une invagination appendico-cæcale sans emboîtement secondaire du cæcum dans le côlon.

Fréquence de la paralysie générale chez les Arabes en Egypte.

M. A. Marie (de Villejuif) lit une note de laquelle il résulte que, contrairement à l'opinion établie, la paralysie générale est fréquente parmi les aliénés arabes et atteint environ 5 % de l'ensemble de ces malades : à l'asile indigène d'Abbassieh (Egypte), qui contient 600 lits, il entre annuellement 50 paralytiques généraux.

D'après M. Warnock, médecin directeur de cet asile, la syphilis serait 6 fois plus fréquente chez les paralytiques généraux arabes que chez les aliénés arabes non paralytiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 novembre 1905.

Syndromes cholélithiasique et appendiculaire par propagation d'une péritonite sous-hépatique subaiguë.

M. Le Gendre relate l'observation d'une femme de trente-neuf ans, qui entra à l'hôpital pour des nausées et des vomissements alimentaires avec suppression des selles et absence d'émission de gaz. La température était de 38° et le pouls battait à 90. La palpation du ventre décela l'existence de deux foyers douloureux, l'un au point de McBurney, l'autre au niveau de la vésicule biliaire.

La diète hydrique et l'application de glace sur le ventre firent rapidement disparaître les vomissements, le ballonnement du ventre et les douleurs appendiculaires, mais laissèrent subsister les phénomènes douloureux péricholécystiques et sous-hépatiques.

En présence de cette évolution, l'orateur croit rationnel d'admettre que le point de départ des accidents était une cholélithiase et que le syndrome appendiculaire traduisait non pas une véritable appendicite, mais la propagation à la région typhlo-appendiculaire d'une péritonite subaiguë d'origine vésiculaire, comme M. Tripier en a signalé de fréquents exemples (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 29-32).

Leucémie lymphoïde chronique traitée par les rayons de Röntgen.

M. Labbé communique, en son nom et au nom de M. Beaujard, l'observation d'un malade atteint de leucémie lymphoïde chronique avec manifestations purpuriques, qui a été traité par les rayons de Röntgen. Sous l'influence des séances d'irradiation, le nombre des globules blancs, qui était primitivement de 76,000, tomba à 5,200, la formule leucocytaire redevint normale (60 % de polynucléaires), les hémorrhagies des diverses muqueuses s'arrêtèrent et les ganglions inguinaux, axillaires, etc., diminuèrent de volume. La mort n'en fut pas moins la terminaison de la maladie.

Hypotrophie infantile prolongée.

M. Variot présente une petite fille de cinq ans, née d'un père alcoolique, mal nourrie pendant son enfance, dont le développement physique rappelle celui d'un enfant de deux ans. Lorsqu'elle est entrée à l'hôpital, son poids n'était que de 8 kilos 700 et sa taille de 0 m. 77. La radiographie a montré, d'autre part, un retard manifeste des points d'ossification.

Il s'agit là, d'après l'orateur, d'une maladie spéciale de la nutrition, d'une sorte d'hypotrophie, distincte du rachitisme, car elle ne s'accompagne d'aucune déformation du squelette. Cette affection est du reste curable par des moyens hygiéniques appropriés et un régime alimentaire convenable.

Sur la fièvre dite de Malte à Alger.

M. Lemaire (d'Alger) adresse une note dans laquelle il démontre que la fièvre dite de Malte est beaucoup plus fréquente à Alger qu'on ne l'admet généralement. Chez 9 malades, dont le sang s'était montré fortement agglutinant pour les cultures du *Micrococcus melitensis*, l'auteur a pu obtenir une culture pure de ce microbe par l'ensemencement de 2 à 4 c.c. de sang dans 250 c.c. de bouillon. D'autre part, le sérum de cobayes inoculés avec les crachats de 3 malades atteints de fièvre de Malte s'est montré agglutinant pour les cultures du même *Micrococcus melitensis*.

Ces constatations bactériologiques permettent de différencier la fièvre de Malte d'avec la fièvre paludéenne, ces deux affections présentant de grandes analogies cliniques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 novembre 1905.

Sur quelques affections paratyphoïdes observées à Paris et dans des localités très diverses.

MM. Netter et **Ribadeau-Dumas.** — En moins de cinq semaines, nous avons observé 37 cas d'affections qui, en raison de certaines particularités cliniques, nous ont paru pouvoir être considérées comme des affections paratyphoïdes, hypothèse qui s'est trouvée confirmée par l'examen de la séroréaction.

Le sang de nos malades à des dilutions progressivement plus élevées a été mélangé avec une petite quantité de culture fraîche sur agar des microbes suivants : bacille d'Eberth, bacille paratyphique A de Brion et Kayser (type A de Schottmüller), bacille paratyphique de Conradi et Drigalsky (type B de Schottmüller), *Bacillus enteritidis* de Gärtner, bacille de la psittacose de Nocard.

Nous n'avons tenu compte que des agglutinations perceptibles à l'œil aidé ou non de la loupe, et se produisant immédiatement ou en moins d'une demi-heure.

Dans ces conditions, nous avons constaté 22 fois une agglutination incomparablement plus marquée et plus rapide avec le bacille de Brion et Kayser, 6 fois avec le *Bacillus enteritidis* de Gärtner, 1 fois avec le bacille paratyphique de Conradi et Drigalsky. L'affection des 8 derniers malades nous a paru être en rapport avec le bacille d'Eberth.

Ces agglutinations ont varié, avec le bacille de Brion et Kayser, de $^1/_{40}$ à $^1/_{4000}$; avec celui de Gärtner, de $^1/_{100}$ à $^1/_{2400}$; avec le bacille de Conradi et Drigalsky, l'aggglutination a atteint $^1/_{800}$; enfin, avec le bacille d'Eberth, elle a varié de $^1/_{80}$ à $^1/_{400}$. Ces chiffres indiquent les séroréactions limites pour les cas où un de ces bacilles était prédominant.

Anémie pernicieuse traitée par la radiothérapie avec accentuation très marquée de la réaction myéloïde du sang.

MM. L. Rénon et **Léon Tixier.** — Dans un cas d'anémie pernicieuse traitée par la radiothérapie, nous avons vu les hématies nucléées passer, après la première séance, de 4 à 18 % et, après la seconde, de 5 à 9 %. Cette augmentation portait surtout sur les normoblastes; les noyaux isolés de normoblastes étaient aussi très abondants. Le nombre des myélocytes neutrophiles s'accrut parallèlement (de 6 à 14 % et de 2 à 7 %). Les polynucléaires présentaient des formes de transition plus nombreuses. La polychromatophilie des érythrocytes était plus marquée après chaque irradiation.

Cette augmentation de la réaction myéloïde du sang est la traduction d'un surcroît d'effort de la moelle osseuse pour réparer la destruction globulaire.

Lésions expérimentales déterminées par les acides gras.

MM. J. Camus et **Pagniez.** — Nous avons étudié les lésions déterminées par l'introduction d'acides gras au niveau de la peau, dans les méninges, le péritoine et surtout le poumon, nos animaux étant sacrifiés après une survie variant de vingt-quatre heures à quatre-vingts jours.

Nous avons ainsi observé toute une série de lésions à aspect variable suivant les quantités d'acides injectées et la durée de la survie. Ces lésions allaient de la simple congestion jusqu'à la nécrose et à l'ulcération.

Après quelque temps, on constatait chez certains de nos animaux des lésions nodulaires disséminées, de coloration gris jaunâtre et d'aspect analogue aux lésions de tuberculose caséeuse, aboutissant en dernier lieu à une sclérose du poumon, avec formations kystiques aux dépens des bronches dilatées.

Par certains aspects, ces altérations rappellent beaucoup celles qu'on produit avec les poisons locaux extraits du bacille tuberculeux par M. Auclair; ce fait n'est du reste pas surprenant, car l'éthéro-bacilline contient jusqu'à 50 % de son poids d'acides gras libres.

Il semble donc vraisemblable d'attribuer aux acides gras des microbes, en particulier à ceux du bacille tuberculeux, un rôle dans la production des lésions locales dont ces microorganismes sont la cause.

Sur la toxicité du contenu intestinal.

MM. Roger et **Garnier.** — Pour étudier la toxicité du contenu de l'intestin grêle du lapin, nous avons additionné ce contenu d'un tiers d'eau salée physiologique, et après centrifuga-

tion et filtration nous l'avons injecté dans la veine de l'oreille d'un lapin. Nous avons reconnu ainsi qu'à l'état normal cette toxicité varie de 3 c.c.6 à 5 c.c. par kilo d'animal. Si l'on appelle *entérotoxie* la quantité nécessaire pour tuer un kilo de lapin, on reconnaît qu'à l'état normal la totalité du contenu intestinal, qui varie de 20 à 30 c.c., représente en moyenne 6 entérotoxies.

Dans le cas d'obstruction intestinale expérimentale, par ligature de l'intestin grêle, la toxicité par kilo diminue; mais, comme la quantité de liquide est augmentée dans de grandes proportions, le nombre d'entérotoxies est accru et atteint 18.9; le *coefficient entérotoxique* que nous considérons comme égal à l'unité chez l'animal sain atteint alors 3.13. Si la ligature porte sur le rectum, le nombre d'entérotoxies atteint 24.4 et le coefficient entérotoxique 4.1. Dans le cas de perforation intestinale, la toxicité du liquide varie de 0.75 à 2.87 par kilo; le nombre d'entérotoxies est de 53.6, et le coefficient entérotoxique de 8.87. Enfin, dans un cas de péritonite ayant amené la mort en vingt-six heures, la toxicité par kilo était de 4 c.c., le chiffre d'entérotoxies de 12.4 et le coefficient entérotoxique de 2.06.

M. Guerbet (de Rouen) adresse une note relative à une épidémie de dysenterie qui a sévi l'été dernier dans les environs de Gournay, et dont l'étude bactériologique a permis d'isoler un bacille appartenant au type Shiga.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 25 octobre 1905.

Recherches hématologiques sur le saturnisme.

M. Grawitz fait une communication dans laquelle, après avoir rappelé les altérations dégénératives des érythrocytes qu'il a signalées naguère chez les saturnins (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 40), il dit avoir institué de nouvelles recherches sur ce sujet, et avoir pu constater que, parmi les 200 ouvriers employés dans deux fabriques de plomb de Charlottenbourg, une forte proportion présentaient ces altérations. L'intensité de ces dernières ne paraît du reste nullement en rapport avec les dangers d'intoxication propres à telle ou telle manipulation, ni avec le temps depuis lequel l'ouvrier travaille le plomb; elle semble dépendre surtout des conditions de résistance individuelles des globules rouges.

Dans les cas d'anémie saturnine, M. Grawitz a constaté, en outre, une myélocytose notable, donnant l'aspect hématologique de la leucémie, mais sans trace de tumeur splénique ou ganglionnaire; on peut cependant se demander si l'état d'excitation fonctionnelle de la moelle osseuse qui se traduit ainsi par la multiplication des éléments myélocytaires n'est pas susceptible de réaliser à la longue une leucémie légitime. Aussi l'orateur estime-t-il qu'il serait utile de soumettre à des examens périodiques le sang des ouvriers le plus exposés à subir les atteintes du saturnisme, afin d'éliminer ceux d'entre eux qui présentent des altérations déjà bien marquées.

M. Davidsohn dit avoir pu constater, dans les couches les plus profondes de la muqueuse buccale, chez des individus porteurs du liséré saturnin, la présence de granulations semblables à celles que M. Grawitz a signalées dans les globules rouges; ces granulations n'offrent aucune des réactions du plomb.

M. Brieger signale les bons effets que les bains de lumière donnent, au point de vue de la prophylaxie des accidents saturnins, en favorisant l'élimination du plomb par les glandes sudoripares.

M. Levy-Dorn attire l'attention sur les dangers d'intoxication saturnine auxquels sont exposés les médecins s'occupant de röntgénologie, et obligés de manipuler fréquemment du plomb tant pour se protéger eux-mêmes que pour limiter, sur leurs malades, les régions à soumettre à l'action des rayons de Röntgen.

Sur le cancer des animaux à sang froid.

M. L. Pick rend compte de ses recherches sur les tumeurs « cancéroïdes » de la truite.

Ces néoplasies offrent histologiquement la structure typique du cancer humain, soit dans sa variété adénocarcinomateuse, soit dans sa variété squirrheuse, mais elles ne produisent jamais de métastase; cependant, leur nature maligne ne paraît faire aucun doute.

La diffusion facile de cette affection dans les élevages de truites pourrait donner à penser qu'elle est de nature parasitaire; toutefois, on ne peut y déceler de parasite, et elle semble plutôt — en raison de la présence, au sein des tumeurs, de cavités kystiques remplies de substance colloïde — devoir être rapprochée du goitre hyperplastique, dont la dégénérescence maligne n'est point rare.

M. von Hansemann considère les tumeurs dont M. Pick montre les coupes comme de nature cancéreuse; il doute seulement que l'affection puisse prendre, dans les élevages fermés, l'allure enzootique.

M. J. Heller dit avoir souvent constaté chez les lézards des tumeurs cutanées rappelant les condylomes acuminés.

Greffe tendineuse pour atrophie musculaire progressive.

M. J. Fränkel présente un jeune homme de vingt-trois ans, qui était atteint depuis sa onzième année d'atrophie musculaire à forme névritique avec déformation des pieds entraînant des troubles fonctionnels graves : les deux pieds, mais surtout le gauche, étaient en varus équin avec voûte plantaire très excavée. Ces difformités furent traitées de la manière suivante :

Les pieds furent d'abord redressés sous chloroforme, ce qui amena la disparition de l'équinisme, mais non du pied creux; pour combattre cette dernière lésion, on sectionna un peu plus tard les parties molles rétractées de la région plantaire; ultérieurement, afin d'assurer la persistance du bon résultat ainsi obtenu, on fit des deux côtés l'allongement du tendon d'Achille selon le procédé de Bayer, le raccourcissement des tendons extenseurs d'après celui de Hoffa, enfin la transplantation du tendon du tibial antérieur sur le bord externe du pied.

Après ablation de l'appareil plâtré, on constata qu'il existait un léger degré de valgus, et que l'excavation de la voûte plantaire n'avait pas entièrement disparu; néanmoins le résultat fonctionnel est excellent et se maintient tel depuis plus de sept mois.

Dr VILLARET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE MONTPELLIER

Némorin. Les grands abcès du foie grippaux et typhoïdiques et leur traitement.

Oriol (F.). Contribution à l'étude de la chloroformisation par la méthode des mélanges titrés; l'appareil d'Harcourt.

Orsini. Contribution à l'étude des fractures itératives de la rotule.

Pagès (A.). Contribution à l'étude des manifestations osseuses de la fièvre typhoïde.

Palmaro (Ch.). Des suppurations des kystes de l'ovaire.

Paolantonacci (P.). Contribution à l'étude de la transmission de la syphilis par l'allaitement.

Pavy (Ch.). Les hémorrhagies méningées à forme méningitique.

Pélissier (A.). Cirrhose atrophique lente du foie.

Pilleboue (L.). De l'appendicite herniaire.

Poli (A.-B.). Du sarcome de l'ovaire.

Pons (H.). Une petite épidémie de peste à Marseille en septembre 1903.

Portes (E.). Théorie sensorielle et théorie motrice des déviations oculaires conjuguées.

Poucel (J.). La psychothérapie dans l'intervention chirurgicale (étude psychologique des influences morales, avant, pendant et après l'opération).

Prince (E.). Contribution à l'étude de l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations pelviennes chroniques.

Raymond (L. de). Anatomie chirurgicale du testicule en ectopie inguinale.

Reboul (E.). De l'asthme prétuberculeux.

Reynaud (G.). De l'hérédité dans les maladies du cœur et des vaisseaux.

Rives (A.). Kystes chyleux du mésentère.

Rivet (L.). Des lipomes périostiques (étiologie, pathogénie).

Roubion (J.). Considérations sur l'hygiène dans la neurasthénie.

Rouquette (E.). De la résection de la saphène dans le traitement des varices.

Roux (P.). De la folie par infection palustre.

Royer (J.). De la formule leucocytaire dans les tumeurs malignes.

Sarradon (J.). Des interventions sur la zone génitale de la femme; traitement de certains cas d'hystérie.

Sauvan (P.). Traitement d'urgence des hématuries vésicales.

Scemama (I.). Contribution à l'étude des divers procédés de conservation et de stérilisation du lait.

Schapiro (Mlle C.). Des néphrectomies partielles en dehors des tumeurs malignes.

Schönfeld (P.). Virus syphilitique et syphilis expérimentale.

Simoni (J.). Contribution à l'étude de la transformation épithéliale de la leucoplasie vulvaire.

Sinoncelli (F.). Arthropathies et angines (étude historique et clinique).

Stoltz (G.). Traitement du bourdonnement d'oreilles par l'effluve de haute fréquence.

Tardieu (E.). Etude sur le massage du cœur expérimental et clinique (une observation inédite).

Tref (J.). De la tuberculose à forme hypertrophique de l'intestin grêle.

Trolard (A.). Hernie diaphragmatique congénitale chez un homme de 55 ans.

Vaïndrack (Mlle). Quelques considérations sur un cas d'anémie pernicieuse progressive.

Valby (H.). Des eaux chlorurées sodiques hyperthermales (42°) de Hammam-Malouan.

Vigier (H.). Des paralysies obstétricales du membre supérieur (paralysies radiculaires).

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Burkhardt (L.). Experimentelle Studien über Lebensdauer und Lebensfähigkeit der Epidermiszellen; zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Hauttransplantation. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIX, 1-3.) — Durée de la vie et vitalité des cellules de l'épiderme, notamment au point de vue des greffes cutanées.

Campani (A.) et **Tacchini** (B.). Il cloroformio nella diplococcemia e nella tubercolosi sperimentale. (*Gazz. degli Osped.*, 6 août.)

Ceni (C.) et **Besta** (C.). Sclerosi in placche sperimentale da tossici aspergillari. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXXI, 2.)

De Graag (K.). Over experimenteel amyloied. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 12 août.)

Fioretti (E.). La decapsulazione del rene nelle nefriti sperimentali da cromato d'ammonio. (*Policlinico*, 6 août.)

Hoppe (Th.). Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung einiger Stomachica auf die Magensaftsekretion. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 août.) — L'action de certains stomachiques sur la sécrétion gastrique.

Inada (R.). Experimentelle Untersuchungen über die Form der Herzmuskelkerne und Bemerkungen über das Verhalten der Aorta bei experimentell erzeugter Insufficienz der Aortenklappen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIII, 3-4.) — Sur la forme des noyaux du myocarde, avec remarques sur l'aorte dans l'insuffisance aortique expérimentale.

Parascandolo (C.) et **De Meis** (V.). Anatomia e patologia dei seni frontali. (*Morgagni*, juin et juillet.)

Richet (Ch.). De l'alimentation dans la tuberculose expérimentale; influence nocive de la viande cuite. (*Rev. de méd.*, août.)

MÉDECINE

Bartenstein (V.). Zur Diagnostik des Magenchemismus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 août.) — Sur le chimisme stomacal.

Briggs (J. B.). Certain hypertensive crises in arteriosclerotic subjects. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Campani (A.). Su una forma speciale di emottisi nei vecchi. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 15 juillet.)

Fürst (L.). Zur diagnostischen Bedeutung palpabler und okkulter Lymphdrüsen. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 3 août.) — Valeur diagnostique des ganglions lymphatiques accessibles ou non à la palpation.

Geisböck (F.). Die Bedeutung der Blutdruckmessung für die Praxis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIII, 3-4.) — Valeur pratique de la sphygmomanométrie.

Goepp (R. M.). A case of necrotic stomatitis following measles and pneumonia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Stomatite gangréneuse consécutive à la rougeole et à la pneumonie.

Hirschfeld (H.). Zur Kenntnis der atypischen myeloiden Leukämie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 août.)

Knecht (C.). Ueber den Einfluss des Aufstehens auf die Urinausscheidung Herzkranker. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIII, 3-4.) — L'élimination de l'urine chez les cardiopathes non confinés au lit.

Lambrior (A. A.). Deux cas de cirrhose atrophique à marche aiguë avec ascite chyliforme. (*Rev. de méd.*, août.)

Löb (M.). Beiträge zur Lehre vom Diabetes mellitus : Die hereditäre Form des Diabetes. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 12 août.)

Neubauer (O.). Zur Kenntnis der Fruktosurie. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 août.) — De la lévulosurie.

Oerum (H. P. T.). Untersuchungen mit Sahli's Probemahlzeit. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIII, 3-4.) — Sur le repas d'épreuve de Sahli.

Parhon (C.) et **Goldstein** (M.). Sur un nouveau cas de pellagre accompagné de la rétraction de l'aponévrose palmaire. (*Rev. de méd.*, août.)

Savestroni (G.). Di una rara forma di polmonite emorragica a lungo decorso in un cardio paziente. (*Gazz. degli Osped.*, 6 août.)

MALADIES INFECTIEUSES

Penzoldt (F.). Ueber die Heilung des tuberkulösen Pneumopyothorax. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 1-4.) — Sur la guérison du pyopneumothorax tuberculeux.

Pilsbury (L. B.). Acute epidemic dysentery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 juillet.)

Pruszynski (J.). O zapaleniu opon mózgowordzeniowych nagminnem (meningitis cerebrospinalis epidemica). (*Gaz. lekarska*, 1er et 8 juillet.)

Raulin (L.). Un cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 30 juillet.)

Risel (H.). Masernerkrankungen nach Scharlach. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 1.) — La rougeole post-scarlatineuse.

Shekwana (P.). Widal's reaction for typhoid fever. (*New York Med. Journ.*, 8 juillet.)

Shively (H. L.). The incidence of pulmonary tuberculosis in large families. (*New York Med. Journ.*, 8 juillet.)

Simon. Essai d'enquête sur la morbidité et la mortalité tuberculeuses en Lorraine. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juillet.)

Simond (P.-L.). La question du véhicule de la peste. (*Rev. med.-cirurgica do Brazil*, mai et juin.)

Tauber (S.). Striae bei Typhus. (*Wien. med. Presse*, 16 juillet.)

Taylor (J. R.). The transmission of disease by the mosquito. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8 juillet.) — La transmission des maladies par les moustiques.

Tyrrell (J. B.). Treatment of pertussis in relation to etiological factors. (*Med. Record*, 22 juillet.) — Le traitement de la coqueluche au point de vue étiologique.

Urwick (R. H.). Observations on the opsonic power of people suffering from tuberculosis. (*Brit. Med. Journ.*, 22 juillet.) — Sur le pouvoir opsonique des tuberculeux.

Vennat (H.). Contribution à l'étude des congestions pleuro-pulmonaires apyrétiques de la base comme signe précurseur de la tuberculose. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, juin.)

Vincent (H.). Fréquence du parasitisme fusospirillaire dans les lésions buccales. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Wellman (F. C.). Relapsing fever : its occurrence in the tropics and its relation to tick fever in Africa. (*Amer. Medicine*, 22 juillet.) — De la fièvre récurrente.

Wentworth (A. H.). A description of Pfeiffer's disease (glandular fever). (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1er juin.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Anglade et **Jacquin**. Méningo-myélite transverse et méningo-encéphalite chez une femme tuberculeuse. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 6 août.)

Baronio (A.). Ulceri cutanee angioneurotiche mestruali in donna isterica. (*Policlinico*, 10 sept.)

Besta (C.). Un caso di corea di Huntington, con reperto anatomo-patologico. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXXI, 2.)

Bing (R.). Eine kombinierte Form der heredofamiliären Nervenkrankheiten (spino-cerebellare Heredoataxie mit Dystrophia musculorum). (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIII, 3-4.)

Consiglio (P.). I forti calori e le funzioni psichiche. (*Policlinico*, 6 août.)

Crisafulli (E.). Sui fenomeni catatonici in alcune forme di demenza precoce di Kräpelin. (*Morgagni*, août.)

Curschmann (H.). Zur Methodik der Muskel- und Gelenksensibilitätsbestimmung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 août.) — Technique de l'examen de la sensibilité musculaire et articulaire.

Galli (G.). Sulla cocainizzazione nervosa in casi di nevralgie d'origine reumatica. (*Gazz. degli Osped.*, 1er août.)

Gaupp (R.). Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 août.) — Les états de dépression chez le vieillard.

Grenier de Cardenal (H.). Chute spontanée des dents et nécrose des maxillaires chez les tabétiques. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 juin et 2 juillet.)

Huguenin. Der Schwindel als Krankheitssymptom. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juillet et 1er août.) — Valeur sémiologique du vertige.

Smith (S. MacC.). Meningitis : its symptomatology, diagnosis and treatment. (*Amer. Medicine*, 29 juillet.)

Stransky (E.). Ueber die Dementia præcox in ihrer Bedeutung für die ärztliche Praxis. (*Wien. med. Presse*, 9, 16, 23 et 30 juillet.)

Thomayer (J.). Dalsí pozorování o skoliotické ischias (*Casopis lékaru ceskych*, 15 juillet.) — De la scoliose sciatique.

Valobra (I.). Les œdèmes circonscrits aigus et chroniques sous la dépendance du système nerveux; rôle de la sécrétion lymphatique dans leur pathogénie. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril et mai-juin.)

Vedeler (B.). Metameri. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet.)

Weber (L. W.). Ueber posttraumatische Psychosen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 juillet.)

White (W. C.). Observations on a new method of eliciting the extensor plantar reflex, and its spinal localization. (*Med. Record*, 8 juillet.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Asahi (K.). Beitrag zur Kenntnis der Gefässverkalkung in der Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXVI, 2.) — Sur les calcifications vasculaires de la peau.

Chiari (H.). Ueber einen Fall von urämischer Dermatitis. (*Prag. med. Wochensch.*, 7 sept.)

Courant. Ueber die Vereisung spitzer Condylome mittels Aethylchlorid. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 2 sept.) — Sur la congélation des condylomes acuminés par le chlorure d'éthyle.

Kraus (A.). Zur Kenntnis des Erythema induratum (Bazin). 3. Mitteilung über die entzündliche Atrophie des subkutanen Fettgewebes. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXVI, 2.) — Atrophie d'origine inflammatoire du tissu adipeux sous-cutané.

Nichols (H. J.). Tinea versicolor in an institution. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Pityriasis versicolor dans un asile d'aliénés.

Samberger (F.). Zur Pathologie der Hyperkeratosen : Keratosis follicularis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXVI, 2.)

Sorrentino. Ueber das umschriebene Lymphangiom der Zunge. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXVI, 2.) — Sur le lymphangiome circonscrit de la langue.

Teske. Die traumatische Psoriasis mit Rücksicht auf die Unfallheilkunde. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, août.) — Le psoriasis traumatique au point de vue des accidents du travail.

Zumbusch (L. R. von). Ein atypischer Fall von Ichthyosis congenita. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 août.)

PARASITOLOGIE

Douglas-Crawford (D.). Two cases of actinomycosis. (*Lancet*, 15 juillet.)

Galli-Valerio (B.). Die Verbreitung und Verhütung der Helminthen des Menschen. (*Therap. Monatsh.*, juillet.) — Fréquence et prophylaxie de l'helminthiase humaine.

Gordon (A.). Contribution to the study of syphilitic spirochætas in cerebrospinal fluid. (*Amer. Medicine*, 22 juillet.)

Hoffmann (E.). Ueber das Vorkommen von Spirochäten bei ulcerierten Carcinomen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 juillet.)

Plöger (H.). Die Spirochäten bei Syphilis. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 juillet.)

Raubitschek (H.). Ueber einen Fund von Spirochæte pallida im kreisenden Blut. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 juillet.) — Présence du *Spirochæte pallida* dans le sang circulant.

Rille. Ueber Spirochätenbefunde bei Syphilis. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 juillet.)

Thesing (C.). Kritische Bemerkungen zur Spirochæte pallida bei Syphilis. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 juillet.)

Thon (K.). O rodu Cytorhyctes. (*Casopis lékaru ceskych*, 22 juillet.)

Watson (J. R.). Natural science in hygiene; or, life history of the non-bacterial parasites affecting man. In-12, 62 p. Londres. — Traité de parasitologie humaine.

CHIRURGIE

Berger (P.). Trois nouveaux cas d'amputation interscapulo-thoracique (dont deux pratiqués pour des tumeurs de l'extrémité supérieure de l'humérus), suivis de quelques considérations sur les résultats et sur les indications de cette opération, et d'une modification de son manuel opératoire. (*Rev. de chir.*, août.)

Borchardt (M.). Zur Operation der Tumoren des Kleinhirn-Brückenwinkels. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 août.) — Traitement chirurgical des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux.

Dench (E. B.). Report of two fatal cases of brain abscess. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — 2 cas mortels d'abcès du cerveau.

Dethlefsen (C. A.). Om behandling af tuberkulös peritonitis. (*Hospitalstidende*, 9 août.)

Deutschländer (C.). Zur operativen Behandlung des Genu recurvatum. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 9 sept.)

Doberauer (G.). Die Behandlung der Patellarfrakturen an Wölfler's Klinik [Prague]. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 2.)

Durand (M.) et **Gélibert**. Pleurésie purulente diaphragmatique enkystée; thoracotomie; guérison. (*Lyon méd.*, 16 juillet.)

Fasano (M.). Contributo all'uso del bottone di Murphy come mezzo di sintesi nelle anastomosi gastro ed entero-intestinali. (*Policlinico*, 30 juillet.)

Fischer (H.). Ein Fall von Fibrolipom des Magens, complicirt durch Tetanie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 3.) — Fibrolipome de l'estomac compliqué de tétanie.

Folet (H.). Myostéomes traumatiques. (*Echo méd. du Nord*, 10 sept.)

Fraikin. Considérations pratiques sur la scoliose essentielle. In-8°, 39 p. avec fig.

Freund (R.). Ein Fall von Tuberculose des Rectums. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 26 août.)

Friedheim. Ueber Dauererfolge nach operativer Behandlung des Morbus Basedowii. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 4.) — Résultats éloignés du traitement chirurgical de la maladie de Basedow.

Friedrich (P. L.). Ueber die operative Beeinflussbarkeit des Epileptikergehirns. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 3.) — Influence des interventions chirurgicales sur le cerveau des épileptiques.

Garel. Trois cas intéressants de corps étrangers de l'œsophage. (*Lyon méd.*, 13 août.)

Haim (E.). Ueber penetrierende Thoraxverletzungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIX, 1-3.) — Sur les plaies pénétrantes de poitrine.

Helferich. Ueber Pharynxplastik. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 3.)

Hoffa (A.). Die angeborene Coxa vara. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 août.)

Hofmann (C.). Zur Pathologie des Prolapsus ani et recti und seine operative Behandlung durch Beckenbodenplastik. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 2 sept.)

Jeanbrau (E.). Ostéosarcome de l'humérus propagé aux parties molles; amputation interscapulo-thoracique; survie de 1 an. (*Rev. de chir.*, août.)

König (F.). Zur Frage der Osteochondritis dissecans. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 5 août.)

Körte (W.). Ueber den günstigsten Zeitpunkt des operativen Einschreitens bei der Wurmfortsatzentzündung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 3.) — Sur le moment le plus opportun pour intervenir dans l'appendicite.

Kümmell (H.). Die operative Behandlung der eitrigen Meningitis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 4.) — Le traitement chirurgical de la méningite purulente.

Lempe (G. G.). The simulation of appendicitis by cholelithiasis. (*New York Med. Journ.*, 29 juillet.)

Libathinopoulos (R.). Σπληνεκτομία δι' ἑλώδη σπληνομεγαλίαν. (Χειρουργικὴ ἐπιθεώρησις, août.) — Splénectomie pour splénomégalie paludéenne.

Lorenz (H.). Zur Kenntnis der Fractura capituli humeri (eminentiæ capitatæ). (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 4-6.)

Magnus (F.). Ueber totale congenitale Luxation der Kniegelenke bei drei Geschwistern. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 4-6.) — Luxation congénitale totale du genou chez 3 frères.

Warren (J. C.). The surgeon and the pathologist; a plea for reciprocity as illustrated by the consideration of the classification and treatment of benign tumors of the breast. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 15 juillet.) — Classification et traitement des tumeurs bénignes du sein.

Wein (E.). Die chirurgische Behandlung der Brandwunden. (*Pest. med.-chir. Presse*, 16, 23 et 30 juillet.) — Le traitement chirurgical des brûlures.

Whitman (R.). A treatment of fracture of the neck of the femur designed to improve functional results by immediate reduction of deformity and by effective protection during the period of repair. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.) — Traitement de la fracture du col du fémur.

Wiener (J.). Surgical aspects of gallstone disease. (*Med. Record*, 8 juillet.) — La lithiase biliaire au point de vue chirurgical.

Wieting. Beitrag zur Pathogenese und Anatomie der auf entzündlicher, namentlich tuberkulöser Basis entstandenen Darmstrikturen, nebst Bemerkungen zur Frage der Darmtuberkulose, vornehmlich in der Türkei. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 4-6.) — Pathogénie et anatomie pathologique des rétrécissements inflammatoires de l'intestin, notamment des rétrécissements tuberculeux.

Wight (J. S.). Fractures and dislocations of the ulna. (*Amer. Medicine*, 8 et 15 juillet.)

Wilson (H. A.). Apparently unavoidable errors in the diagnosis of psoas abscess. (*Amer. Medicine*, 8 juillet.)

Witzel (O.). Wie entsteht die Thrombose der Vena iliaca externa links nach der Appendicektomie? (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 15 juillet.) — Pathogénie de la thrombose de la veine iliaque externe gauche consécutive à l'appendicectomie.

Zeldovitch (J. B.). Ueber Verletzungen durch japanische Geschosse. 2. Aufsatz. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 1.) — Sur les blessures occasionnées par les projectiles japonais.

UROLOGIE

Cabot (A. T.). Observations on ureteral calculi. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 8 juin.)

Cecca (R.). Sulla patogenesi dell'idrocele volgare. (*Gazz. degli Osped.*, 7 sept.)

Englisch (J.). Ueber Fremdkörper der männlichen Harnröhre und Blase. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIX, 1-3.) — Sur les corps étrangers de l'urèthre et de la vessie chez l'homme.

Klercker (Kj. O. af). Studien über die Pentosurie. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVIII, 1 et 2.)

Kümmell (H.). Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 4.)

Läwen (A.). Beiträge zur Kenntnis plastischer Operationen am Nierenbecken bei Hydronephrose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIX, 1-3.) — L'autoplastie du bassinet dans l'hydronéphrose.

Lohnstein (H.). Prostata und Trauma. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 5 et 12 août.)

Rebentisch. Die radikale Heilung der durch Prostatahypertrophie bedingten Harnverhaltung mittelst Prostatectomia suprapubica totalis. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er août.)

Stewart (D. D.). Concerning the obscurity of diagnosis sometimes attending stone in the kidney. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Sur certaines difficultés du diagnostic dans la lithiase rénale.

Vulliet (H.). Eine einzeitige Operation der Hypospadia penis und penoscrotalis mit vorausgehendem Perinealschnitte. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 5 août.) — Opération en un temps pour hypospadias pénien et pénio-scrotal avec taille périnéale préliminaire.

OPHTALMOLOGIE

Crainiciano (G.). La conjonctivite granuleuse dans l'état actuel de la science. In-8°, 37 p. avec fig.

Greeff. Was haben wir von einer staatlichen Trachombekämpfung zu erwarten? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 août.) — De l'intervention des pouvoirs publics dans la lutte contre la conjonctivite granuleuse.

Gutmann (G.). Zwei Fälle von angeborener Parese des Musculus rectus inferior, der eine durch Operation geheilt. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 août.)

Reddingius (R. A.). Een weg tot werkelijke genezing van convergent scheelzien. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 2 sept.) — Sur le traitement du strabisme convergent.

Wisselink (G. W.). Een geval van verandering in de macula lutea na trauma. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 sept.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Baker (W. A.). Reasons for removing the vermiform appendix in nearly all cases where the abdomen is opened for other lesions. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.) — Raisons pour lesquelles il convient de pratiquer l'ablation de l'appendice toutes les fois qu'on ouvre l'abdomen pour d'autres lésions.

Baumann (P.). Kopf und Becken in ihrer gegenseitigen Beziehung unter der Geburt. In-8°, 29 p. avec fig. Halle. — Tête et bassin au point de vue obstétrical.

Bland (P. B.). A case of fulminating peritonitis complicating pregnancy, due to ruptured pus tube at 8 1/2 months; cæsarean operation; death. (*New York Med. Journ.*, 22 juillet.)

Blount (Anna E.). Ciliated cysts and glands of the uterine, tubal, and pelvic serosa. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Bovée (J. W.). The treatment of fibroid tumors of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Brothers (A.). The twisted pedicle in ovarian and parovarian cysts. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.) — 7 cas de kyste ovarien ou parovarien avec torsion du pédicule.

Dittrick (H.). Epithelioma of the vulva. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Donald (A.). Introduction to midwifery. 6e éd. In-8°, 204 p. Londres. — Eléments d'obstétrique.

Fabre. Du traitement des infections puerpérales à streptocoques par les injections intra-utérines d'essence de térébenthine et les injections sous-cutanées de sérum térébenthiné. (*Lyon méd.*, 6 août.)

Fellner (O. O.). Die psychiatrischen und neurologischen Indikationen zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 21 août.) — Indications psychiatriques et neurologiques de l'interruption de la grossesse.

Wallace (A. J.). Experiences of the treatment of the cancerous cervix uteri by the abdominal route, with pelvic dissection. (*Lancet*, 15 juillet.)

Walther (H.). Ueber das Hæmatoma vulvæ et vaginæ. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 juillet.)

Waugh (R. J.). A case of pulmonary embolus with some peculiar features, occurring shortly after normal labour. (*Lancet*, 29 juillet.) — Embolie pulmonaire présentant quelques caractères particuliers et survenue peu après un accouchement normal.

Werth (R.). Beitrag zur Kenntnis der Nebenhornschwangerschaft. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXVI, 1.) — Sur la grossesse de la corne accessoire de l'utérus.

Williams (J. W.). Hyperemesis gravidarum. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 29 juillet.)

Winter (G.). Die wissenschaftliche Begründung der Indikationen zur Myomoperation; Beitrag zur Symptomatologie und Pathologie der Uterusmyome. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.)

Zangemeister (W.). Weibliche Blase und Genitalerkrankungen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.) — Vessie et affections génitales chez la femme.

PÉDIATRIE

Kerley (C. G.). The prevention and management of summer diarrhea among the tenement children. (*Med. Record*, 22 juillet.) — Prophylaxie et traitement de la diarrhée estivale des enfants vivant dans les quartiers pauvres.

Miller (D. J. M.). Chondrodystrophy fœtalis (achondroplasia). (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Nicolas. A propos de la pronation douloureuse des jeunes enfants. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 juillet.)

Stowell (W. L.). Gastric ulcer in children. (*Med. Record*, 8 juillet.)

Uffenheimer (A.). Echte primäre Perlsucht des Bauchfells beim Kinde. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 juillet.) — La tuberculose hypertrophiante primitive du péritoine chez l'enfant.

Zappert (J.). Ueber nächtliche Kopfbewegungen bei Kindern (Jactatio capitis nocturna). (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 1.)

TÉRATOLOGIE

Ahlfeld (F.). Wahre und scheinbare Transposition grösserer Körperteile nach Abschnürung durch amniotische Stränge. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Transpositions vraies ou apparentes de grosses parties fœtales après leur étranglement par des brides amniotiques.

Duperron et **Ruelle**. Observation d'hermaphrodisme. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Little (H. M.) et **Helmholz** (H. F.). Situs transversus and atresia of the pylorus. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, juillet.)

Mohrmann. Ein Fall von Atresia duodeni congenita. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 4-6.)

Rosenhaupt (H.). Eine seltene Missbildung : Bauchblasenschambeinspalte mit Beteiligung des Darmes, Verlagerung einer Niere, Fehlen der rechten Nabelarterie und Uterus separatus duplex. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLI, 5-6.) — Exstrophie vésicale avec malformation concomitante de l'intestin, ectopie rénale, absence de l'artère ombilicale droite et utérus double.

Thaler (H. A.). Atypische Verhältnisse in der Steissgegend menschlicher Föten und eines Neugeborenen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIX, 1-3.) — Anomalies de la région coccygienne chez plusieurs fœtus humains et chez un nouveau-né.

Vogt (H.). Ueber die Anatomie, das Wesen und die Entstehung mikrocephaler Missbildungen, nebst Beiträgen über die Entwicklungsstörungen der Architektonik des Zentralnervensystems. In-8°, 204 p. avec fig. Wiesbaden.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Herring (A. P.). Sarcoma of the vomer, with extensive involvement of the adjacent structures and metastasis in the cranium. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Kuhn (F.). Die perorale Intubation mit und ohne Druck. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVI, 2-3 et LXXVIII, 4-6.)

Mayer (E.). An unusual case of œdema of the glottis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

McCaw (J. F.). Orbital and meningeal infection from the ethmoid cells; death. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Röpke (F.). Die Verletzungen der Nase und deren Nebenhöhlen, nebst Anleitung zur Begutachtung ihrer Folgezustände. In-8°, 135 p. Wiesbaden. — Les blessures du nez et de ses cavités accessoires, surtout au point de vue de l'appréciation de leurs conséquences.

Rosenberg (A.). Sur les affections unilatérales des cordes vocales. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Seifert (O.). Sur les abcès du lobe frontal d'origine nasale. (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 17 juin.)

Skillern (R. H.). The premonitory symptomatology of laryngeal tuberculosis, with especial reference to tuberculous sublaryngo-tracheitis. (*Amer. Medicine*, 8 juillet.)

Theisen (C. F.). An unusual case of laryngeal syphilis requiring tracheotomy. (*Albany Med. Ann.*, juillet.)

Thellung (F.). Ein congenitaler behaarter Rachenpolyp. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 1-3.) — Polype pileux du nasopharynx.

Thomson. Frontal sinusitis : 2 cases of death after operation. (*Lancet*, 12 août.)

Toeplitz (M.) et **Kreuder** (H.). Rhinoscleroma. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Valentin. Sur un cas d'abcès otogène sans participation de l'antre mastoïdien. (*Nord méd.*, 1er août.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Cnopf. Ueber den Einfluss des roten Lichtes auf Scharlachkranke; welcher im Nürnberger Kinderspital beobachtet wurde. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 août.) — Influence de la lumière rouge sur la scarlatine.

Doutrelepont (J.). Histologische Untersuchungen über die Einwirkung der Finsenbestrahlung bei Lupus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 août.)

Freund (L.) et **Oppenheim** (M.). Weitere Beiträge zur Radiometrie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 août.)

Heile (B.). Die Autolyse als Heilfactor in der Chirurgie, insbesondere die intravitale Verstärkung autolytischer Vorgänge durch Röntgenstrahlen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 4.)

Herschell (G.). Electrical methods in the treatment of affections of the stomach and intestines. In-8°, 108 p. avec fig. Londres. Siegle.

Kahler (O.). Zur Radiumbehandlung des Skleroms. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 août.)

Maixner (E.). Plynnatost hrudi a Röntgenovy paprsky. (*Casopis lékaru ceskych*, 12 août.) — Pyopneumothorax et rayons de Röntgen.

Quadrone (C.). Ueber das Auftreten einer exsudativen Pleuritis in zwei Fällen von lymphatischer Pseudoleukämie während der Behandlung mit Röntgenstrahlen. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 5 août.) — Pleurésie sérofibrineuse survenue dans 2 cas de pseudoleucémie lymphatique au cours du traitement par les rayons de Röntgen.

Shober (J. B.). Recurrent tuberculous peritonitis after incomplete operation, with a report of such a case treated by the X rays. (*New York Med. Journ.*, 5 août.)

Werner (R.). Zur lokalen Sensibilisierung und Immunisierung der Gewebe gegen die Wirkung der Radiumstrahlen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 et 13 juillet.) — Sur la sensibilisation et l'immunisation locales des tissus à l'égard du radium.

Zelenkovsky. Guérison de la conjonctivite granuleuse par le radium (en russe). (*Roussk. Vratch*, 14 mai.)

BACTÉRIOLOGIE

Forster (J.) et **Kayser** (H.). Ueber das Vorkommen von Typhusbazillen in der Galle von Typhuskranken und « Typhusbazillenträgern ». (*Münch. med. Wochensch.*, 1er août.) — Sur la présence de bacilles d'Eberth dans la bile de typhoïdiques et de sujets normaux.

Karcher (J.). Zur Bakteriologie der Bronchitis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIII, 3-4.)

Kisskalt. Zur pathogenetischen Bedeutung des Bacillus funduliformis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 août.)

Rodella (A.). Répartition des microbes dans l'intestin du nourrisson. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

Schouroupoff (I.). Sur la durée de la présence du bacille pesteux dans le sang des animaux immunisés servant à la préparation du sérum antipesteux. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, XI, 3.)

Stregulina (Anna). Ueber die im Züricher Boden vorkommenden Heubacillen und über deren Beziehungen zu den Erregern der Panophthalmie nach Hackensplitterverletzung. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, LI, 1.) — Bacillus subtilis et panophtalmie.

DÉONTOLOGIE

Caous (P.). De la révélation délictueuse du secret médical en droit français. In-8°, 143 p. Rennes.

Hundeshagen (K.). Einführung in die ärztliche Praxis vom Standpunkte der praktischen Interessen des Aerztestandes, unter eingehender Berücksichtigung der Versicherungsgesetze und der allgemeinen Gesetzgebung. In-8°, 301 p. Stuttgart. — L'exercice de la médecine envisagé au point de vue des intérêts professionnels et conformément aux lois sur les accidents du travail et à la législation.

Peiper (E.). Der Arzt; Einführung in die ärztlichen Berufs- und Standesfragen. In-8°, 254 p. Wiesbaden. — Le médecin et la profession médicale.

Perreau (E.-H.). Essai sur les caractères juridiques de la profession médicale en France. (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet.)

GÉNÉRALITÉS

Eyerich (G.) et **Löwenfeld** (L.). Ueber die Beziehungen des Kopfumfangs zur Körperlänge und zur geistigen Entwicklung. In-8°, 55 p. Wiesbaden. — Rapports du tour de tête avec la taille et le développement intellectuel.

Istel (P.). L'assurance contre la maladie en Allemagne. In-8°, 351 p.

Laurent (E.). Géographie médicale. 2 vol. In-18, 830 p.

Smith (G. E.) et **Looss** (A.). Notes on African pygmies. (*Lancet*, 12 août.)

Suter (F.-A.). Les rebouteurs et les rhabilleurs de Genève et de la Haute-Savoie et leurs victimes. (*Arch. internation. de chir.*, II, 3.)

Vassiliu et **Negruzzi**. Raport stiintific de miscarea bolnavilor, la spitalul comunal Schuller din Ploesti pe anul 1904. In-8°, 38 p. Ploesti.

VARIA

La mortalité par tuberculose chez les veufs ou veuves dont le conjoint est mort tuberculeux.

La plupart des médecins admettent la contagiosité de la tuberculose. Toutefois, les cas de contagion qu'on cite, si nombreux qu'ils soient, ne permettent pas de se faire une opinion sur la fréquence du phénomène. C'est cette insuffisance de nos connaissances que M. le docteur A. Schuckink Kool (de Kollum) s'est efforcé de combler par la méthode statistique, en étudiant la survie des veufs des deux sexes dans un certain nombre de communes. Pour cela, notre confrère, se basant sur les registres de l'état civil, a d'abord recherché tous les veufs ou veuves ayant perdu leur époux par suite de tuberculose des voies aériennes; puis, à l'aide de ces mêmes registres, il a noté tous ceux qui avaient succombé et le genre de mort auquel ils avaient succombé. Il a fait ensuite le même relevé pour les veufs ou veuves ayant perdu leur époux par une maladie autre que la tuberculose. Il a enfin comparé la mortalité de ces deux catégories au point de vue de la tuberculose. Or, voici les résultats de cette enquête, tels qu'ils sont exposés par M. Schuckink Kool dans le numéro du 19 août dernier du *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde :*

Dans le premier groupe, comprenant 175 personnes, on comptait 29 décès dont 8 par tuberculose; dans le second, formé de 195 individus, on trouvait 31 décès, dont 3 seulement par tuberculose. Cependant, les différentes personnes de l'une et l'autre catégorie ayant été suivies pendant un temps variable — de cinq à dix-sept ans —, il convient tout d'abord de ramener les deux séries à des conditions de temps à peu près analogues; de plus, comme la proportion des gens âgés n'est pas la même dans chacune d'elles, il faut comparer la mortalité des deux groupes par périodes d'existence, de dix en dix ans, par exemple. Avec ce classement, les mortalités des deux groupes sont les suivantes : 25 veufs ou veuves dont le conjoint est mort de tuberculose et qui ont eux-mêmes succombé entre vingt et trente ans ne fournissent aucun décès du fait de la tuberculose; 46, morts de trente à quarante ans, en ont eu 7; 40 succombèrent de quarante à cinquante ans avec une mortalité tuberculeuse nulle; sur 48 morts de cinquante à soixante-cinq ans, il y eut un décès par tuberculose; sur 16 ayant succombé de soixante-cinq à quatre-vingts ans, il ne se produisit aucun décès tuberculeux.

Pour les autres veufs on trouva respectivement, pour des nombres correspondants d'individus, les proportions de 0, 0.8, 0.9, 0.8 et 0. Il s'ensuit qu'entre trente et quarante ans, par exemple, les veufs ou veuves de personnes mortes tuberculeuses sont près de 9 fois plus atteints par la tuberculose que ceux qui ont perdu leur conjoint à la suite d'une maladie non tuberculeuse. La forte léthalité des premiers ne tient pourtant pas à ce qu'ils sont de constitution plus faible, car leur mortalité générale n'est guère plus élevée que celle des seconds.

La prédisposition fâcheuse des veufs d'époux tuberculeux peut encore être démontrée d'une autre façon. Si l'on calcule pour chaque période décennale de la vie, en se basant sur les statistiques officielles, la mortalité générale des veufs pour une période d'observation égale à celle que M. Schuckink Kool a étudiée, on voit que la mortalité par tuberculose de *tous* les veufs de trente à quarante ans, par exemple, n'est guère que 1.1 pour 46 individus, alors qu'elle fut de 7 pour 46 veufs de cet âge ayant perdu leur conjoint de tuberculose dans les communes sur lesquelles a porté l'enquête de notre confrère.

En ce qui concerne les autres âges, les chiffres sont trop faibles pour autoriser une conclusion ferme. En tout cas, il est assez significatif qu'à une période de la vie qui correspond sans doute à des veuvages récents, les veufs de personnes mortes tuberculeuses aient une mortalité par phtisie d'au moins 6 à 9 fois plus forte que celle des veufs en général.

REVUE CRITIQUE

Le syndrome myotonique.

Depuis que Thomsen (1), en 1876, a décrit la maladie dont il était atteint, et à laquelle son nom est demeuré attaché, les observations de cette affection se sont multipliées, et, dès 1897, M. Nikonoff (2) en comptait plus de 120. Mais tous les cas ne sont pas superposables et, à côté de la forme typique de la maladie de Thomsen, on a dû considérer des formes frustes et des formes associées. En même temps que les dénominations variaient à l'infini, des théories nombreuses prenaient naissance (théorie myopathique, neuromyopathique, théorie de l'hyperexcitabilité des centres, théorie chimique); toutefois, pour intéressantes qu'elles soient, ces théories n'envisagent, chacune, qu'un des éléments de la question. Il m'a semblé qu'on pouvait appliquer à l'ensemble des faits une théorie générale qui permît de les rapprocher tout en les distinguant. Cette théorie, que j'ai développée dans un autre travail (3), est la théorie *sarcoplasmique*. Je la rappellerai brièvement ici. Me basant sur elle, je donnerai ensuite — et c'est l'objet de cet article — une classification rationnelle des faits de myotonie, rangés en variétés méritant d'être étudiées à part.

I

La théorie sarcoplasmique tire parti de la comparaison entre les caractères fondamentaux du syndrome myotonique et les fonctions du sarcoplasma. Il faut donc analyser successivement les deux termes de cette comparaison.

Dans ce qu'il a d'essentiel, le *syndrome myotonique* se caractérise par des troubles de la contractilité des muscles aux excitations volontaires, mécaniques ou électriques.

M. Erb (4) a donné le nom de *réaction myotonique* aux modifications de l'excitabilité électrique. Les caractères les plus importants de cette réaction sont fournis par les modifications de l'excitabilité des muscles. Avec un courant *faradique* tétanisant appliqué sur les muscles, on obtient une contraction persistante, prolongée au delà de l'excitation, tonique. En outre, sous l'influence des courants soit forts, soit prolongés, il n'y a pas une ligne de tétanos régulière, mais au contraire des mouvements ondulatoires qui se produisent pendant la durée de l'excitation et persistent même lors de la décontraction. Bien plus, d'après M. Huet (5), des courants faradiques à intermittences peu fréquentes provoquent déjà sur le muscle myotonique une tétanisation incomplète, mais seulement au début de l'excitation. Au courant *galvanique*, l'excitabilité est augmentée en quantité : des courants d'un quart, d'un demi, d'un milliampère provoquent des contractions et l'excitation s'étend facilement aux muscles voisins. En outre, fait important, il y a souvent inversion de la formule polaire (secousse de fermeture plus grande au pôle positif qu'au pôle négatif), au moins avec des excitations un peu fortes : la contraction est alors lente, persistante, tonique. Ces caractères disparaissent par la répétition des excitations. Avec des courants suffisamment intenses, les secousses d'ouverture apparaissent surtout au pôle positif et se montrent également toniques et un peu persistantes (Huet). Enfin, les courants stabiles, d'intensité assez élevée, peuvent provoquer dans les muscles, surtout lorsque ceux-ci sont soumis à des examens répétés, et en somme fatigués, des contractions toniques avec oscillations rythmiques, ondulatoires, paraissant aller du pôle négatif au pôle positif.

Au contraire de celle des muscles, l'excitabilité électrique des nerfs est peu modifiée. On arrive, par des courants tétanisants énergiques, à prolonger la contraction. De même, par la répétition fréquente des fermetures du courant galvanique, on obtient la persistance des contractions.

Ajoutons que la période d'excitation latente, pour les courants galvaniques comme pour les courants faradiques, est augmentée : au lieu de 0"01, elle atteint 0"025 ou 0"030 (1).

L'excitabilité *mécanique* des nerfs et des muscles offre des troubles très comparables aux précédents : elle est diminuée pour les nerfs, augmentée pour les muscles. La contraction que provoque une percussion, même légère, est tonique, persistante, limitée au faisceau percuté. Par une percussion plus énergique, le muscle entre en contraction et dessine sous la peau des saillies à consistance dure. La contraction se prolonge un temps très appréciable. Pendant la durée de la décontraction, il peut se produire des mouvements ondulatoires (2).

Quant aux troubles de la contractilité volontaire, ils sont superposables à ceux que déterminent les courants tétanisants. Tout mouvement volontaire est, en effet, un tétanos.

A côté de ces caractères fondamentaux du syndrome myotonique, mettons maintenant en parallèle les propriétés du sarcoplasma, telles qu'elles résultent des travaux si importants de M. Bottazzi (3) et de Mlle Ioteyko (4).

Rappelons que le muscle strié est constitué par deux substances : l'une, fibrillaire, biréfringente, anisotrope, et l'autre non différenciée, le *sarcoplasma*. M. Bottazzi a montré que le sarcoplasma est doué de propriétés contractiles, que Mlle Ioteyko a étudiées par l'intermédiaire des poisons et des courants électriques. Or, voici les caractères de ce sarcoplasma. Il réagit à une durée d'excitation prolongée. Les contractions obtenues sont lentes, allongées, toniques. Le courant tétanisant produit une contraction tonique prolongée. Au courant galvanique, les réactions apparaissent davantage à la fermeture du pôle positif. Lorsque l'excitabilité du sarcoplasma se trouve exaltée, une simple excitation suffit pour faire apparaître la réaction sarcoplasmique. Par contre, les excitations répétées font disparaître les effets de l'exaltation sarcoplasmique due à la vératrine, par exemple. Les muscles en état de contraction, quand ils ont subi déjà des excitations électriques, manifestent des contractions isolées à oscillations lentes, qui peuvent persister un certain temps après la cessation de l'excitation.

De la comparaison que je viens d'établir, il résulte que les propriétés du sarcoplasma se superposent trait pour trait aux caractères de la maladie de Thomsen, et, dans les cas de cette affection où l'examen histologique révèle l'hypergenèse du sarcoplasma, on peut admettre que les symptômes myotoniques en découlent directement.

Mais tout syndrome myotonique ne s'accompagne pas de lésion musculaire. Force est donc, pour expliquer les faits de ce genre, de faire intervenir d'autres notions.

Mlle Ioteyko a montré que sous l'influence de certains poisons — vératrine employée à dose convenable, ammoniaque, sels de soude et de potasse — l'excitabilité sarcoplasmique est considérablement augmentée. Dans la vératrinisation du muscle, la fibre musculaire se trouve en imminence de contraction. Une influence légère suffit alors pour provoquer une contraction tonique. D'autre part, un petit nombre d'excitations rythmées produisent l'épuisement du spasme. Il survient enfin des contractions spontanées. On retrouve donc là encore les caractères de la réaction myotonique.

Il est à noter, en outre, que les poisons autogènes, poisons physiologiques, sont susceptibles également de donner lieu à un hyperfonctionnement sarcoplasmique. Le fait a été démontré par Mlle Ioteyko pour l'adrénaline, les extraits de glande thyroïde, d'hypophyse, de testicule et d'ovaire. Ces substances sont de véritables *sensibilisatrices*, dont le rôle physiologique est d'augmenter la réceptivité du muscle au stimulus nerveux. Ce sont encore les poisons physiologiques qui agissent pour déterminer la contracture de fatigue. Ils interviennent de même dans la *contracture de Tiegel* (1), nom donné à la contracture qui se produit chez les grenouilles après l'hibernation, comme nous aurons à le dire plus loin, et que Schiff (2) attribue à l'accumulation des produits de désassimilation musculaire.

On voit que, en somme, le syndrome myotonique peut dépendre d'un hyperfonctionnement sarcoplasmique lié à l'action de poisons formés normalement ou accidentellement dans l'organisme.

La théorie devient plus compréhensive si l'on admet que la fonction de tonicité, et, en particulier, le tonus chimique, est réglée par un appareil que nécessitent, d'ailleurs, les excitations minimales mais continues qui entretiennent le tonus musculaire. Et l'on peut supposer que cet appareil lui-même, s'il est atteint d'une lésion excitatrice, déterminera une réaction myotonique. Bien des observations peuvent s'expliquer de cette façon, et leur étude contribuera à fixer les voies et les centres de cet appareil : le sarcoplasma représente la partie toute terminale de la voie centrifuge; j'ai développé ailleurs les raisons qui me font considérer l'appareil cérébelleux comme un des centres de ce système.

En résumé, j'admets que le syndrome myotonique est *fonction* soit d'une hypergenèse sarcoplasmique, soit d'une exaltation sarcoplasmique liée elle-même ou bien à l'action de poisons, ou bien à celle du système nerveux.

C'est en me fondant sur cette théorie que j'opposerai à la maladie de Thomsen congénitale avec hypertrophie musculaire la myotonie acquise, celle-ci elle-même étant soit toxique, soit liée à une lésion nerveuse (3).

(1) J. Thomsen. Tonische Krämpfe in willkürlich beweglichen Muskeln in Folge von ererbter psychischer Disposition (Ataxia muscularis?). (*Arch. f. Psychiatrie*, 1876, VI, p. 706.)

(2) Nikonoff. Contribution à l'étude de la maladie de Thomsen. (*Thèse de Paris*, 1897.)

(3) Léopold Lévi. Maladie de Thomsen et sarcoplasma. (*Rev. neurol.*, 15 août 1905.)

(4) W. Erb. Die Thomsen'sche Krankheit (Myotonia congenita). Leipzig, 1886.

(5) E. Huet. Contribution à l'étude de l'excitabilité électrique des muscles dans la maladie de Thomsen; de la réaction myotonique. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév., mars-avril, mai-juin et juillet-août 1892, p. 1, 92, 169 et 229.)

(1) L. Blumenau. Les réactions électriques des muscles dans la maladie de Thomsen. (*Soc. de psychiatrie de Saint-Pétersbourg*, séance de septembre 1888, *in Neurol. Centr.-Bl.*, 15 déc. 1888, p. 679.)

(2) F. Déléage. Etude clinique sur la maladie de Thomsen (myotonie congénitale). (*Thèse de Paris*, 1890.)

(3) Bottazzi et Fano. Article « Cœur » *in* « Dictionnaire de physiologie » de Ch. Richet.

(4) Joséphine Ioteyko. Etudes sur la contraction tonique du muscle strié et ses excitants. (Rapport de M. E. Masoin.) (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, séance du 31 janv. 1903.)

(1) E. Tiegel. Ueber Muskelcontractur im Gegensatz zu Contraction. (*Arch. f. die gesamte Physiol.*, 1876, XIII, p. 71-83.)

(2) Recueil des mémoires physiologiques de Maurice Schiff. T. II, p. 119-123. Lausanne, 1894.

Voir aussi l'article « Electrotonus » du « Dictionnaire de physiologie » de Ch. Richet.

(3) J'ajoute que déjà MM. Mingazzini et Perusini (*Riv. di patol. nervosa e mentale*, avril 1904), s'appuyant sur la symptomatologie et l'étiologie, ont tenté un groupement des cas de maladie de Thomsen : ils reconnaissent un *syndrome myotonique*, et séparent de la myotonie congénitale la myotonie acquise et les états voisins.

Avant eux, M. A. Borgherini (*Gazz. degli Osped.*, 26 août 1900) avait parlé des *états myotoniques*.

II

Maladie de Thomsen. — La maladie de Thomsen est la plus fréquente des myotonies. Même celles qui s'en distinguent, s'en rapprochent au moins par certains caractères fondamentaux. C'est elle qui représente le plus grand nombre des cas publiés. Son histoire clinique a été bien fixée dès le mémoire de Thomsen.

Renvoyant à l'article classique de M. Pierre Marie (1) et à la thèse de M. Déléage pour sa description détaillée, nous n'insisterons ici que sur quelques points essentiels.

La maladie de Thomsen *légitime* se caractérise par : l'hérédité, la congénitalité, l'hypertrophie musculaire, les troubles de la contractilité volontaire, la réaction myotonique.

Quand tous ces symptômes sont associés, que l'affection a débuté dans le jeune âge, que plusieurs membres de la même famille sont frappés, et que, en outre, on trouve à l'examen histologique les lésions musculaires décrites par M. Erb, la forme est *complète*.

Dans ces conditions, il est habituel que la maladie soit plus ou moins généralisée.

Malgré la divergence des opinions, la pathogénie de ces cas s'éclaire de la connaissance des fonctions du sarcoplasma.

Il s'agit d'un trouble du développement qui laisse la fibre musculaire à l'état de moindre différenciation, d'où l'ensemble de la symptomatologie, et l'on conçoit pourquoi les symptômes sont, dans une certaine mesure, liés les uns aux autres.

Mais la maladie de Thomsen peut être légitime sans être complète dans tous ses caractères. La clinique offre des variantes même dans les cas typiques. Le défaut de développement peut ne porter que sur quelques groupes musculaires, le trouble sarcoplasmique ne pas dépasser un degré léger : il se constitue ainsi des formes frustes, quoique légitimes. En outre, certains caractères peuvent se développer et être transmis héréditairement sans dépendre de la maladie elle-même. Enfin le trouble musculaire ne met pas à l'abri d'autres affections, y compris celles du système nerveux. On comprend que, dans ces formes *frustes* ou *accompagnées*, la question se pose de reconnaître une maladie de Thomsen légitime.

Il faut donc rechercher parmi les éléments essentiels de l'affection ceux qui ont le plus de valeur.

L'*hérédité*, pour grande que soit son importance, peut manquer ou ne pas être diagnostiquée, d'autant qu'une maladie de Thomsen fruste peut par transmission devenir complète. Dans le cas de M. Friis (2), par exemple, un homme fut reconnu thomsénien à trente-neuf ans; ses deux fils furent atteints du mal et le syndrome se manifesta chez le second à l'âge d'un an.

La *congénitalité* est quelquefois difficile à affirmer. S'il est vrai que dans les deux tiers des cas l'affection apparaît dès la première enfance, les troubles parfois très légers peuvent n'avoir laissé aucune trace dans l'esprit du malade ou de son entourage. Souvent, c'est pendant le service militaire que l'affection est reconnue. Parfois même, il s'agit alors de formes frustes, c'est à propos d'un examen complet, comme chez le malade de M. Raymond (dont l'observation est relatée dans la thèse déjà citée de M. Déléage), venu consulter pour une affection atrophique du membre inférieur gauche, que la myotonie est diagnostiquée.

(1) Pierre Marie. Article « Maladie de Thomsen » *in* « Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales » de Dechambre. — Contribution à l'histoire de la maladie de Thomsen (spasme musculaire au début des mouvements volontaires). (*Rev. de méd.*, déc. 1883, p. 1064.)

(2) A. Friis. Zur Kenntnis der Thomsen'schen Krankheit (Myotonia congenita). (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 janv. 1892.)

L'*hypertrophie musculaire*, quand elle existe, attire l'attention : les sujets ont un aspect athlétique, herculéen. Elle s'accompagne de consistance dure, parfois marmoréenne des muscles, surtout pendant la contraction. Fait important : la force musculaire n'est pas en rapport avec l'hypermégalie, il y a plutôt parésie. Cette hypertrophie parétique traduit l'hypergenèse du sarcoplasma dont la maladie est fonction, et rapproche la myotonie congénitale (myopathie parenchymateuse) des myopathies interstitielles. Mais l'hypertrophie n'est pas toujours généralisée; elle peut d'ailleurs être légère et ne pas attirer l'attention; elle manque même à l'occasion dans les formes les plus légitimes, comme dans la famille de Thomsen. C'est donc un signe utile, mais non indispensable, d'autant que parfois il y a non hypertrophie mais atrophie musculaire.

Les *troubles de la contractilité volontaire*, portant sur la contraction ou plutôt sur la décontraction, constituent un des symptômes principaux de la maladie. Mais comme il s'agit de phénomènes qui, à la rigueur, peuvent être simulés, ils n'acquièrent pas tout d'abord une valeur absolue. C'est ainsi que les soldats atteints de cette affection sont souvent considérés comme simulateurs; il en fut ainsi, par exemple, dans les cas de Peters (1), Weichmann (2), Renner (3), Déléage, etc. La confusion est d'autant plus facile que le spasme n'est pas permanent et qu'il est d'autre part accentué par les émotions. Aussi y a-t-il lieu d'avoir recours, lorsqu'on soupçonne la maladie, à l'examen électrique. A côté de la forme commune, qui comporte toujours ces troubles de contractilité volontaire, il existe d'ailleurs des formes à proprement parler *latentes*, dans lesquelles ils font défaut, et c'est alors d'après les seuls phénomènes électriques qu'on peut admettre la myotonie.

La *réaction myotonique d'Erb* représente un symptôme de toute première valeur, car c'est un signe objectif qui ne saurait être simulé. C'est cette réaction qui permet d'affirmer la maladie de Thomsen et qui a fait reconnaître une forme latente de cette affection. Mais quelle en est la signification? Elle est vraiment pathognomonique, puisqu'elle est la traduction de la fonction du sarcoplasma, exagérée par hyperproduction dans la maladie de Thomsen « à lésion », telle que nous la considérons. Admettre que la maladie de Thomsen légitime est liée à l'hyperactivité sarcoplasmique par lésion congénitale, admettre que la réaction myotonique est pathognomonique, c'est formuler deux propositions qui ont la même valeur. Aussi, dans un cas comme celui de M. Stein (4) — cas du reste unique —, où la réaction myotonique s'accompagnait plutôt de faiblesse que de spasme, peut-on supposer une association morbide.

M. Huet a recherché cette réaction dans les diverses myopathies primitives, les myopathies secondaires, les névrites périphériques avec réaction de dégénérescence, l'ataxie locomotrice, l'ataxie de Friedreich. Il ne l'a jamais rencontrée.

Autre question. Existe-t-elle dans tous les cas de maladie de Thomsen? Son absence a été signalée, mais il est nécessaire parfois de la rechercher avec grand soin, d'explorer les divers groupes musculaires. En général, si, en présence du tableau de la maladie de Thomsen, la réaction myotonique manque ou est modifiée,

(1) Peters. Ueber Muskelsteifigkeit (tonische Krämpfe in willkürlich bewegten Muskeln). (*Deutsche milit.-ärztl. Zeitsch.*, 1879, VIII, p. 101.)

(2) W. Weichmann. Ueber Myotonia intermittens congenita. (*Thèse de Breslau*, 1883.)

(3) Renner. Zwei Fälle von Thomsen'scher Krankheit (Myotonia congenita). (*Festschrift zur Feier des fünfzigjährigen Bestehens des Vereins pfälzischer Aerzte.* Analysé *in Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév. 1890, p. 85.)

(4) C. Stein. Eine aussergewöhnliche Form von Bewegungsstörung mit myotonischer Reaktion. (*Wien. klin. Rundschau*, 7, 14 et 21 fév. 1897.)

cette constatation doit mettre en garde et faire penser à une autre variété de myotonie.

Reste l'*examen histologique* des muscles, qui confirme encore le diagnostic lorsque les lésions d'Erb sont constatées; celles-ci consistent dans l'augmentation de volume du protoplasma non différencié, avec prolifération des noyaux. L'investigation doit porter sur les muscles les plus malades, car il peut se faire, comme dans le cas de M. Gaupp (1), qu'à côté de muscles lésés il s'en trouve d'autres qui, bien qu'atteints fonctionnellement, ne présentent pas de lésions.

Quelle valeur ont ces altérations musculaires? Elles manquent dans certains cas bien observés, même depuis que M. Erb a attiré l'attention sur ce point ; il en est ainsi, par exemple, dans l'observation de MM. Mingazzini et Perusini. On n'a peut-être pas affaire alors à la maladie de Thomsen légitime, lors même que le cas comporte l'hérédité, la congénitalité. Il peut s'agir, en effet, d'une forme de passage entre la myotonie et la paramyotonie.

La question se pose néanmoins de savoir si le trouble fonctionnel n'a pas précédé la lésion, conformément au cas de M. Gaupp, déjà cité. La myotonie est alors incomplète, il y a exaltation du pouvoir sarcoplasmique dont nous allons trouver des exemples à propos de la myotonie toxique.

Les *troubles psychiques* ont été notés par certains auteurs; ils étaient fréquents dans la famille de Thomsen, d'où sa théorie psychopathique. Sans la discuter, je rappelle que M. Nearonov (2) lui a objecté la persistance du syndrome myotonique pendant la chloroformisation, ce qui élimine une affection purement psychique. Ces troubles sont loin, d'ailleurs, de toujours exister. Ils ne représentent qu'un phénomène contingent, d'association morbide, qui ajoute simplement une note personnelle à la symptomatologie.

Tel autre signe, tel que la *trépidation épileptoïde* signalée par M. Lannois (3), est un trouble associé. Nous y reviendrons ultérieurement.

Somme toute, la maladie de Thomsen légitime se caractérise par un ensemble de symptômes de valeur inégale, qui se trouvent groupés dans les formes complètes. La réaction myotonique suffit à caractériser les formes frustes. Les lésions d'Erb confirment, quand elles se rencontrent, la nature myopathique de l'affection.

III

Myotonie acquise. — En opposition avec la maladie de Thomsen, on peut décrire la *myotonie acquise*. C'est M. Talma (4), puis M. Fürstner (5), qui introduisirent ce type morbide dans la science. MM. Mingazzini et Perusini, s'appuyant sur les travaux de leurs devanciers, ont nettement séparé cette forme d'avec la maladie de Thomsen.

Les caractères différentiels de la myotonie acquise sont : l'absence d'hérédité, le début tardif, le manque d'hypertrophie musculaire, la limitation des troubles musculaires, l'existence de causes efficientes, l'influence, sur les manifestations de la maladie, de certains agents extérieurs tels que le chaud et le froid, enfin la curabilité.

(1) Gaupp. Ein Fall von partieller Myotonia congenita. (*Centr.-Bl. f. Nervenheilk.*, 1900, XXII, p. 65.)

(2) V. N. Nearonov. Trois cas de maladie de Thomsen. (*Société de psychiatrie de Saint-Pétersbourg*, séance de février 1889, *in Neurol. Centr.-Bl.*, 15 avril 1889, p. 239.)

(3) Lannois. Maladie de Thomsen. (*Soc. des scienc. méd. de Lyon*, séance de mars 1897, *in Lyon méd.*, 28 mars 1897, p. 452.)

(4) S. Talma. Ueber Myotonia acquisita. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, 1892, II, 2-3, p. 210.)

(5) Fürstner. Ueber einige seltenere Veränderungen im Muskelapparat : Myotonia acquisita. (*Arch. f. Psychiatrie*, 1895, XXVII, 2, p. 600.)

La myotonie se caractérise seulement, dans les cas acquis, par les troubles de contractilité volontaire et par la réaction myotonique qui existe, mais modifiée.

Le groupe de la myotonie acquise que M. Talma avait fondé sur 5 observations, auxquelles M. Fürstner ajouta un fait personnel, peut s'augmenter de toute une série de cas publiés ou non sous la dénomination de maladie de Thomsen, et qu'il est bon, à mon avis, de grouper en deux formes : syndrome myotonique acquis d'origine toxique; syndrome myotonique acquis par lésion du système nerveux.

A. *Syndrome myotonique acquis d'origine toxique* (1). — L'origine toxique de la myotonie apparaît dans l'observation de M. Schultze (2). Il s'agit d'une jeune femme de vingt-six ans, atteinte d'une vaste dilatation de l'estomac, et qui fut prise à la fois de phénomènes de tétanie avec signe de Trousseau et de troubles myotoniques. La contraction musculaire se prolongeait jusqu'à quatre-vingts secondes. Il n'y avait dans ce cas ni hérédité, ni congénitalité. L'auteur rappelle que Kussmaul avait déjà rapporté des cas de tétanie avec myotonie.

Sans entrer dans des considérations qui seraient ici hors de propos, sur l'origine des poisons qui actionnent le système nerveux dans la tétanie, on peut admettre avec MM. Bouveret et Devic (3), Fleiner (4), Marinesco (5), que ce syndrome est d'ordre toxique et même autotoxique. La myotonie reconnaît alors la même origine.

Le cas de M. Bettmann (6) est à rapprocher de celui de M. Schultze. Il concerne un sujet de vingt-neuf ans, ayant une paralysie isolée des muscles sus et sous-épineux (par anomalie congénitale ou névrite) et qui fut atteint lui aussi, à la suite d'une affection de l'estomac, à la fois de myotonie et de tétanie. La réaction myotonique existait chez ce malade. Le même auteur signale brièvement un fait de Hoffmann, qui vit une myotonie se développer après l'extirpation du corps thyroïde.

Les observations publiées par M. Talma se rapportent toutes à des hommes dont l'âge varie entre dix-huit et trente-neuf ans. La myotonie est donc survenue relativement tard chez eux. On relève, dans chaque cas, une ou plusieurs causes morbides qui, par un processus toxique ou toxi-infectieux, ont pu déterminer le syndrome myotonique : l'hépatite parenchymateuse se trouve signalée deux fois; le syndrome fut, dans un cas, précédé d'une forte diarrhée; il survint, dans une autre observation, un mois après une atteinte d'influenza. Au point de vue clinique, on note la prolongation de la contraction musculaire à la suite de l'excitation volontaire, et l'augmentation de l'excitabilité mécanique et électrique du muscle. Tous les autres caractères observés diffèrent de ceux de la maladie de Thomsen.

A propos de ces faits, une seule question, d'ordre doctrinal, se pose : Y a-t-il vraiment myotonie acquise, ou ne s'agit-il pas plutôt de la mise en éveil, par une cause accessoire, d'une prédisposition myotonique restée latente?

Le cas de MM. Martius et Hansemann (1), dans lequel la myotonie intermittente survenait toujours à la suite d'une cause précise, mérite d'être rapproché des précédents, et jette peut-être quelque clarté sur l'interprétation de certains faits :

Un homme de vingt et un ans était pris, exclusivement sous l'influence du froid — non seulement pendant l'hiver, mais en été même, après un bain froid —, de troubles myotoniques dans les mouvements volontaires, et de réaction myotonique typique. Les périodes libres étaient susceptibles de se prolonger plusieurs mois, et le sujet ne ressentait alors aucun trouble. Mais, dès que la cause occasionnelle réapparaissait, les phénomènes se manifestaient dans les muscles des avant-bras, des mains, de la face, moins dans les membres inférieurs. L'affection était familiale. L'examen d'un fragment du muscle extenseur des doigts fit reconnaître un élargissement considérable des faisceaux musculaires, qui avaient des contours irréguliers.

Ce fait est intéressant, car il met en lumière l'influence des causes occasionnelles, pour faire apparaître des symptômes en puissance. Le caractère familial indique la prédisposition qui cependant est, dans ce cas, insuffisante à elle seule : la réaction myotonique n'apparaissait qu'avec le trouble myotonique. Quant aux lésions, elles étaient vraisemblablement consécutives à la perturbation fonctionnelle, mais ne suffisaient pas pour produire le symptôme. Il fallait une cause d'ailleurs univoque, le froid. Signalons en passant que le froid joue de même un rôle actif dans une autre maladie musculaire : l'hémoglobinurie paroxystique.

Dans d'autres circonstances, on voit intervenir les émotions, la fatigue, l'action de toxiques. Le chloroforme non seulement ne fait pas disparaître le spasme myotonique (Nearonov), mais augmente parfois l'hyperexcitabilité (Dotchevsky).

Il y a lieu de rapprocher la myotonie intermittente de la contracture de Tiegel, que Schiff dénommait « la maladie de Thomsen des grenouilles ». Après l'hibernation, les muscles des grenouilles sont en instance de contracture, et la moindre excitation la met en évidence. Il ne s'agit pas là uniquement de l'influence du froid, car M[lle] Ioteyko a pu observer le même phénomène sur des grenouilles d'hiver conservées pendant l'été. Aussi admet-elle plutôt l'action, sur les muscles, de poisons provenant de la désassimilation musculaire. Il résulte toutefois d'expériences pratiquées sur le cœur de la tortue que le froid, entre 11° et 0°, agit en produisant une augmentation du tonus, qui est accompagnée d'un affaiblissement parallèle des contractions rythmiques ou fondamentales du cœur, et que M. Bottazzi attribue à une augmentation de l'irritabilité du sarcoplasma sous l'influence du froid.

L'intermittence, mise en évidence dans certaines formes, représente, il faut bien le dire, un des caractères habituels des spasmes myotoniques, puisqu'ils disparaissent après les excitations répétées ou une succession de mouvements.

Ceci montre que le muscle du thomsénien diffère, somme toute, de la fibre lisse, et se rapproche du muscle vératrinisé. Après la fusée sarcoplasmique, le sarcoplasma demande à se refaire.

Autre rapprochement : la *paramyotonie* d'Eulenburg (1), qui est héréditaire, congénitale, familiale, se traduit elle aussi par une rigidité transitoire des muscles sous l'influence du froid. Mais ce sont surtout les orbiculaires des paupières et des lèvres et les muscles des membres qui sont atteints. Les spasmes sont suivis de parésie ou de paralysie qui peuvent durer plusieurs heures. Au point de vue électrique, on note une tendance à la persistance des contractions, avec des courants continus faibles, à la fermeture du pôle négatif aussi bien que du pôle positif : c'est ce que M. Huet (2) appelle avec Remak la réaction myotonique incomplète.

Il y a donc entre la myotonie et la paramyotonie des points de contact et de distinction. Remarque intéressante : M. Delprat (3) a observé 50 membres d'une même famille, répartis en quatre générations, qui étaient atteints de paramyotonie; or, 3 de ces personnes présentaient la myotonie avec réaction myotonique complète. M. Hlawacek (4) et M. von Sölder (5) ont noté, de leur côté, l'association de paramyotonie et de myotonie.

De la réunion de ces divers faits, il résulte finalement que la myotonie peut être exclusivement d'ordre toxique, comme chez la grenouille. Il n'en est pas moins vrai qu'une série d'intermédiaires rattachent la myotonie toxique à la maladie de Thomsen, en passant par la myotonie intermittente et la paramyotonie.

B. *Syndrome myotonique acquis par lésion du système nerveux.* — Le syndrome myotonique par lésion du système nerveux correspond aux cas où une lésion excitatrice siégeant sur une partie quelconque de l'appareil du tonus exagère l'activité du sarcoplasma.

C'est là un chapitre qu'il importe d'ouvrir, et l'intérêt de grouper les faits qui répondent à cette interprétation est multiple. Il s'agit, comme on le verra, d'une symptomatologie qui diffère de celle de la maladie de Thomsen. Elle est plus effacée en ce qui concerne le syndrome myotonique à proprement parler, plus complexe d'autre part, car des symptômes nouveaux s'ajoutent à la myotonie. A un autre point de vue, ces observations peuvent fournir une contribution à l'étude anatomique et physiologique de l'appareil du tonus musculaire.

Il ne faut pas se dissimuler, toutefois, que les cas actuels ne sont pas encore nombreux et que les autopsies manquent en général; et ne pas oublier la nécessité qu'il y a, dans l'interprétation des faits, de tenir compte des associations morbides. La maladie de Thomsen, souvent fruste, peut n'être, en effet, révélée que tardivement par la réaction myotonique d'Erb, lors d'un examen complet d'un sujet atteint d'une affection nerveuse toute différente, et l'on doit se garder de les rattacher l'une à l'autre.

L'appareil du tonus — à l'instar des autres appareils nerveux — comporte des voies afférentes, des centres et des voies efférentes. C'est aux deux extrêmes, à la périphérie et aux centres supérieurs, qu'on trouve au maximum la différenciation des systèmes, comme la dissociation des fonctions.

Le *sarcoplasma*, qui représente, si l'on veut, la partie tout à fait terminale de la voie centrifuge de l'appareil du tonus, a des attributs fonctionnels tout à fait distincts. On comprend que

(1) Nous ne parlons pas ici de la *myotonie des nourrissons* de Hochsinger. A l'état normal, il existe chez le nouveau-né et le nourrisson une hypertonie permanente de la musculature des extrémités, qui ne disparaît que quatre ou cinq mois après la naissance. Sous l'influence de désordres morbides plus ou moins graves (affections gastro-intestinales, maladies toxi-infectieuses, syphilis congénitale, dermatoses), il se produit des types de contracture myotonique qui ne sont que l'exagération de l'hypertonie physiologique; M. Saint-Ange Roger (*Thèse de Paris*, 1902) range ces cas dans la tétanie infantile.

(2) Schultze. Myotonie bei Magenectasie. (*XXII. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden*, 1897, *in Neurol. Centr.-Bl.*, 1[er] juillet 1897, p. 612.)

(3) L. Bouveret et E. Devic. Recherches cliniques et expérimentales sur la tétanie d'origine gastrique. (*Rev. de méd.*, janv. et fév. 1892.)

(4) W. Fleiner. Ueber Tetanie gastrischen und intestinalen Ursprungs. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 et 17 mars 1903.)

(5) Marinesco. Tétanie d'origine parathyroïdienne. (*Semaine Médicale*, 1905, p. 289-291.) — L'auteur incrimine dans la tétanie des femmes enceintes le malfonctionnement des glandes parathyroïdes. Il est intéressant de rappeler à ce propos que M[lle] Ioteyko a exalté la fonction sarcoplasmique en utilisant le corps thyroïde.

(6) S. Bettmann. Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit mit Tetanie und einseitigem Fehlen der M. supra- und infraspinatus. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, 1897, IX, 5-6.)

(1) Martius et Hansemann. Ein Fall von Myotonia congenita intermittens. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1889, CXVII, p. 587.)

(1) A. Eulenburg. Ueber eine familiäre, durch 6 Generationen verfolgbare Form congenitaler Paramyotonie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 juin 1886, p. 265.)

(2) Huet. Article « Electro-diagnostic » *in* « Manuel de diagnostic médical » de Debove et Achard. T. II, p. 507. Paris, 1900.

(3) C. Delprat. Thomsen'sche Krankheit in einer paramyotonischen Familie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 fév. 1892.)

(4) Hlawacek. Ein Fall von Myotonia congenita combiniert mit Paramyotonie. (*Jahrbücher f. Psychiatrie u. Neurol.*, 1895, XIV.)

(5) F. von Sölder. Zur Kenntnis der Paramyotonia congenita (Eulenburg). (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 et 14 fév. 1895.)

la maladie de Thomsen, liée à la lésion du sarcoplasma, se manifeste sous une forme morbide à la fois complète et pure. L'association possible d'atrophie musculaire à la myotonie congénitale, que nous détaillerons plus loin, prouve seulement qu'il peut y avoir des variantes dans la maladie la plus systématisée.

Dès qu'on dépasse le muscle, on se trouve en présence d'organes dont les fonctions sont moins individualisées. On ne connait bien ni la physiologie, ni la pathologie de la *plaque motrice*. Son histologie, étudiée récemment par M. Odier (1) chez les salmonides, montre qu'elle constitue déjà une sorte de centre périphérique, comparable aux cellules ganglionnaires de la moelle, et où aboutiraient les véritables filets nerveux terminaux. Elle centralise peut-être déjà des actions variées. MM. Babes et Marinesco (2) ont incriminé l'altération et l'hypertrophie des plaques nerveuses terminales dans la maladie de Thomsen, il y aurait à rechercher et à préciser cette lésion.

Le *nerf* réunit toute une série de conducteurs, qui, s'ils ne sont pas confondus les uns avec les autres, sont au moins très rapprochés. Les filets de sensibilité, de motricité, de trophicité, de vasomotricité voisinent côte à côte dans un nerf mixte. Même le nerf musculaire groupe peut-être des branches à fonctions diverses. Mais on ne saurait méconnaître que, dans les expressions musculaires pathologiques, la réaction anatomique propre du muscle a, sans doute, une importance prédominante. Le nerf facial, lorsqu'il est irrité, donne lieu au spasme; à la suite d'une paralysie grave, qui s'accompagne d'altération du muscle strié, apparaît, par un mécanisme musculaire, la contracture, qui n'est qu'un spasme tonique sur lequel viennent parfois se greffer des convulsions (spasme clonique).

Connaît-on des cas de myotonie limitée à un domaine névritique? Dans les faits de myotonie où les muscles qui font partie du domaine périphérique du facial présentent la réaction myotonique, l'hypertonie reconnaît une lésion siégeant au-dessus du nerf; on trouve, en effet, en même temps, la myotonie des masticateurs. De même, dans le cas de MM. Duse et Astolfoni (3), il y avait à la fois myotonie dans le trapèze, le sterno-mastoïdien, les muscles de l'épaule, les constricteurs du pharynx, les muscles extrinsèques et intrinsèques du larynx. Il était impossible d'admettre une localisation névritique.

Il y a lieu de noter, toutefois, dans les névrites, les crampes qui représentent, somme toute, des phénomènes d'hypertonie musculaire. M. Babinski (4), en faisant passer, chez des sujets atteints de névrite, un courant voltafaradique parfois très faible à travers certains muscles, particulièrement les jumeaux, a provoqué une crampe persistant pendant vingt, trente secondes ou plus longtemps encore, après que l'électrisation est suspendue.

Le même auteur relate l'observation d'un étudiant en médecine qui, atteint de paralysie diphtérique, était pris, par accès, de rigidité musculaire se prolongeant plusieurs heures.

Au niveau des *centres médullaires*, l'appareil du tonus trouve des relais subalternes.

La moelle fournit le tonus des régions segmentaires du corps. Le tonus musculaire peut être considéré comme un phénomène réflexe. La racine postérieure en représente la voie centripète, la cellule des cornes antérieures en est le centre, la racine antérieure est la partie initiale de la voie centrifuge.

En réalité, si l'on a envisagé cet appareil en ce qui concerne la contracture, la question n'a pas été nettement posée pour le syndrome myotonique. Et cependant l'on admet, aussi bien dans le tétanos que dans la tétanie et l'intoxication par la strychnine, que les spasmes sont liés à la participation — quelle qu'en soit la cause — des cellules des cornes antérieures. Et, pour ce qui est de la strychnine, Vulpian a montré que son action s'exerce, d'une façon élective, sur les fibres sensitives, voies centripètes des arcs réflexes musculaires.

La fonction du sarcoplasma est-elle vraiment régie au niveau de la moelle par les cellules des cornes antérieures? Il est impossible de l'affirmer.

En faveur de la localisation médullaire du syndrome myotonique, on peut citer un fait de M. Rybalkine (1), concernant une syringomyélie avec myotonie de certains muscles. Pour ma part, j'ai observé avec M. Viteman un homme atteint d'une affection spasmodique de la moelle (trépidation épileptoïde bilatérale) avec parésie des muscles de la main, perte du sens musculaire et troubles de la sensibilité à la chaleur dans la paume de la main; en somme, il s'agit d'une affection diffuse, peut-être de syringomyélie; or, ce malade était pris par crises, lors du repos, de phénomènes spasmodiques raidissant surtout les membres inférieurs et parfois tout le corps, comme dans un paroxysme de tétanos; les quadriceps étaient en outre agités de secousses cloniques en masse, survenant pendant le repos.

Signalons encore les cas d'association de myotonie et d'atrophie musculaire, qui seront discutés ultérieurement.

Quant à la myotonie observée en même temps que le tabes, on ne peut voir là qu'une coïncidence, car le tabes est une maladie fréquente, et la lésion des racines postérieures occasionne plutôt l'hypotonie musculaire.

Un cas de M. Erb a trait à l'association d'une maladie de Thomsen remontant à l'enfance avec une sclérose en plaques.

Plus que la moelle, le *bulbe* a été incriminé comme localisation possible de la myotonie.

C'est la conclusion de M. Rybalkine à propos d'un cas très particulier. Son malade fut pris à trente ans de ses premières attaques d'épilepsie. Il était en même temps atteint d'asthme myotonique, se manifestant à des intervalles de un à cinq jours par des accès respiratoires qui duraient de six à douze heures. Le cœur battait à 140 pendant les crises. Parallèlement survenait de la rigidité spasmodique au début des mouvements volontaires, limitée surtout aux membres, aux muscles de la déglutition et des paupières. La réaction électrique était caractéristique. Les grands droits de l'abdomen et les muscles respiratoires étaient hypertrophiés.

Engel (2) a fait intervenir un trouble circulatoire de la *protubérance* pour interpréter le cas qu'il observa, chez un homme de vingt-quatre ans atteint depuis dix-sept ans de la névrose d'angoisse.

D'une façon théorique, M. Brissaud (3) a localisé le centre du tonus au niveau du *locus niger*. Il y aurait alors, dans cette hypothèse, un relais important en cette région.

J'ai pour ma part noté des phénomènes de myoclonotonie chez 3 malades atteints d'ictus vertigineux. C'est un point que j'étudierai dans un autre travail.

Au delà du *pédoncule*, les voies du tonus restent tout à fait indéterminées. Voyons les observations qu'on peut utiliser à cet égard.

Le cas de M. Wertheim Salomonson (1) est fort intéressant : un sujet de vingt ans, sans hérédité, présentait depuis la plus tendre enfance des spasmes survenant par accès plusieurs fois par jour, se prolongeant de trois quarts d'heure à une heure et intéressant tous les muscles de la moitié gauche du corps, y compris la face, les muscles de la mastication et de la déglutition. Le malade offrait en même temps un développement moindre de la moitié gauche du corps avec exagération de la réflectivité profonde de ce côté.

De quoi s'agit-il? L'auteur conclut à une hémiplégie spasmodique infantile. Quant aux spasmes, ils représentent une myotonie, que justifient d'ailleurs le développement hypertrophique du quadriceps gauche, et la réaction myotonique. Y a-t-il simple coïncidence? L'unilatéralité de la myotonie concordant avec l'hémiatrophie indique plutôt que les deux syndromes sont dus à une lésion commune. Il faut remarquer, néanmoins, que la myotonie se retrouve dans la cuisse du côté opposé. Mais l'on sait que dans une hémiplégie unilatérale, le réflexe rotulien du côté opposé peut être exagéré. D'autre part, dans un cas personnel de myotonie à prédominance unilatérale droite, j'ai observé des troubles myotoniques très marqués dans le quadriceps gauche. Enfin, il n'est pas rare que l'hémiplégie infantile s'accompagne d'athétose, et l'on rattache ces troubles à l'hémiplégie. Or, il existe des observations d'athétose et de myotonie associées.

Dans l'observation de M. Kaiser (2), le sujet, âgé de dix-neuf ans, ayant un frère épileptique, présentait une association de troubles athétosiques et myotoniques; et, en outre, une hypertrophie du côté droit du corps portant sur les muscles et sur le squelette. La réaction myotonique faisait défaut. Il s'agit donc d'une forme à la fois complexe et fruste. La localisation de l'athétose étant inconnue ne peut renseigner sur celle de la myotonie. Tout au plus peut-on admettre la mise en cause des *centres supérieurs*.

L'interprétation doit être plus réservée à propos du cas de M. Mills (3). Un malade, à la suite d'une insolation à l'âge de quarante-deux ans, a été pris de plusieurs attaques d'apoplexie qui se sont accompagnées d'hémiparésie gauche et d'hémi-athétose des membres supérieurs gauches. Antérieurement il était atteint de troubles myotoniques siégeant surtout à gauche. Il peut y avoir pure coïncidence dans ce fait, malgré la prédominance des phénomènes à gauche.

La localisation dans les centres nerveux se retrouve à propos des observations que M. von Bechterew (4) et M. Pfeiffer (5) ont publiées sous le nom d'hémitonie apoplectique; mais, pour voisins que ces phénomènes soient du syndrome myotonique, ils ne sont peut-être pas superposables, car il manque encore dans ces faits la réaction myotonique.

M. von Bechterew relate 3 cas concernant des enfants de moins de dix ans, atteints d'apoplexie au cours de maladies générales infectieuses. L'attaque dura quelques minutes chez

(1) R. Odier. Lésions produites par la toxine tétanique dans les nerfs et dans les terminaisons motrices. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, juillet 1904, p. 451.)

(2) Cités par M. Lamy dans l'article « Maladie de Thomsen » du « Traité de médecine et de thérapeutique » de Brouardel et Gilbert. T. X, p. 620. Paris.

(3) G. Duse et G. Astolfoni. Di un caso di miotonia essenziale. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, 1900, XXVI, 2-3, p. 420.)

(4) Babinski. Article « Névrite » *in* « Traité de médecine » de Bouchard et Brissaud. Paris, 1894.

(1) Rybalkine. Syringomyélie avec myotonie de certains muscles. (*Société de psychiatrie et neurologie de Saint-Pétersbourg*, séance du 6 avril 1896, *in Rev. neurol.*, 15 déc. 1896, p. 725.)

(2) H. Engel. A case of Thomsen's disease; a form of paresis of motion, accompanied with muscular hypertrophy. (*Philadelphia Med. Times*, 1883, XIII, p. 849.)

(3) E. Brissaud. Leçons sur les maladies nerveuses faites à la Salpêtrière, 1893-1894. Paris, 1895.

(1) J. K. A. Wertheim Salomonson. Een atypisch geval van myotonie. (*Psychiatr. en neurol. bladen*, 1897. — Analysé *in Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars 1899, p. 223.)

(2) O. Kaiser. Myotonische Störungen bei Athetose. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er août 1897.)

(3) C. K. Mills. Myotonia and athetoid spasm. (*International Clinics*, avril 1891.)

(4) W. von Bechterew. Hemitonia apoplectica. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, 1899, XV, 5-6, p. 437.)

(5) R. Pfeiffer. Ein klinischer Beitrag zur Lehre von der Hemitonia apoplectica. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mai 1901, p. 386.)

le premier, s'accompagna d'un coma de vingt-quatre heures chez le second, d'une paralysie de cinq jours chez le troisième. Puis, immédiatement après la paralysie chez ce dernier malade, un mois après chez le premier, deux mois après chez le second, survinrent des contractions musculaires toniques qui intéressèrent progressivement la moitié du corps. Elles augmentaient par l'exercice, persistaient même pendant la nuit. Les réflexes étaient exagérés du côté atteint. L'auteur note l'augmentation de l'excitabilité mécanique et faradique des muscles du même côté. L'excitabilité galvanique était diminuée dans le premier cas.

M. von Bechterew suppose une lésion au voisinage du *faisceau pyramidal*, venant exciter un certain nombre des fibres de ce faisceau.

C'est peut-être une localisation différente qu'il faut supposer pour le cas d'hémitonie de M. Pfeiffer, car il existait en même temps une hémianopsie.

A propos d'un fait personnel (1), que j'ai publié avec M. Bonniot, j'ai considéré l'*appareil cérébelleux* comme faisant partie de l'appareil du tonus.

Il s'agit d'un homme chez lequel les spasmes toniques ont débuté à cinquante-six ans, neuf ans après le début d'une syphilis. Des ictus vertigineux, une tendance au dérobement latéral droit, un léger degré d'asynergie nous ont fait supposer une localisation syphilitique sur l'appareil cérébelleux.

Ce cas est important à un autre point de vue, car il est un exemple de myotonie acquise; début tardif, absence d'hérédité et d'hypertrophie musculaire, prédominance des phénomènes du côté droit, il comporte toute une série de particularités. La raideur musculaire existe même au repos. Le spasme ne s'épuise pas par les mouvements volontaires. Au point de vue électrique, la persistance de la contraction tonique est plus marquée que dans la maladie de Thomsen, de même que l'excitabilité du nerf. Le spasme ne cède pas facilement par les excitations répétées, il n'y a pas d'inversion de la formule polaire. En outre, il se produit des mouvements pendant le repos. Bien plus, à la myotonie s'associe la myoclonie (myoclonotonie). Enfin, le sujet est en voie de guérison.

L'existence d'un centre du tonus au niveau de l'appareil cérébelleux peut s'appuyer sur d'autres considérations. Déjà M. Luciani (2) considérait le cervelet comme un centre du tonus. Il résulte aussi des observations rapportées par M. Thomas (3), et des expériences de cet auteur, que, dans un grand nombre de cas, il se produit des phénomènes de raideur, de rigidité, de contraction tonique des muscles, à la suite de cautérisations, de destructions, de lésions irritantes du cervelet. M. Londe (4) signale chez les hérédo-cérébelleux des troubles musculaires voisins de la myotonie. M. Babinski (5) a mis en évidence le rôle du cervelet dans le fonctionnement musculaire et insisté sur les variations de l'équilibre volitionnel cinétique et statique dans les affections cérébelleuses.

Un malade que j'étudie en ce moment avec M. Nathan me confirme dans l'idée de l'origine cérébelleuse de certaines myotonies, ou mieux du symptôme myotonie. Il s'agit d'un sujet qui, à la suite d'un traumatisme remontant à vingt-cinq ans, ayant laissé un enfoncement du pariétal droit, présente, en même temps que des ictus vertigineux, des crises de myoclonotonie paroxystique. Or, ce malade offre simultanément de l'asynergie cérébelleuse, qu'il est difficile de dissocier, par l'analyse, des troubles de myotonie.

Je ferai remarquer que chez cet homme, comme chez le précédent, il existe à la fois de la myoclonie et de la myotonie. Je rappellerai, à ce sujet, que j'ai déjà posé la question de l'origine bulbo-cérébelleuse de la myoclonie à propos d'un autre sujet présenté à la Société de neurologie de Paris (1). M. P. Bonnier (2) a localisé dans ses schémas bulbo-protubérantiels les centres tonostatiques au niveau des noyaux du pont.

A côté des observations de myotonie par lésion du système nerveux autorisant un essai de localisation de l'appareil du tonus, il en est d'autres dans lesquelles la myotonie paraît liée à l'*hystérie*. C'est là une affirmation que rendent toutefois difficile les associations fréquentes de l'hystérie à toute autre affection. Pour ne citer que quelques exemples, le malade de MM. Duse et Astolfoni, âgé de dix-sept ans, fut atteint de myotonie à la suite d'un traumatisme qui fit aussi apparaître des crises d'hystéro-épilepsie; les contractions, après avoir varié de siège, ne se produisent qu'à l'occasion de l'inclinaison de la tête sur l'épaule. La réaction myotonique est incomplète.

M. Fürstner a observé un sujet atteint de spasme clonique dans le triceps brachial et les muscles de la jambe, et chez lequel les spasmes commençaient par les muscles de la respiration, comme dans le cas cité plus haut de M. Rybalkine. Il présentait une excitabilité vasomotrice extrême. La suggestion améliora son état.

Les faits de M. Deligny (3) et de M. Engel rentreraient également, suivant l'opinion de M. Pierre Marie et de M. Déléage, dans le cadre de l'hystérie.

IV

Dans les chapitres précédents, trouve-t-on groupés tous les faits connus de myotonie? Il ne saurait en être ainsi. Car, entre les formes spécifiées, il existe des types de transition. Et ce sont surtout les maladies familiales liées à des troubles de développement qui — suivant la remarque de Charcot — présentent communément des cas intermédiaires entre les formes établies. L'on peut donc être, à leur sujet, d'avis différent. La myotonie intermittente de Martius et Hansemann représente pour M. Eulenburg une forme de passage entre la maladie de Thomsen et la paramyotonie acquise. Pour M. Talma, c'est une forme de passage entre la myotonie congénitale et la myotonie acquise.

Une autre considération doit intervenir. Les différents cas de myotonie, surtout les cas frustes, comportent souvent des associations avec des maladies nerveuses d'origine intra-utérine ou évoluant pendant la vie du thomsénien. Là encore, le groupement nosographique adopté reste fréquemment sujet à discussion, comme quelques exemples vont le montrer, dans la suite.

En dehors même des associations du syndrome myotonique avec des affections nerveuses, il en est d'autres sur lesquelles il est peu utile d'insister. M. Nikonoff a appelé l'attention sur la fréquence des hernies chez les thomséniens. L'hypertrophie du cœur a été signalée par MM. Déléage, Nikonoff, Rybalkine, les modifications du pouls par M. Pierre Marie. M. Raymond (1) attribue aux troubles de circulation du bulbe oculaire les anomalies de la vision. Les lésions rénales s'observent parfois. M. Nikonoff propose de réunir en un syndrome les troubles cardiaques, rénaux, et ceux du métabolisme qu'on relève quelquefois. Le malade de MM. Dejerine et Sottas (2), qui était atteint de dermatite, a succombé à une néphrite aiguë.

Il n'est pas surprenant, en vérité, que chez des sujets qui vivent souvent âgés, on rencontre des affections variées, parfois d'essence arthritique. La goutte, mise en évidence par M. von Bechterew (3) chez quelques malades, n'est, somme toute, que l'indice d'un tempérament qui n'exclut pas une affection neuro-musculaire, si même il n'y prédispose pas.

Ce sont surtout les syndromes musculaires et nerveux associés à la myotonie qui demandent à être précisés.

L'association de myotonie et d'*atrophie musculaire* mérite toute considération. Elle a été souvent signalée, notamment par MM. Bernhardt (4), Dana (5), Déléage, Erb, Gaupp, Hoffmann (6), Kornhold (7), Noguès et Sirol (8), Peters, Pelizæus (9), tout récemment par MM. Lortat-Jacob et Thaon (10), par M. Curschmann (11); M. Rossolimo (12) a même décrit une *myotonie atrophique*.

Cette association ne présente pas toujours la même signification. C'est que l'atrophie musculaire n'est elle-même qu'un symptôme, auquel donnent lieu des mécanismes variés; et, suivant les cas, c'est un processus univoque qui produit l'atrophie et la myotonie, ou bien il y a association de deux troubles d'origine diverse : ils sont ou tous deux myogènes, ou tous deux neurogènes, ou l'un myogène, l'autre neurogène. Choisissons quelques exemples.

Dans le cas de MM. Raymond et Déléage, il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans, qui présentait une atrophie d'un membre inférieur, peut-être d'origine spinale, mais plus vraisemblablement liée à une névrite éthylique. M. Déléage, qui s'occupait alors de la maladie de Thomsen, reconnut, à l'examen électrique, la réaction myotonique, et diagnostiqua une maladie de Thomsen fruste. Il y a donc là pure coïncidence. On ne saurait même parler de prédisposition à une affection atrophiante, car la névrite alcoolique s'est produite chez un sujet âgé de cinquante-sept ans, et c'est, somme toute, une maladie fréquente.

---

(1) Léopold Lévi et E. Bonniot. Un cas de myospasme clinique et tonique (myoclonotonie acquise). (*Soc. de neurol. de Paris*, séance du 11 mai 1905, *in Rev. neurol.*, 30 mai 1905, p. 557.)

(2) L. Luciani. Il cerveletto; nuovi studi di fisiologia normale e patologica. Florence, 1891.

(3) Thomas. Le cervelet (étude anatomique, clinique et physiologique). (*Thèse de Paris*, 1897.)

(4) Londe. Maladies familiales du système nerveux; de l'hérédo-ataxie cérébelleuse. (*Thèse de Paris*, 1895.)

(5) Babinski. De l'équilibre volitionnel statique et cinétique. (*Soc. de neurol. de Paris*, séance du 15 mai 1902, *in Rev. neurol.*, 30 mai 1902, p. 470.)

(1) Léopold Lévi et Malloizel. Hystéro-traumatisme ou foyers hémorrhagiques multiples avec hémorrhagie principale de la protubérance. (*Soc. de neurol. de Paris*, séance du 5 nov. 1903, *in Rev. neurol.*, 30 nov. 1903, p. 1123.)

(2) Pierre Bonnier. Schéma bulbaire. (*Quatorzième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, tenu à Pau.* Paris, 1904.)

(3) L. Deligny. Observation d'un cas de maladie de Thomsen. (*Union médicale*, 8 janv. 1885, p. 50.)

(1) F. Raymond. Clinique des maladies du système nerveux (hospice de la Salpêtrière, 1896-1897). 3e série. Paris, 1898.

(2) J. Dejerine et J. Sottas. Sur un cas de maladie de Thomsen suivi d'autopsie. (*Rev. de méd.*, mars 1895.)

(3) W. von Bechterew. Myotonie, eine Krankheit des Stoffwechsels. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars 1900.)

(4) M. Bernhardt. Muskelsteifigkeit und Muskelhypertrophie (ein selbständiger Symptomencomplex). (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1879, LXXV, p. 516.)

(5) C. L. Dana. An atypical case of Thomsen's disease (myotonia congenita). (*Med. Record*, 21 avril 1888, p. 433.)

(6) Hoffmann. Ueber einen Fall von Thomsen'scher Krankheit, compliciert durch atrophische neuritische Lähmung der Vorderarme. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juillet 1895, p. 618.)

(7) Kornhold. La maladie de Thomsen. (*Thèse de Paris*, 1897.)

(8) E. Noguès et J. Sirol. Maladie de Thomsen à forme fruste avec atrophie musculaire. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév. 1899.)

(9) Pelizæus. Demonstration eines Falles von Thomsen'scher Krankheit. (*Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, séance du 11 janv. 1897, *in Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév. 1897, p. 139.)

(10) Lortat-Jacob et P. Thaon. Atrophie musculaire myopathique et maladie de Thomsen. (*Soc. de neurol. de Paris*, séance du 6 juillet 1905, *in Rev. neurol.*, 30 juillet 1905, p. 778.)

(11) H. Curschmann. Ueber partielle Myotonie unter dem Bilde einer Beschäftigungsneurose und Lähmung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 sept. 1905.)

(12) G. Rossolimo. Forme atrophique de la maladie de Thomsen. (*Société des neurologistes et aliénistes de Moscou*, séance du 16 mars 1901, *in Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév. 1902, p. 135.)

On voit de même, dans le cas de M. Hoffmann, la maladie de Thomsen associée à une névrite multiple, liée soit à l'alcoolisme, soit à l'influence du froid humide. La myotonie, qui a débuté à vingt-sept ans par la raideur des jambes au début des mouvements, s'est compliquée ultérieurement d'atrophie et de parésie des muscles des éminences thénar et des fléchisseurs des doigts.

L'observation de M. Bettmann, dont nous avons déjà parlé à un autre point de vue, nous montre un sujet de vingt-neuf ans atteint à la fois de paralysie isolée des sus et sous-épineux, de myotonie et, en outre, de tétanie survenue sous l'influence de troubles stomacaux. L'atrophie des muscles est peut-être due ici encore à une névrite, mais elle pourrait aussi être congénitale et indiquer une prédisposition du système musculaire. La myotonie était limitée à l'avant-bras et aux extrémités supérieures.

Chez le malade de MM. Noguès et Sirol existait une atrophie des deux jambes avec diminution de l'excitabilité faradique pour les muscles, alors que la musculature des cuisses offrait la réaction myotonique typique. Les auteurs se demandent si l'atrophie musculaire n'est pas d'origine myopathique.

Le fait publié par M. Jolly (1) a donné lieu à une discussion. Il s'agit d'un sujet de quarante-deux ans, ayant souffert de surmenage, de refroidissement, et qui fut pris de faiblesse dans la main droite, puis la main gauche, avec atrophie de l'éminence thénar et réaction de dégénérescence. Il accusait, en outre, de la difficulté à ouvrir les mains, qui disparaissait par la répétition de l'acte. Le biceps, les muscles de la jambe, de la langue participaient au trouble myotonique. Il y avait persistance de la contraction à l'excitation électrique. L'auteur a tendance à admettre que l'affection reconnaît une origine spinale, avec troubles de la nutrition musculaire. M. Remak croit plutôt à une névrite du médian avec myotonie latente.

De ce cas, on peut rapprocher l'observation toute récente de M. Curschmann. Un jeune homme de dix-neuf ans, dégénéré, exerçant le métier de brossier, offrait depuis un an et demi des troubles musculaires dus au surmenage professionnel : on constata d'abord de la parésie, puis de l'atrophie des muscles extenseurs de la main et des extenseurs et abducteurs du pouce; ultérieurement apparurent dans les muscles adducteur et opposant du pouce droit, ensuite du pouce gauche, des spasmes qui ne se manifestaient qu'à l'occasion des mouvements. Le malade et son entourage notèrent la persistance tonique de la contraction musculaire dans les mouvements volontaires; la myotonie intéressa aussi les interosseux palmaires et les fléchisseurs de la main droite; enfin, l'auteur put mettre en évidence la réaction myotonique — mécanique et électrique — dans l'opposant du pouce et dans les fléchisseurs. Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, au point de vue clinique, c'est la parésie des extenseurs et la myotonie des fléchisseurs, cette dernière manquant complètement dans les muscles parésiés et atrophiés. M. Curschmann conclut à une myotonie latente (dont témoignent les vallonnements myotoniques avec persistance de la contraction à l'excitation mécanique de la langue) et à une paralysie professionnelle des extenseurs des deux mains.

MM. Lortat-Jacob et Thaon ont observé un sujet de vingt-deux ans, atteint d'atrophie musculaire qui, siégeant à la face et intéressant la langue, prédominait à la ceinture scapulaire et aux membres supérieurs. L'examen électrique pratiqué par M. Huet fit reconnaître les modifications de l'excitabilité des muscles de la maladie de Thomsen. L'examen clinique, refait à la lumière des indications fournies par l'électrodiagnostic, montra le spasme au début de chaque mouvement, sa disparition par la répétition du mouvement. Il y a donc atrophie — que les auteurs considèrent comme myopathique — et myotonie. On ne trouve pas de caractère familial à l'affection. En l'absence de tout renseignement chronologique, il est difficile de savoir si la myotonie est congénitale; il semble, d'après l'observation, peu précise à ce sujet, que les phénomènes myotoniques et atrophiques se superposent. On pourrait donc admettre une maladie de Thomsen passant à la phase atrophique.

La transformation d'hypertrophie en atrophie est un fait positif, qui résulte, entre autres, de l'étude d'un malade de M. Déléage, observé par M. Nikonoff à quelques années de distance.

Dans les cas de cet ordre, la lésion, après avoir porté sur le protoplasma de la fibre musculaire, entraînerait la dégénérescence et l'atrophie de la partie différenciée et se traduirait, en outre, par une prolifération du tissu conjonctif. Il y aurait à la fois myopathie parenchymateuse et interstitielle. L'atrophie des fibres a été démontrée macroscopiquement par M. Schönborn (1) et M. Frohmann (2).

Dans le même ordre d'idées, le deuxième cas de M. Kornhold est d'une interprétation difficile. Le sujet, âgé de trente quatre ans, sans hérédité, fut pris d'atrophie musculaire portant sur les mains, puis sur les fléchisseurs des doigts. Au bout d'un an, la myotonie commença par les mains. L'affection resta limitée quatre ou cinq ans. Trois années plus tard, l'atrophie musculaire envahit les membres inférieurs, deux ans après on nota à ce niveau des phénomènes myotoniques; ce fut au bout de deux ans le tour des masticateurs. Les spasmes sont d'ailleurs intermittents.

Dans l'observation de M. Pelizæus, le début a eu lieu à dix-sept ans, les muscles atrophiés et parésiés sont le deltoïde et l'éminence thénar. Ils sont le siège de réaction de dégénérescence. Les spasmes portent sur les fléchisseurs des doigts. Le sujet présente des troubles de la parole. L'auteur croit à une atrophie musculaire progressive s'accompagnant de symptômes bulbaires.

M. Rossolimo, avons-nous dit, a décrit une myotonie atrophique, et considère l'atrophie comme un symptôme d'évolution de la myotonie. Son malade, âgé de trente-sept ans, accuse d'abord des phénomènes myotoniques portant sur les muscles de la face, du cou, du tronc, de la ceinture scapulo-humérale et des membres inférieurs. Ils sont particulièrement marqués aux bras, mais ont débuté à la jambe droite après un processus inflammatoire du genou droit.

Plus tard, les muscles précités deviennent le siège d'une atrophie qui est d'autant plus accentuée que les symptômes myotoniques sont plus accusés. La réaction myotonique électrique existe, mais, en outre, on note un affaiblissement quantitatif de l'excitabilité des muscles atrophiés et la réaction de dégénérescence. Enfin l'examen histologique montre une atrophie des faisceaux primitivement hypertrophiés.

La myotonie, qui s'associe, nous l'avons vu, avec l'atrophie, peut-elle coïncider avec la *pseudo-hypertrophie?* M. Vigouroux (3) avait, du moins, publié un cas de ce genre. M. Erb en a fait la critique. L'hypertrophie — ou plutôt la pseudo-hypertrophie, car l'hypertrophie est parétique — fait partie du tableau habituel de la maladie de Thomsen congénitale.

Un malade présenté par Charcot (1) à une leçon du mardi offrait, lui aussi, de l'hypermégalie musculaire, et l'éminent neurologiste se demanda s'il s'agissait de paralysie pseudo-hypertrophique. Le même sujet était atteint, en outre, de tabes, sans signe d'Argyll-Robertson. L'association avec le tabes sera étudiée un peu plus loin.

Le syndrome myotonique peut évoluer chez un sujet atteint d'affection nerveuse caractérisée, et le rapport entre les deux états morbides est souvent difficile à établir.

Le malade de M. Pierre Marie est instructif à cet égard. Il est atteint de myotonie et d'épilepsie partielle. Et l'auteur pose la question : y a-t-il association de deux affections, la myotonie dépend-elle de l'épilepsie, l'épilepsie de la myotonie? Au moment où le cas fut publié, la question était insoluble. Depuis, l'observation de M. Rybalkine, montrant un malade épileptique qui a de l'asthme myotonique, peut faire supposer qu'épilepsie et asthme indiquent la mise en activité de la région bulbaire. Nous avons vu que M. Pelizæus incrimine le bulbe dans son cas. Le spasme débutait par les muscles de la respiration dans le fait de M. Fürstner.

Ce qui permet souvent de se prononcer, dans les observations de ce genre, c'est que la maladie de Thomsen est familiale, et l'apparition chez un des membres de la famille, atteint de maladie de Thomsen, d'une affection nerveuse qui l'atteint isolément, permet de conclure à une association morbide.

Un cas fort intéressant à ce point de vue est celui de MM. Ferrarini et Paoli (2). A l'autopsie d'un thomsénien on constate un gliome bilatéral du noyau lenticulaire. Or, il résulte des expériences de Johannsen que l'excitation faradique du noyau lenticulaire peut donner lieu à des mouvements toniques du côté opposé. La relation entre la lésion et les symptômes semblerait établie. Mais il se trouve qu'un frère et une sœur du malade étaient atteints de maladie de Thomsen. Il n'y a alors que coïncidence. Les auteurs concluent, toutefois, qu'une cause excitatrice a pu, en agissant sur un terrain de prédisposition, provoquer les réactions myotoniques. La lésion organique serait la cause qui aurait extériorisé la prédisposition.

Nouvel exemple d'association : un malade étant à la fois atteint de tabes et de maladie de Thomsen, y a-t-il rapport ou concomitance? La réponse est simplifiée dans le cas de M. Nalbandoff (3), car le frère du patient était myotonique sans être tabétique. Le sujet de Charcot était également atteint de tabes et de myotonie à forme pseudo-hypertrophique.

Dans la discussion concernant ces cas, il y a lieu de faire intervenir la date du début de l'affection; mais la maladie a pu rester latente jusqu'au jour où un syndrome différent nécessite un examen complet, y compris un examen électrique, et la fait reconnaître. Il en fut ainsi dans les cas de M. Déléage, de MM. Lortat-Jacob et Thaon, etc.

De toutes manières il est bon d'être réservé. De même en ce qui concerne la cause possible du mal. M. Raymond considère prudemment comme une association de méningomyélite et de myotonie un cas évoluant chez un syphilitique. M. Lemoine, étudiant auparavant le même malade, avait fait dépendre la myotonie de la syphilis. Il est possible qu'il en soit ainsi, mais il faut alors faire la preuve thérapeutique. Nous

(1) JOLLY. Ueber Myotonia acquisita. (*Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, séance du 13 janv. 1896, *in Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév. 1896, p. 140.)

(1) S. SCHÖNBORN. Ein casuistischer Beitrag zur Lehre von der Thomsen'schen Krankheit. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, 1899, XV, 3-4, p. 274.)

(2) FROHMANN. Ueber Thomsen'sche Krankheit mit Muskelatrophie. (*Verein f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr.*, séance du 29 mai 1899, *in Deutsche med. Wochensch.*, 11 janv. 1900, Vereins-Beilage, p. 6.)

(3) R. VIGOUROUX. Maladie de Thomsen et paralysie pseudo-hypertrophique. (*Arch. de neurol.*, 1884, VIII, p. 273.)

(1) CHARCOT. Leçons du mardi, p. 406. Paris, 1887-88.

(2) C. FERRARINI et G. PAOLI. Glioma bilaterale del nucleo lentiforme e miotonia. (*Ann. di nevrol.*, maijuin 1903, p. 294.)

(3) S. NALBANDOFF. Un cas de myotonie familiale (maladie de Thomsen), compliquée de tabes. (*Société des neurologistes et aliénistes de Moscou*, séance du 22 janvier 1899, *in Arch. de neurol.*, août 1899, p. 145.)

pensons la fournir à propos de notre cas personnel de myoclonotonie, que nous avons rattaché avec M. Bonniot à la syphilis.

Nous n'indiquerons qu'en passant, pour terminer, l'association de la myotonie avec des troubles d'*anesthésie*, signalée par M. Jan (1), avec des *troubles vasomoteurs*, indiquée par M. Fürstner : la myotonie n'exclut pas l'hystérie, mais le syndrome myotonique est peut-être parfois simulé par la névrose. Les *troubles psychiques*, sur lesquels Thomsen insista parce qu'ils étaient fréquents dans sa famille, l'angoisse que le malade de M. Jan a éprouvée, ne sont que des phénomènes associés qui manquent fréquemment. Nous en dirons autant de la *trépidation épileptoïde*, observée d'une façon isolée par M. Lannois; c'est là pure coïncidence. Aussi croyons-nous prudent, avant d'augmenter le complexus myotonique de symptômes nouveaux, avant d'en établir la localisation ou la cause, de toujours songer à la possibilité d'associations morbides.

En résumé, le tonus musculaire, fonction de l'appareil sarcoplasmique, manifeste son exaltation sous forme de syndrome myotonique.

Ce syndrome myotonique prend naissance, soit que le trouble résulte du développement imparfait du muscle (hypergenèse sarcoplasmique), soit qu'il y ait irritation toxique ou nerveuse du sarcoplasma.

C'est à l'analyse des symptômes — en particulier à l'examen électrique —, jointe à l'enquête étiologique et à l'investigation histologique, qu'il faut demander les moyens de préciser l'origine embryonnaire ou acquise de la myotonie observée. En tout cas, on n'oubliera pas que les associations morbides rendent difficile, dans nombre de cas, la solution du problème diagnostique.

Dr Léopold Lévi,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la fièvre jaune par le nitrate de potasse.

D'après l'expérience de M. le docteur L. F. Solomon (de la Nouvelle-Orléans), le nitrate de potasse exercerait sur la fièvre jaune une action curative qui en ferait en quelque sorte le spécifique de cette maladie. Voici le mode d'administration adopté par notre confrère :

On fait d'abord prendre au malade de 0 gr. 06 à 0 gr. 25 centigr. de calomel, dose que l'on répète quatre fois à vingt minutes d'intervalle; une demi-heure plus tard, on lui donne de 15 à 30 grammes de sulfate de soude dissous dans un verre d'eau. On commence l'administration du nitrate de potasse une heure après celle du purgatif, que celui-ci ait agi ou non; la dose, pour un adulte, est constituée par une cuillerée à soupe de la solution suivante, à prendre toutes les deux heures :

Nitrate de potasse............	4 grammes.
Acétate d'ammoniaque.......	100 —
Sirop de fleurs d'oranger. ...	15 —

Habituellement, on verrait, quelques heures après le début de cette médication, la température baisser progressivement et régulièrement pour atteindre la normale dès le troisième jour; cette défervescence serait notamment la règle lorsque le traitement est institué dans les vingt-quatre premières heures de la maladie. Les complications seraient rares, et l'anurie, en particulier, se trouverait efficacement combattue du fait des propriétés diurétiques du nitrate de potasse.

Sur 230 cas de fièvre jaune qu'il a traités par ce médicament, M. Solomon n'a eu aucun décès, tandis que parmi les 366 malades auxquels il avait antérieurement donné ses soins, à une époque où il n'avait pas encore recours au nitrate de potasse, 10 ont succombé.

Traitement d'un nævus du cuir chevelu par les étincelles de haute fréquence.

L'année dernière, M. Bordier a préconisé, contre les épithéliomas cutanés, les verrues et les papillomes, l'emploi des étincelles de haute fréquence, moyen que notre confrère considère comme étant d'une efficacité remarquable et d'une application presque entièrement indolore (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 348). De son côté, M. le docteur F. Gidon, suppléant à l'Ecole de médecine de Caen, a eu recours au même procédé chez un enfant de sept mois, présentant au niveau de la bosse pariétale gauche un nævus qui, apparu quelques semaines après la naissance, s'était progressivement étendu jusqu'à occuper une aire de 3 centimètres de diamètre. Des applications de caustiques liquides n'ayant pas enrayé l'accroissement rapide de cette tache vasculaire, notre confrère soumit celle-ci à l'action d'étincelles de condensation, appliquées une fois par semaine sur un ou deux secteurs différents du nævus, notamment au niveau de la périphérie. Ces applications, bien qu'assez intenses, provoquaient si peu de douleur que le petit malade s'endormait généralement après les premières minutes.

Sous l'influence de ce traitement, la tumeur vasculaire se recouvrit de croûtes, assez épaisses au début, mais qui ne tardèrent pas à s'atténuer, puis à disparaître. Au bout de treize séances, le nævus, devenu plat et gris, se confondait à peu près avec le reste du cuir chevelu. A ce moment les cheveux se mirent à pousser abondamment, au niveau de la tache aussi bien que des autres parties du crâne.

Les étincelles de haute fréquence ont donc donné dans ce cas un succès relativement rapide; on sait du reste que, d'après l'expérience de M. Unna, les nævi des nourrissons — contrairement à ceux de l'adulte ou des enfants ayant dépassé un certain âge — cèdent souvent à des moyens thérapeutiques très simples, tels que la compression au moyen du collodion ichtyolé (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 86).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 novembre 1905.

Valeur thérapeutique de la ponction lombaire dans les fractures du crâne.

M. Potherat. — Comme contribution à l'étude de la question soulevée par M. Quénu dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 524), je citerai l'observation d'un homme de quarante-six ans qui, à la suite d'une chute de motocyclette, fut apporté à l'hôpital dans un état d'hébétude assez prononcé. Cependant, il n'avait pas perdu connaissance et pouvait encore marcher, mais, le soir même, il présenta du subcoma et du ralentissement du pouls; le lendemain, une ecchymose pharyngienne et mastoïdienne apparaissait, en même temps que l'état général ne laissait plus de doute sur l'existence d'une fracture de la base du crâne.

Le troisième jour après l'accident, on pratiqua une ponction lombaire qui donna issue à quelques centimètres cubes d'un liquide contenant du sang. A la suite de cette ponction, il y eut une diminution de la céphalalgie dont le blessé se plaignait auparavant. Dans la suite, on fit de nouvelles ponctions tous les trois jours (quatre en tout), et pendant ce temps l'amélioration ne cessa de s'accentuer, si bien qu'au bout de vingt jours le malade quittait l'hôpital guéri.

Dans ce cas, il est difficile de déterminer quelle part revient à la ponction en ce qui concerne la guérison, car le patient était déjà en voie d'amélioration quand les ponctions ont été faites. On sait, du reste, que toutes les fractures du crâne ne sont pas mortelles; j'en ai observé plusieurs cas suivis de guérison, sans qu'on eût pratiqué de ponction lombaire. Actuellement, la ponction sert à affirmer le diagnostic, quand on retire du liquide sanguinolent; mais, au point de vue thérapeutique, on ne peut rien dire de précis à son sujet.

M. Terrier. — Dans mon service, on a pratiqué ces ponctions en assez grand nombre, et je me souviens que chez un sujet atteint de fracture du crâne, avec de très violentes douleurs, ces dernières ont disparu après les ponctions.

M. Guinard. — J'ai récemment observé un homme qui fut apporté à l'hôpital complètement ivre, après une chute dans un escalier; le lendemain il était dégrisé et il put nous parler : il ne présentait aucun symptôme manifeste de fracture. Deux jours plus tard, il fut pris d'un violent accès de délire qu'on attribua à l'alcoolisme et qu'on traita par le vin laudanisé. Cependant, ayant constaté une ecchymose mastoïdienne, je fis pratiquer une ponction lombaire, par laquelle 40 c.c. de liquide sanglant furent retirés. Après la ponction, le délire disparut; un nouvel accès s'étant montré dans la soirée, une seconde ponction fut faite, et de nouveau le calme revint. Mais ce ne fut que pour peu de temps, car, dès le lendemain, le délire reparaissait et une syncope mortelle emportait le malade. Le liquide céphalo-rachidien ne renfermait que du sang, sans microorganismes.

M. Tuffier. — Je crois qu'il peut être dangereux de retirer une trop grande quantité de liquide céphalo-rachidien : par suite du vide qui se produit dans les ventricules, une compression par le cervelet est à craindre.

M. Potherat. — A ce point de vue, je vous citerai le cas d'un malade de M. Raymond, atteint de tumeur du cervelet, et chez lequel, après trépanation, je ponctionnai le ventricule latéral d'où je retirai 50 c.c. de liquide. Quelques heures plus tard, la température atteignait progressivement 39°, 40°, 41° et même 42°, et au bout de vingt-quatre heures l'opéré succombait; à l'autopsie, on ne constata pas de phénomènes inflammatoires, mais, par suite de la disparition du liquide, il y avait compression du quatrième ventricule par la tumeur.

M. Broca. — La présence d'une tumeur n'est pas nécessaire pour déterminer une compression mortelle. Celle-ci survient souvent quand on retire des ventricules une grande quantité de liquide.

De l'anastomose iléo-rectale dans les cancers inopérables du rectum et de l'anse oméga.

M. Delagénière (du Mans). — Pour que cette opération soit praticable, il est nécessaire qu'il reste au-dessous du cancer un segment de rectum assez long et qu'on puisse établir l'anastomose loin de la tumeur. Je n'ai fait que 2 fois cette intervention, chez des sujets respectivement âgés de cinquante-neuf ans et de soixante-deux ans, qui présentaient des accidents d'occlusion intestinale. Le premier a survécu dix-sept mois et est mort d'occlusion; le second est mort cachectique au bout de cinq mois.

M. Quénu. — Dans cette question de l'intervention pour les cancers du gros intestin, le choix de l'opération dépend de multiples conditions, et il n'est pas douteux que les anastomoses iléo-cæcale et iléo-sigmoïdienne donnent de bons résultats; cependant on doit se demander si ces interventions sont supérieures aux anus artificiels.

Quand on a recours à l'anastomose iléo-rectale, il est indispensable que la portion saine du rectum soit assez étendue; ce procédé ne peut donc être employé que pour des cancers de la partie supérieure du rectum ou de la partie inférieure de l'anse sigmoïde. Quelle est sa valeur? M. Demoulin a rassemblé 8 cas de ce genre (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 524), et M. Delagénière vient d'en ajouter 2 autres. Or, d'après l'analyse des observations, on voit que les suites n'ont pas été très satisfaisantes, que des douleurs ont reparu au bout de quelques mois et que plusieurs opérés ont été repris d'occlusion; aussi les résultats de cette méthode ne me paraissent-ils pas supérieurs à ceux que donne l'anus artificiel.

Cependant je ne crois pas que ces anastomoses doivent être complètement abandonnées, mais elles ne me semblent indiquées que

(1) Jan. Relation d'un cas de maladie de Thomsen observée sur un soldat d'infanterie de marine. (*Arch. de méd. navale*, oct. 1895.)

si l'on a affaire à un cancer de la partie supérieure du rectum, petit, dur, scléreux, sans ulcération saignante et sans sécrétion de produits infectieux.

M. Tuffier. — Je partage entièrement la manière de voir de M. Quénu. Si à l'anus artificiel on doit préférer, dans les cancers du gros intestin, les anastomoses iléo-cæcale et sigmoïdienne, il ne faut pas oublier que l'anastomose colo-rectale est beaucoup plus difficile à exécuter et plus dangereuse. Quant à la survie, il n'est pas possible actuellement d'être fixé sur sa durée, pas plus que de la comparer à celle que donne l'anus artificiel.

M. Hartmann. — Je suis également d'accord avec M. Quénu : j'ai fait 2 fois une anastomose avec la partie supérieure du rectum et je n'en ai pas été très satisfait.

J'ajouterai que M. Demoulin me paraît avoir exagéré les méfaits de l'anus iliaque. C'est une intervention bénigne et facile; sur 46 malades que j'ai ainsi opérés, je n'ai eu qu'un décès rapide, dû à la congestion pulmonaire. Cet anus n'est plus une infirmité dégoûtante, depuis que le procédé opératoire a été modifié, et quelques-uns de mes opérés, porteurs d'anus iliaque, font sans inconvénients de l'équitation et mènent une vie de plaisir sans être gênés par leur anus artificiel.

Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac.

M. le Secrétaire général donne lecture, au nom de M. Chavannaz (de Bordeaux), d'une note relative à 2 cas de dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac, accident sur lequel M. Reynier a naguère attiré l'attention. L'un concerne une femme de trente-trois ans chez laquelle les accidents — dont la cause ne fut reconnue qu'à l'autopsie — débutèrent dès le lendemain d'une myomectomie avec résection partielle de l'ovaire droit et ovariectomie du côté gauche, et entraînèrent la mort au quatrième jour. L'autre a trait à une femme de quarante ans, chez laquelle le ballonnement du ventre et les vomissements n'apparurent que plusieurs jours après une hystérectomie abdominale totale avec salpingectomie bilatérale pour fibrome et double hématosalpinx, et cédèrent aux lavages de l'estomac, associés à l'injection sous-cutanée de sulfate de strychnine et au décubitus latéral droit.

M. Chavannaz insiste sur la nécessité d'avoir présente à l'esprit la possibilité d'une dilatation aiguë de l'estomac, afin de pouvoir en faire le diagnostic et lui opposer un traitement qui sera le plus souvent efficace; méconnue, cette complication se termine presque fatalement par la mort.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 novembre 1905.

Eléments cliniques et hématologiques du pronostic de la leucémie lymphoïde traitée par la radiothérapie.

M. Rénon. — J'ai observé pendant plusieurs mois, avec M. Tixier, une malade atteinte de leucémie lymphoïde, chez laquelle nous avons constaté, pendant toute la durée du traitement radiothérapique, l'amélioration très nette de l'état général, l'abaissement considérable du nombre des lymphocytes, la résolution des masses ganglionnaires et de la splénomégalie. Or, malgré cette transformation rapide, deux facteurs nous ont toujours fait porter un pronostic très sombre : d'une part, la diminution du nombre des hématies et de l'hémoglobine; d'autre part, la courbe de la température, progressivement ascendante.

En effet, tandis que les globules blancs passaient de 873,000 à 31,000, le nombre des hématies, malgré quelques oscillations, tombait de 1,428,000 à 640,000. L'équilibre leucocytaire ne s'était d'ailleurs jamais amélioré : les polynucléaires étaient toujours demeurés exceptionnels; les mononucléaires grands et moyens, assez nombreux au début, étaient devenus de plus en plus rares; les grands lymphocytes furent eux-mêmes remplacés par des éléments de dimensions plus réduites, si bien que la veille de la mort il n'existait, dans le sang, d'autres leucocytes que de petits lymphocytes opaques.

La température oscilla entre 37° et 38° pendant les trois premiers mois; entre 38° et 39° durant les deux suivants, c'est-à-dire à l'époque où la malade semblait le plus améliorée; et ensuite jusqu'à la mort entre 39° et 40°.

En résumé, j'estime que la persistance ou l'élévation de la température, ainsi que la diminution du nombre des hématies, après quelques séances de radiothérapie, sont des facteurs moins trompeurs pour escompter les résultats éloignés du traitement que l'amélioration rapide aussi bien de l'état général que de l'état local (diminution des adénopathies, de la rate et du nombre des leucocytes).

Récidive précoce de fièvre typhoïde.

M. Sicard relate l'observation d'un jeune homme guéri depuis trois mois d'une fièvre typhoïde légitime, et qui fut atteint, en pleine santé, d'une pyrexie dont la cause restait indéterminée. La constatation de la réaction agglutinante était insuffisante pour permettre de porter un diagnostic, puisque le pouvoir agglutinatif persiste pendant plusieurs mois chez les anciens typhoïdiques. Mais la mensuration de la puissance agglutinative, en montrant au cours de cette pyrexie des oscillations et des variations considérables (de 1 pour 300 à 1 pour 1,200), prouva qu'il s'agissait réellement d'une nouvelle manifestation éberthienne, dans l'espèce d'une récidive précoce de dothiénentérie.

Télangiectasies acquises chez un saturnin.

M. Mosny montre les photographies d'un homme de quarante-sept ans, peintre en bâtiments, ayant eu à plusieurs reprises des coliques de plomb, et qui présente, depuis une vingtaine d'années, au niveau de la partie inférieure du tronc, un grand nombre de petites taches télangiectasiques sans troubles objectifs de la sensibilité. Il est néanmoins probable qu'il existe chez cet homme une réaction légère du système nerveux central, car l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien a décelé l'existence de 6 à 8 lymphocytes par champ d'immersion; mais on ne saurait établir un rapport quelconque entre ces télangiectasies et l'intoxication saturnine, étant donné qu'on a rencontré ces lésions cutanées dans les intoxications et les infections les plus diverses.

Cholécystite calculeuse prise pour une appendicite.

M. L. Bernard relate, à propos du cas de cholélithiase avec péritonite appendiculaire communiqué par M. Le Gendre au cours de la dernière séance, l'observation d'une femme de soixante-neuf ans qui fut prise en pleine santé de phénomènes qu'on crut pouvoir rattacher à une appendicite. On opéra d'urgence, et l'on constata que cette femme était en réalité atteinte d'une cholécystite calculeuse avec péricholécystite suppurée sans appendicite; elle guérit d'ailleurs très bien.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 novembre 1905.

Intervention fréquente du bacille paratyphique A de Brion et Kayser dans l'étiologie des ictères fébriles.

MM. Netter et **Ribadeau-Dumas.** — Nos recherches mettent en lumière le rôle des bacilles paratyphiques dans la pathogénie de l'ictère catarrhal fébrile. En effet, chez 10 de nos malades atteints d'ictère franc, l'agglutinabilité pour le bacille A de Brion et Kayser variait de $^1/_{100}$ à $^1/_{800}$ pour les cas examinés en cours de maladie; il était encore de $^1/_{80}$, $^1/_{60}$ ou $^1/_{40}$ pour les cas anciens (un d'eux datait de six ans).

Ces résultats sont à rapprocher de ceux qui ont été publiés par divers auteurs, et récemment par MM. Gilbert et Lippmann. Certains ictères peuvent être sans contestation la conséquence d'une angiocholécystite éberthienne, mais dans quelques cas l'agglutination à l'égard du bacille d'Eberth est très faible : on ne saurait alors penser à l'intervention de ce dernier microbe que si les bacilles paratyphiques ont été soumis sans succès à l'épreuve de la séro-réaction.

Certains auteurs ont d'ailleurs isolé des bacilles paratyphiques dans quelques cas d'angiocholite. Dans nos observations personnelles, le sang des ictériques agglutine souvent le bacille d'Eberth. Mais ces agglutinations sont bien inférieures à celles du bacille A; l'avenir établira s'il convient d'étendre cette constatation à la majorité des ictères de cette nature.

Notons enfin qu'à côté des ictères francs, il y a dans beaucoup de fièvres paratyphoïdes une teinte jaunâtre des téguments : nous l'avons constatée chez 9 de nos malades. Ces faits semblent indiquer une participation manifeste de l'appareil biliaire dans plus de la moitié des cas.

La mucinase.

M. Roger. — Le mucus intestinal affecte dans les matières fécales deux aspects différents : tantôt il est glaireux et mérite le nom qu'il porte; tantôt il ressemble à de fausses membranes, l'expression d'entérite muco-membraneuse consacre cet aspect.

Le mucus concrété diffère du mucus glaireux par son insolubilité dans l'eau de chaux. Il a subi une véritable coagulation qui se produit sous l'influence d'un ferment abondamment répandu dans l'intestin grêle, et auquel on peut donner le nom de *mucinase*.

Ce ferment s'obtient très facilement en précipitant par l'alcool l'extrait glycériné de la muqueuse intestinale. Ajouté à de la mucine pure, il la coagule plus ou moins rapidement.

Si l'on met de la mucinase en contact avec de la bile, le mucus contenu dans ce liquide ne précipite pas. La mucine biliaire diffère-t-elle donc de la mucine intestinale? Nullement. Si on l'extrait de la bile, on obtient très facilement sa coagulation. C'est que la bile renferme des substances qui entravent l'action de la mucinase : ajoutée à du mucus intestinal, elle empêche la coagulation par le ferment.

On comprend ainsi pourquoi le mucus reste liquide dans l'intestin grêle, pourquoi il se coagule dans le gros intestin et pourquoi, dans certaines entérites, il est expulsé sous forme de masses concrétées ou de larges filaments enclavés.

Evolution des réactions cellulaires et sérofibrineuses au cours de la pleuro-tuberculose dite primitive et des méningites tuberculeuses.

MM. Froin et **Ramond.** — La numération en série des éléments blancs dans la sérosité de la pleuro-tuberculose primitive permet d'être fixé d'une façon certaine sur l'évolution de l'épanchement.

C'est ainsi que plus l'épanchement augmente, plus les leucocytes diminuent par millimètre cube de sérosité; inversement, plus il y a d'éléments par millimètre cube, moins il y a de liquide.

En second lieu, dans la phase de polynucléose initiale, les éléments blancs se raréfient et l'épanchement s'accroît. Au contraire, quand les polynucléaires ont disparu et que se montrent des lymphocytes, des mononucléaires et quelquefois de rares éosinophiles, le liquide n'augmente plus et, après une courte période d'immobilité, commence à se résorber; les leucocytes augmentent alors par millimètre cube.

Pendant la période de polynucléose, tandis qu'il y a une augmentation progressive du liquide, le nombre absolu des leucocytes diminue de jour en jour. Durant la phase lymphocytique, au contraire, le nombre des leucocytes attirés dans la cavité augmente progressivement à mesure que l'épanchement se résorbe; il atteint son maximum vers la fin de l'affection et commence seulement alors à diminuer.

Le nombre des hématies se rapproche le plus souvent de celui des globules blancs et varie généralement dans le même sens. La quantité de fibrine paraît augmenter à mesure que l'épanchement se résorbe.

D'autre part, nous avons étudié le liquide céphalo-rachidien de 12 malades atteints de méningite tuberculeuse, au point de vue des réactions séreuse, fibrineuse et cellulaire.

Les deux premières sont toujours très faibles. Quant aux réactions cellulaires, elles sont extrêmement variables, au point de vue quantitatif et qualitatif.

Le chiffre des globules blancs au niveau de la

région lombaire varie, selon les cas, de quelques unités (5, 16, 20, 30) par millimètre cube à 800, 1,000 et 1,200. Chez un même malade, le nombre des éléments blancs augmente ou diminue sans suivre la même régularité que dans la cavité pleurale.

La formule leucocytaire se caractérise toujours par de la lymphocytose, avec des variations très grandes dans le nombre des polynucléaires. Signalons la rareté et la pauvreté de la réaction éosinophilique dans le liquide céphalo-rachidien, par opposition à ce qui se passe dans l'épanchement de la pleuro-tuberculose primitive qui présente assez souvent une légère éosinophilie.

Cas de pseudo-parasitisme d'un Gordius dans le tube digestif de l'homme.

M. Guéguen. — J'ai observé un ouvrier de trente-quatre ans, qui avait l'habitude de se désaltérer à la pompe d'épuisement employée à l'assèchement des carrières où il travaillait, et qui expulsa un jour, dans un vomissement, un *Gordius* long de 34 centimètres, dont les caractères morphologiques se rapprochent de ceux de *G. alpestris*.

La taille considérable de ce ver ne permet guère de supposer qu'il ait été introduit à l'état adulte dans le tube digestif ; il est plus rationnel d'admettre qu'il a été ingéré à l'état jeune et qu'il a continué à se développer dans l'intestin.

On ne connaît encore qu'un petit nombre de cas de pseudo-parasitisme chez l'homme par des gordiens.

Effets des cultures de tuberculose « in vivo ».

M. Moussu. — Lorsqu'on introduit dans la cavité péritonéale des grands animaux domestiques une culture de tuberculose contenue dans un sac de baudruche, on provoque une réaction thermique comparable à celle que détermine une injection de tuberculine ou de bacille de Koch, et qui dure seulement quelques jours.

L'état général des animaux tuberculeux ne semble pas sensiblement modifié par le séjour prolongé de la culture dans leur cavité abdominale.

MM. Braillon et **Hautefeuille** (d'Amiens) adressent une note tendant à démontrer qu'il n'existe pas, malgré les lésions qui peuvent simuler celles-ci, de granulations miliaires de l'endocarde, et que toute la tuberculose de cet organe se résume dans les lésions inflammatoires et curables à bacilles de Koch, décrites sous le nom d'endocardite tuberculeuse simple.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 11 novembre 1905.

Parésie du nerf récurrent gauche dans le rétrécissement mitral.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Störk** a présenté, en son nom et au nom de M. Frischauer, les pièces anatomiques provenant d'une femme de trente ans, qui était atteinte de rétrécissement mitral avec parésie de la corde vocale gauche : en effet, le nerf récurrent était comprimé par la veine pulmonaire, laquelle se trouvait déplacée vers le haut par l'oreillette gauche dilatée.

On connaît jusqu'à ce jour 7 cas de compression du récurrent par dilatation de l'oreillette gauche, dont 5 avec autopsie. La compression peut être produite par l'oreillette gauche elle-même, par la veine pulmonaire ou par le canal artériel.

M. Pál déclare traiter en ce moment un malade atteint de rétrécissement mitral avec paralysie du nerf récurrent gauche, qui est survenue subitement à la suite d'une insuffisance aiguë du cœur.

M. Reitter fait remarquer que l'apparition simultanée d'une paralysie du récurrent et d'un rétrécissement mitral peut être due à une simple coïncidence, sans qu'il y ait relation de cause à effet entre ces deux lésions. C'est ainsi qu'il a observé une jeune fille atteinte de rétrécissement mitral, qui fut prise de parésie du nerf récurrent à la suite d'une diphtérie : on aurait pu croire à un rapport entre la lésion cardiaque et la parésie du récurrent, si l'on n'avait pas connu les antécédents de la malade.

M. L. Hofbauer dit avoir observé un cas de parésie du nerf récurrent où le nerf était comprimé, par l'oreillette gauche dilatée, entre l'aorte et l'artère pulmonaire.

Traitement des suppurations par l'hyperémie selon la méthode de Bier.

M. Ranzi a présenté plusieurs malades du service de M. von Eiselsberg, qui ont été traités par l'hyperémie pour différentes affections suppuratives (panaris, phlegmons, lymphangites, etc., etc.) ; dans les cas de phlegmon ou de panaris au début, on peut ainsi empêcher la suppuration de se produire.

L'hyperémie par aspiration fut en outre appliquée dans des cas de furoncles, d'abcès et de mastite. Ce traitement offre d'abord l'avantage d'imprimer à l'affection une marche abortive, puis celui d'assurer de meilleurs résultats fonctionnels. C'est ainsi que les nécroses des tendons surviennent rarement dans le panaris ; la durée du traitement est de plus considérablement abrégée et les douleurs cessent dans la plupart des cas.

M. Volk déclare avoir employé la méthode de Bier chez une centaine de malades du service de M. Lang ; il s'agissait surtout de lymphadénites, lésions qui, sous son influence, guérissent, même à une période avancée, sans incision.

M. Necker a traité par la méthode de Bier 40 cas de bubons. Parfois il a fallu faire une petite incision, d'autres fois le pus s'est spontanément fait jour à l'extérieur. La durée du traitement a varié de neuf à vingt-trois jours.

M. O. Frankl dit avoir eu recours à l'aspiration dans des cas de métrite et d'endométrite, en se servant d'un appareil en forme de spéculum, qui est appliqué contre le col.

M. L. Wechsberg préconise également cette méthode dans l'endométrite chronique.

M. von Mosetig-Moorhof rejette le traitement de Bier dans les tuberculoses locales, qu'il a vu s'aggraver sous l'influence de ce traitement.

M. K. Ullmann déclare pourtant avoir employé l'aspiration avec succès dans la tuberculose de l'épididyme.

M. von Eiselsberg croit également que les tuberculoses locales peuvent guérir par l'hyperémie ; il a vu dans le service de M. Bier des cas guéris par ce procédé, alors que l'amputation semblait devoir être nécessaire.

Hyperplasie thymique.

M. Katholicky (de Brünn) a présenté les pièces anatomiques d'une femme de quarante-six ans, qui fut opérée pour une hernie étranglée sous anesthésie mixte (éther et chloroforme) ; quatre jours après l'intervention, la patiente succomba par faiblesse du cœur. A l'autopsie, on trouva une hyperplasie du thymus, lequel était entouré de plusieurs ganglions hypertrophiés. Il paraît s'être agi dans ce cas d'une « mort thymique ».

M. Max. Richter exprime des doutes sur la réalité de la mort par persistance du thymus ; cet organe persiste souvent jusqu'à vingt ans, parfois même jusqu'à un âge très avancé, sans déterminer aucun trouble. Le cas de M. Katholicky prouve du reste qu'un individu ayant un thymus persistant peut très bien supporter la narcose.

M. Escherich fait remarquer que la réalité de la « mort thymique » est prouvée par les faits de mort subite survenant à la suite d'une opération ou d'une narcose, sans qu'on trouve à l'autopsie d'autre cause de décès qu'une augmentation de volume du thymus.

Rétrécissement de la veine cave supérieure.

Dans la séance du 9 novembre de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE VIENNE, **M. R. Schmidt** a présenté un jeune homme qui, depuis un an, ne peut pas rester dans la position horizontale, celle-ci déterminant une vive dyspnée et une cyanose du visage et du cou, parfois avec exophtalmie et gonflement de la muqueuse nasale. Les mêmes troubles surviennent lorsque le malade se lève brusquement et même lorsqu'il mange ou écrit plus vite que d'ordinaire. Sur l'abdomen, on constate des réseaux veineux dilatés.

Ces stases sont dues à un rétrécissement de la veine cave supérieure, dont l'étiologie est inconnue.

Artériosclérose par phloridzine.

M. R. Kolisch a rendu compte d'expériences ayant consisté à injecter à des lapins de la phloridzine pendant deux ou trois semaines, dans les veines ou sous la peau. Chez une partie des animaux ainsi traités on a trouvé des plaques opalines dans la paroi de l'aorte ; à l'examen microscopique, on constata l'existence, dans la membrane moyenne de ce vaisseau, à la limite de l'*intima*, de masses homogènes ayant déplissé les fibres élastiques.

Toutes les substances connues jusqu'à ce jour pour produire une élévation de la pression sanguine et des altérations analogues à celles de l'artériosclérose (adrénaline, tabac, etc.) contenaient dans leur formule chimique un groupe AzH^2, auquel on a attribué ladite action. L'orateur fait observer que ses expériences vont à l'encontre de cette opinion, car la phloridzine n'est pas un composé azoté.

Dr SCHNIRER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE NANCY

Antoniou (A.). Contribution à l'étude des cytotoxines en général ; recherches sur la lésion de la cellule rénale produite par la néphrotoxine.

Barret (J.-M.). La lutte contre la poussière des voies publiques.

Besançon (P.-J.). Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale au cours de l'hématocèle rétro-utérine.

Bosmont (J.). De l'œil chez le vieillard.

Canel (P.-E.). De la rigidité spasmodique infantile (syndrome de Little).

Caye (Ch.-M.). Des traumatismes de l'œil et de ses annexes par les armes de guerre.

Chéry (R.-L.). Des amétropies dans leurs rapports avec les indices orbitaire et céphalométrique en Lorraine.

Clair (Ch.-A.). Des encéphalocèles de l'angle interne de l'orbite (variété faciale).

Daiche (E.-R.). De la psychose aiguë post-infectieuse avec troubles du langage chez l'enfant.

David (J.). Du peroxyde de zinc et de ses applications en ophtalmologie.

Dupond (R.-M.). Recherches sur la motilité et les organes moteurs des bactéries.

Forthomme (M.-H.). De l'hypospadias balanique et pénien ; son traitement chirurgical.

Gobert (L.). Des abcès froids du médiastin antérieur.

Grandjean (P.-M.). Contribution à l'étude de la main-bote congénitale.

Grosdemange (L.). Hygiène de la minoterie.

Halimbourg (E.). Considérations cliniques sur les tumeurs malignes primitives de la glande lacrymale.

Hausmann (P.-H.). De la mucocèle du sinus maxillaire.

Humbert (L.-M.). Contribution à l'étude des blessures de l'uretère au cours des interventions chirurgicales sur l'utérus et les annexes, et de leur traitement.

Job (L.). De la réduction non sanglante des luxations congénitales de la hanche.

Lajoue (A.-Ch.). Contribution à l'étude de la myélite syphilitique.

Lévy (E.-I.). Contribution à l'étude du traitement des ruptures utérines survenues pendant le travail de l'accouchement.

Long-Pretz (A.-M.). Microbisme latent et autotoxi-infection ; leur rôle dans la pathogénie des neurasthénies, psycho-névroses et maladies organiques du système nerveux, particulièrement celles dues à un choc physique ou moral.

Mégrat (J.). Du traitement chirurgical de la tuberculose rénale.

Mouton (G.). La syphilis du maxillaire supérieur envisagée spécialement dans ses rapports avec les affections du système dentaire.

Mussy (J.-L.). De la radiographie stéréoscopique par la méthode des réseaux.

Robert (H.-J.). Potasse et soude urinaires; contribution à l'étude de leur dosage et de leur excrétion normale et pathologique.

Rosenthal (P.). Des troubles oculaires, surtout fonctionnels, causés par la foudre.

Roussel (H.-G.). De la valeur du pouls dans le diagnostic précoce de l'infection péritonéale consécutive aux perforations intestinales et de quelques considérations sur le traitement des péritonites par perforation.

Savoff (G.). Recherches sur l'aspergillose (à propos de deux cas observés dans l'est de la France).

Schneider (G.-J.). Des complications intestinales au cours de la pneumonie.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Bondi (J.). Zur Histologie des Amnionepithels. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 sept.)

Calvert (W. J.). Diminutive spleen. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Rate minuscule.

Caminiti (R.). Contributo alla conoscenza della scissione diretta del nucleo. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 15 août.)

Held (H.). Die Entstehung der Neurofibrillen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er août.) — De l'origine des neurofibrilles.

Jan (J.). Neurofibrilly za pomeru normálních a pathologickych. (*Casopis lékaru ceskych*, 29 juillet et 5 août.) — Les neurofibrilles à l'état normal ou pathologique.

Kopczynski (S.). Badania doswiadczalne z sakresu anatomii i fizyologii tylnych korzeni rdzeniowych. (*Gaz. lekarska*, 10 juin.) — Recherches expérimentales sur l'anatomie et la physiologie des racines postérieures.

Krause (W.). Handbuch der Anatomie des Menschen, mit einem Synonymenregister. 4. Abteilung : Synonymenregister; deutsches und etymologisches Register. In-8°, p. 681 à 919. Leipzig.

Passek (V.). Neue Methoden zur Färbung der Nervenzellen (zu der Frage von Saftcanälchen). (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 16 juillet.) — Technique de la coloration des cellules nerveuses.

Waldeyer (W.) et **Posner** (C.). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der Anatomie und Physiologie (Jahrgang 1904). In-8°, 321 p. Berlin. — Revue annuelle des travaux d'anatomie et de physiologie (année 1904).

Wood (G. B.). The lymphatic drainage of the faucial tonsils. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

PHYSIOLOGIE

Babkine (B. P.). L'influence des savons sur la sécrétion du pancréas. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, XI, 3.)

Bard (L.). Sur l'orientation et l'accommodation auditives. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

Edridge-Green (F. W.). The perception of light and colour. (*Brit. Med. Journ.*, 22 juillet.) — La perception de la lumière et de la couleur.

Grober (J.). Das Schicksal der eiweisslösenden Verdauungsfermente im Darmkanal. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIII, 3-4.) — Le sort des ferments protéolytiques dans le tube digestif.

Harnack (E.). Studien über Hautelektrizität und Hautmagnetismus des Menschen. In-8°, 65 p. avec fig. Iéna. — Sur l'électricité et le magnétisme cutanés chez l'homme.

Kaufmann (R.). Zum Mechanismus der Magenperistaltik. (*Wien. med. Wochensch.*, 5 août.) — Le mécanisme du péristaltisme stomacal.

Lazarus (P.). Ueber die spinale Lokalisation der motorischen Funktionen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVII, 1-2.)

Oliver (G.). On hæmomanometry in man. (*Lancet*, 22 juillet.)

Wertheimer (E.). A propos de la démonstration de l'indépendance du « réflexe acide » du pancréas vis-à-vis du système nerveux. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Zwaardemaker. Sur la sensibilité relative de l'oreille humaine pour des sons de hauteurs différentes, mesurée au moyen de tuyaux d'orgue. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, juillet-août.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bindi (F.). Contribution à l'étude du tissu élastique dans les tumeurs. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Caminiti (R.). Beitrag zur pathologischen Histologie des Gasser'schen Ganglions. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 4.)

Cecca (R.). Sarcoma endoteliale melanotico primitivo delle ghiandole linfatiche. (*Gazz. degli Osped.*, 6 août.)

Eller (R.). Ueber die Beziehungen eines Uterusmyoms zu gleichzeitig vorhandenen multiplen Tumoren beider Nieren. (*Virchows Arch.*, CLXXXI, 2.) — Coexistence d'un fibrome utérin et de tumeurs multiples des deux reins.

Farmer (J.), **Moore** (J.) et **Walker** (C.). On the behaviour of leucocytes in malignant growths. (*Brit. Med. Journ.*, 12 août.) — Les leucocytes dans les tumeurs malignes.

Kaiser (Frida). Zur Kenntnis der primären Muskeltuberkulose. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 4.)

Kraus (E.). Ueber Wucherungen im Corpusepithel bei Cervixkarzinom. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 3.) — Sur les proliférations épithéliales du corps utérin dans le cancer du col.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Ricciardi (P.). Sul meccanismo d'azione della bile nella genesi del ritmo raro da itterizia. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 30 mai.)

Riva (E.). Lesioni del reticolo neuro-fibrillare della cellula nervosa nell'inanizione sperimentale studiate con i metodi del Donaggio. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXXI, 2.)

Sauerbruch (F.). Die Chirurgie des Brustteils der Speiseröhre. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — Chirurgie de l'œsophage thoracique.

Scheidemandel (E.). Ueber die durch Adrenalininjektionen zu erzeugende Aortenverkalkung der Kaninchen. (*Virchows Arch.*, CLXXXI, 2.) — Sur l'athérome de l'aorte produit expérimentalement chez le lapin par des injections d'adrénaline.

Sollmann (T.) et **Brown** (E. D.). Intravenous injection of ergot; effects on the mammalian circulation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 juillet.)

Uffenheimer (A.). Die Durchgängigkeit des Magendarmkanales neugeborener Tiere für Bakterien und genuine Eiweissstoffe. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 août.) — La perméabilité du tube gastro-intestinal des animaux nouveau-nés aux microbes et aux albumines.

Van Loghem (J. J.). Bijdragen tot de kennis van jicht : de invloed van zoutzuur op het tot stand komen van experimenteele uraatneerslagen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 12 août.) — La goutte; influence de l'acide chlorhydrique sur les précipités expérimentaux d'urate.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Ceni (C.). Sulla natura e sui caratteri dei principi tossici e antitossici naturali del siero di sangue di epilettici. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXXI, 2.)

Ernberg (H.). Studien über chronische Nephritis, mit besonderer Berücksichtigung des Stickstoffumsatzes. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVIII, 1 et 2.) — La néphrite chronique, notamment au point de vue des échanges azotés.

Klieneberger (C.) et **Oxenius** (R.). Ueber Urine und Urinsedimente bei febrilen Erkrankungen, bei Ikterus und bei Diabetes. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIII, 3-4.)

Levaditi (C.). Antitoxische Prozesse. In-8°, 96 p. avec fig. Iéna.

Oberndorfer (S.). Ueber Multiplizität von Tumoren. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er août.)

Raymond (P.). L'hérédité morbide. In-8°, 375 p.

Riffel (A.). Schwindsucht und Krebs im Lichte vergleichend-statistisch-genealogischer Forschung. In-8°, 121 p. Carlsruhe. — Phtisie et cancer.

Rothberger. Ueber die entgiftende Funktion der Leber. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 août.) — La fonction antitoxique du foie.

MÉDECINE

Abramov (S.). Beiträge zur Pathogenese des Icterus. (*Virchows Arch.*, CLXXXI, 2.)

Aldor (L. von). Ueber die hämorrhagische Form der Lebercirrhose (Cirrhosis gastroenterorrhagica seu hæmorrhagica Maixner). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 août.)

Apelt (F.). Ueber die allgemeine Enge des Aortasystems. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 juillet et 3 août.) — Sur l'angustie générale du système aortique.

Ascarelli (A.). Atrofia giallo-acuta del fegato e trauma. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXV, 3.)

Azevedo Sodré (A. A. de). Febres de calor. (*Brazil-medico*, 1er août et 8 sept.) — Coups de chaleur.

Barlocco (A.). Asciti opalescenti pseudochilose. (*Gazz. degli Osped.*, 20 août.)

Bauer (R.). Die Ehrlich'sche Aldehydreaktion im Harn und Stuhl. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 26 août.) — La réaction d'Ehrlich pour la recherche de l'aldéhyde dans l'urine et dans les matières fécales.

Boas (I.). Diagnose und Therapie der nervösen Magendarmerkrankungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 août.) — Diagnostic et traitement des névroses gastro-intestinales.

Bosse (H.). Ein Fall von arteriosklerotischer Schrumpfniere mit Endarteriitis pulmonalis thrombotica. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 2 sept.) — Rein contracté artériosclérotique avec endartérite oblitérante de l'artère pulmonaire.

Browning (C. H.). A case of mixed-cell leukæmia, with a short account of recent views on atypical leukæmias. (*Lancet*, 19 août.)

Calvert (W. J.). Movability of the heart in pneumothorax. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, sept.) — Mobilité du cœur dans le pneumothorax.

Chauffard (A.) et **Laederich** (L.). Etude sur quelques formes cliniques de l'anémie pernicieuse : formes curables, formes secondaires, forme ictérique. (*Rev. de méd.*, sept.)

Cheney (W. F.). The incidence of heart disease in San Francisco. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 août.) — La fréquence des maladies de cœur à San-Francisco.

Corsini (F.) et **Salvestroni** (G.). Di un caso di morbo di Roger. (*Gazz. degli Osped.*, 10 août.)

Schilling (F.). Das peptische Magengeschwür mit Einschluss des peptischen Speiseröhren- und Duodenalgeschwürs. (*Berlin. Klinik*, août.) — L'ulcère peptique de l'estomac, de l'œsophage et du duodénum.

Schmidt (A.) et **Strasburger** (J.). Die Fäces des Menschen im normalen und krankhaften Zustande, mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Untersuchungsmethoden. 2e éd. In-8°, 367 p. avec fig. Berlin.

Selig (A.). Die funktionelle Herzdiagnostik. (*Prag. med. Wochensch.*, 27 juillet et 3 août.) — Le diagnostic fonctionnel du cœur.

Stow (B.). Congenital tricuspid stenosis complicated by mitral stenosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Testi (A.). Pancreatite primitiva benigna. (*Gazz. degli Osped.*, 30 juillet.)

MALADIES INFECTIEUSES

Amaducci (A.). Sul preteso valore semiologico e diagnostico del segno di Kernig. (*Policlinico*, 6 août.)

Arneth (J.). Die Lungenschwindsucht auf Grundlage klinischer und experimenteller hämatologischer Untersuchungen, mit besonderer Berücksichtigung der sich in diagnostischer, prognostischer, therapeutischer Hinsicht (speciell mit Bezug auf Tuberkulinbehandlung) ergebenden Gesichtspunkte. In-8°, 105 p. avec fig. Leipzig. — La phtisie pulmonaire.

Bordot (E.). Sobre algunos casos de meningitis cerebro-espinal. (*Arch. latino-americanos de pediatria*, juillet.)

Castellani (A.). Cerebrospinal meningitis in Ceylon. (*Lancet*, 5 août.)

Crispin (E. S.). A case of blackwater fever. (*Lancet*, 5 août.) — Fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Federn (S.). Ueber das Wesen des Cholera-prozesses und dessen Behandlung. (*Wien. med. Presse*, 10 sept.)

Heiman (H.), **Buerger** (L.) et **Aronson** (E. A.). The clinical, bacteriological, and metabolic aspects of a case of traumatic tetanus; treatment with tetanus antitoxin; recovery. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Köppen (A.). Zur Diagnose der Influenza und zur Pathogenese ihrer Symptome. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 août.)

Kunert. Ueber Beri-Beri. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 2 sept.)

Lafond-Grellety. Le diagnostic de tuberculose doit-il être livré à l'intéressé? (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 13 août.)

Martini et **Rohde**. Ein Fall von Meningokokkenseptikämie (Meningococcus intracellularis Weichselbaum-Jäger). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 août.)

Morello (G.). Di un caso di ileo-tifo, complicato ad enterorragia ed a peritonite diffusa, seguito da guarigione. (*Gazz. degli Osped.*, 1er août.)

Peyroux (A.-L.). Considérations cliniques sur un cas de cycle typhoïdique anormal. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 juillet.)

Vinay (Ch.). La tuberculose inflammatoire. (*Rev. de méd.*, août.)

Weleminsky (F.). Zur Pathogenese der Lungentuberkulose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 juin, 31 juillet et 7 août.)

Willson (R. N.). The negative value of Kernig's sign. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Abadie (J.). L'analgésie tendineuse à la pression et, en particulier, l'analgésie achilléenne dans le tabes. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 27 août.)

Aievoli (E.). Sulle intime rispondenze etiologiche e patogeniche fra lipomi, adiposi dolorosa, adenolipomatosi. (*Morgagni*, août et sept.)

Amadori (L.). Sopra un caso di siringomielia. (*Gazz. degli Osped.*, 19 sept.)

Argutinsky (P.). Ueber einen Fall von Thyreoaplasie (angeborenem Myxödem) und über den abnormen Tiefstand des Nabels bei diesem Bildungsdefekt. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 août.)

Bernhardt (M.). Isolierte Lähmung des rechten Nervus musculocutaneus nach Tripper (Mononeuritis nervi musculocutanei dextri infectiosa, gonorrhoica). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 août.)

Biancone (G.). Contributo clinico ed anatomico allo studio dei tumori del ponte. (*Policlinico*, partie méd., XII, 8 et 9.)

Bornstein (M.). Asthenia paroxysmalis. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 16 août.)

Bruschi (I.). Lesione trasversa completa del midollo spinale per ferita d'arma da fuoco. (*Gazz. degli Osped.*, 17 sept.)

Camp (C. D.). The difficulty of diagnosticating between tabes and cerebrospinal syphilis. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.)

Clopatt (A.). Ueber einen Fall von Poliomyelitis anterior acuta mit oculo-pupillären Symptomen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 sept.)

Courtellemont. Tabes et lésions aortiques. (*Nord méd.*, 15 août.)

Klau (F.). Ein Fall von Akromegalie. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 5 et 12 août.)

Linguerri (D.). Particolari alterazioni del linguaggio in un caso di demenza primitiva. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXXI, 2.)

Lorenzi (C.). Il suicidio negli alcoolisti. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXXI, 2.)

Modena (G.) et **Siccardi** (P. D.). Su di un caso di miotonia; considerazioni su la sindrome miotonica. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXXI, 2.)

Müller (E.) et **Seidelmann** (W.). Zur Physiologie und Pathologie der Bauchdeckenreflexe. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 juillet.) — Physiologie et pathologie des réflexes de la paroi abdominale.

Muskens (L. J. J.). De voor- en nadeelen der zoutonthouding en de behandeling der genuine epilepsie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 sept.) — Avantages et inconvénients de la déchloruration dans l'épilepsie essentielle.

Paris (A.). La légende de la fréquence des fractures spontanées chez les paralysés généraux. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er août.)

Pighini (G.) et **Paoli** (G.). Di una speciale forma del globulo rosso nella demenza precoce. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXXI, 2.)

Randall (B. A.). Notes on otitic epilepsy, with report of a case relieved by mastoid exenteration. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Raymond (F.) et **Egger** (Max). Un cas d'ataxie vestibulaire. (*Rev. neurol.*, 30 juin.)

Soukhanov (S.). Délire alcoolique continu ou hallucinose continue dans l'alcoolisme chronique. (*Journ. de neurol.*, 20 juillet.)

PARASITOLOGIE

Bertrand (L.). Défense de la théorie parasitaire du cancer. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, juin-juillet.)

Bruns (H.) et **Müller** (W.). Die Durchwanderung der Ankylostomalarven durch die menschliche Haut; die Bedeutung dieser Infektionsmöglichkeit für die Verbreitung und Bekämpfung der Wurmkrankheit. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er août.) — La migration transcutanée des larves d'ankylostome.

Cassaët et **Nabias** (de). 2 cas de pseudo-parasitisme des Myriapodes chez l'homme (Chætechelyne vesuviana et Himantharium Gabrielis). (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 10 sept.)

Ceni (C.). Potere patogenò dell'*Aspergillus ochraceus* e suo rapporto coll'etiologia e patogenesi della pellagra. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXXI, 2.)

Nöggerath (C. T.) et **Stähelin** (R.). Zum Nachweis der Spirochæte pallida im Blut Syphilitischer. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er août.) — Sur la recherche du *Spirochæte pallida* dans le sang des syphilitiques.

Spitzer (L.). Ueber Spirochätenbefunde im syphilitischen Gewebe. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 août.) — Sur la présence de spirochètes dans les tissus syphilitiques.

Stäubli (C.). Ueber Trichinosis. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 août.)

Truhart (H.). Ueber Entozoen im Pankreas. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 1er et 8 juillet.)

Verdun. Sur la fréquence relative du bothriocéphale dans le nord de la France. (*Echo méd. du Nord*, 13 août.)

CHIRURGIE

Andrews (E. W.). Colohepatopexy or colon substitution; a new operation for perigastric adhesions after gallstone operations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 sept.)

Babler (E. A.). The significance of sudden, severe, abdominal pain. (*New York Med. Journ.*, 5 et 12 août.) — Signification de la douleur abdominale violente à début brusque.

Besson (A.). Technique chirurgicale journalière. In-8°, 178 p. avec fig. Lille.

Binnie (J. F.). Manual of operative surgery. In-8°, 670 p. avec fig. Londres.

Bishop (E. S.). Notes on abdominal surgery based upon completed records of 744 cases. (*Lancet*, 19 et 26 août.)

Boari (A.). Allacciatura simultanea della giugulare interna e della carotide interna. (*Policlinico*, 20 août.)

Bode (F.). Die chirurgische Behandlung der Appendicitis, auf Grund von 450 Operationen im akuten Stadium. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 3.)

Bogolioubov (V.). Des kystes branchiaux multiloculaires du cou (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIV, 13.)

Borchardt (M.). Cholesteatom der hinteren Schädelgrube. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 3.) — Cholestéatome de la fosse occipitale.

Bottaro (L. P.). Litiasis biliar; hidropesía de la vesícula; cálculo enclavado en el canal hepático; hepaticotomía; colecistectomía. (*Rev. méd. del Uruguay*, juin.)

Heine (O.). Ein Fall von Myositis ossificans traumatica. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, août.)

Loison (E.). La chirurgie du champ de bataille. (*Marseille méd.*, 1er août.)

Lycklama à Nijeholt (H. J.). Nabehandeling na appendectomie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 26 août.) — Les soins consécutifs à l'appendicectomie.

Martina (A.). Zur Behandlung des Pleuraempyems. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 4-6.)

Mayo (W. J.). Some remarks on cases involving operative loss of continuity of the common bile duct, with the report of a case of anastomosis between the hepatic duct and the duodenum. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Résection du canal cholédoque; anastomose du canal hépatique avec le duodénum.

Morestin (H.). Calcul du canal de Wharton. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Morquio (L.). Fractura de la base del craneo; trastornos mentales consecutivos; curación. (*Arch. latino-americanos de pediatria*, juillet.)

Narath (A.). Ueber die subkutane Verlagerung des Omentum. (*Zentr.-Bl. f. Chir.*, 12 août.) — De l'omentopexie sous-cutanée.

Neuhaus. Zur Casuistik posttraumatischer Magendarmstenosen. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, août.) — Rétrécissement gastro-intestinal traumatique.

Nötzel (W.). Die Principien der Peritonitisbehandlung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — Sur le traitement de la péritonite.

Oehlecker (F.). Resultate blutiger und unblutiger Behandlung von Patellafracturen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 3.) — Résultats du traitement sanglant ou non sanglant des fractures de la rotule.

Payr (E.). Ueber eine eigentümliche Form chronischer Dickdarmstenose an der Flexura coli sinistra. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 3.) — Variété particulière du rétrécissement chronique du gros intestin au niveau de l'angle gauche du côlon.

Pinatelle (L.) et **Rivière** (G.). De l'évacuation méthodique de l'intestin (lavage et électrisation) par l'entérotomie combinée au cathétérisme ou à l'expression des anses dans les occlusions mécaniques aiguës; recherches cadavériques. (*Rev. de chir.*, août.)

Ritter (C.). Die Neubildung von Lymphdrüsen beim Mammacarcinom. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIX, 1-3.) — La néoformation de ganglions lymphatiques dans le cancer du sein.

Rosenbach (F. J.). Ueber maligne Gesichtsfurunkel und deren Behandlung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 3.) — Les furoncles malins de la face et leur traitement.

Sarwey (O.). Bakteriologische Untersuchungen über Hände-Desinfektion und ihre Endergebnisse für die Praxis. In-8°, 91 p. avec fig. Berlin. — Recherches bactériologiques sur la désinfection des mains.

Schloffer (H.). Ueber Perubalsam als Mittel zur Wundbehandlung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 3.) — Le baume du Pérou dans le pansement des plaies.

Solina (C.). Splenectomia per milza ectopica con ipertrofia da malaria. (*Policlinico*, 10 sept.)

Steinmann (F.). Zur operativen Behandlung des Leistenhodens. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 août.) — Sur le traitement chirurgical de l'ectopie inguinale du testicule.

Struckmann (C.). Om administrering af æternarkosen. (*Hospitalstidende*, 26 juillet et 2 août.)

Summers (J. E.). The surgical treatment of chronic mucomembranous and ulcerative colitis, with special reference to technique. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Suter (F. A.). Ueber die operative Behandlung von Zwerchfellwunden. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — Sur le traitement chirurgical des plaies du diaphragme.

Vecchi (A.). Sulla sutura col filo d'oro nella operazione radicale dell'ernia. (*Morgagni*, juillet et août.)

Webber (H. W.). Two cases of acute hæmorrhagic pancreatitis. (*Lancet*, 5 août.)

Weidenfeld (S.) et **Zumbusch** (L. von). Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie schwerer Verbrennungen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXVI, 1 et 2.) — Pathologie et traitement des brûlures graves.

Whitman (R.). The treatment of congenital and acquired luxations at the shoulder in childhood. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Traitement des luxations congénitales ou acquises de l'épaule chez l'enfant.

Wittek (A.). Erklärungsversuch der Entstehung der supramalleolären Längsfraktur der Fibula. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — Sur la pathogénie de la fracture longitudinale sus-malléolaire du péroné.

Zade (H.). Ueber postoperativen arteriomesenterialen Darmverschluss an der Duodeno-Jejunalgrenze und seinen Zusammenhang mit akuter Magendilatation. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — Sur l'iléus artério-mésentérique post-opératoire de l'angle duodéno-jéjunal et ses rapports avec la dilatation aiguë de l'estomac.

OPHTALMOLOGIE

Ambialet. Orbites et conformations crâniennes; protrusions oculaires extra-orbitaires. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Bellucci (O.). Un raro caso di lussazione sottocongiuntivale del cristallino. (*Gazz. degli Osped.*, 20 août.)

Best. Die lokale Anästhesie in der Augenheilkunde. In-8°, 52 p. Halle. — L'anesthésie locale en ophtalmologie.

Brav (A.). Astigmatism, a cause of vomiting in school children. (*New York Med. Journ.*, 26 août.)

Chaillous (J.). Deux cas d'infection traumatique du globe oculaire par un microbe anaérobie (*Bacillus perfringens*). (*Ann. d'oculist.*, août.)

Connor (L.). Is keratitis ever caused by rheumatism? (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 août.)

Crocker (F. S.). Progressive axial myopia; its prevention and cure by appropriate treatment of the internal and external recti muscles. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 août.)

Dupuy-Dutemps. Sur une forme spéciale d'atrophie de l'iris au cours du tabes et de la paralysie générale; ses rapports avec l'irrégularité et les troubles réflexes de la pupille. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Eaton (F. B.). Experimental and clinical evidence of dynamic (spastic) astigmatism. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 août.)

Elter et **Haass.** Neue Operationsmethode bei Liddefekten und Ektropium durch freie Plastik aus der Ohrmuschel. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 sept.) — La blépharoplastie à l'aide d'un lambeau chondro-dermique prélevé sur le pavillon de l'oreille dans les pertes de substance de la paupière et dans l'ectropion.

Fuchs (E.). Ueber kleine Rupturen an der Corneoskleralgrenze. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 sept.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Frandsen (J.). Mekanisk födselshindring paa grund af tumor; sectio cæsarea. (*Hospitalstidende*, 2 août.) — Dystocie causée par une tumeur; opération césarienne.

Geisthövel (F.). Ein Fall von vaginaler Ovariotomie (Dermoidcyste) intra partum. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.)

Godart (J.). Kyste papillaire de l'ovaire avec généralisation; opération; récidive après six mois. (*Policlinique*, 1er août.)

Haagn. Geburtsverlauf bei einem Fall von hochgradiger Cervixhypertrophie. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 sept.) — Marche de l'accouchement dans un cas d'hypertrophie considérable du col utérin.

Hauch (E.). Ueber Claviculafrakturen Neugeborener bei Geburt in Schädellage. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 août.) — Sur les fractures de la clavicule dans les accouchements par le sommet.

Herff (O. von). Lässt die Haltungsverbesserung bei Gesichtslagen einen besonderen Vorteil erwarten? (*Münch. med. Wochensch.*, 8 août.) — Y a-t-il avantage à corriger l'attitude du fœtus dans les présentations de la face?

Hofmeier (M.). Die Ventrifixura uteri bei Verlagerungen des Uterus. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LV.) — L'hystéropexie contre les déviations utérines.

Hohmeier (F.). Ein Beitrag zur decidualen Reaktion der Cervix. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.)

Kermauner (F.). Zur Entstehung der Schräg- und Querlagen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 août.) — Sur les présentations de l'épaule.

Klein (G.). Blutuntersuchungen bei Unterleibsleiden der Frauen, besonders bei Uterusmyomen. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 août.) — L'examen du sang dans les affections gynécologiques, notamment dans le cas de fibromes utérins.

Kranenburg (H. J. Boelmans). Een geval van den gecontraheerden ring van Bandl. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 sept.) — Rétraction de l'anneau de Bandl.

Lewers (A. H. N.). An analysis of 300 consecutive gynæcological laparotomies. (*Lancet*, 8 et 29 juillet et 5 août.)

Lichtenauer (K.). Sollen wir die Neïmplantation des Ureters intra- oder extraperitoneal vornehmen? (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.)

Lima (R.). Um caso de hebotomia. (*Brazil-medico*, 15 juillet.) — Pubiotomie.

Marx (A.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Cysten des kleinen Labiums. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — Kyste de la petite lèvre.

Müller (B.). Ueber mangelhafte Entwicklung der Genitalien und Missbildung des Uterus. (*Prag. med. Wochensch.*, 24 et 31 août et 7 sept.) — Anomalies de développement des organes génitaux et malformation de l'utérus.

Nebesky (O.). Ueber einen Fall von polypösem Kystom. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 août.)

Neumann (A. E.). Zur Methodik der Sterilisation der Frau. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.)

Oliver (J.). Missed labour and missed abortion. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.)

Peterson (R.). The relation of the appendix to pelvic disease. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Pollak (E.). Die anticipierte Klimax und ihre nächsten Folgen für den Organismus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — La ménopause prématurée et ses conséquences immédiates pour l'organisme.

Rissmann (P.). Zur abdominalen Ureterimplantation. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.)

Robb (H.). Inflammatory conditions of the appendix accidentally brought to light in pelvic operations. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Ruge (P.). Ueber die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft wegen starken Erbrechens und Schwindsucht. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 août.) — Sur l'avortement provoqué pour vomissements incoercibles ou pour phtisie.

Schink. Spontane Narbenruptur nach querem Fundalschnitt. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 août.) — Rupture spontanée de la cicatrice provenant d'une incision sur le fond de l'utérus.

Sellheim (H.). Rechtfertigt ein abnorm grosser Kindskopf auch beim wenig verengten Becken die operative Beckenerweiterung? Zugleich ein Beitrag zu der Steigerung des Missverhältnisses zwischen kindlichem Kopf und engem Becken durch Grossköpfigkeit des Vaters. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 sept.) — Le volume excessif de la tête fœtale justifie-t-il une intervention opératoire pour agrandir le bassin?

Semmelink (H. B.) et **De Josselin de Jong** (R.). Beitrag zur Kenntnis der Adenomyome des weiblichen Genitalapparates. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.)

Sitzenfrey (A.). Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom hohen vorderen Geradstand der Hinterhauptslage. (*Prag. med. Wochensch.*, 3 août.) — Présentation occipito-antérieure au détroit supérieur.

Smith (A. L.). Appendicitis in relation to pelvic disease and pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Van Tussenbroek (Mlle C.). Ueber wechselnden Tonus des Gebärmuttermuskels mit Bezug auf die Gefahr einer Perforation bei der Curettage. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 août.) — Sur les variations de tonicité du muscle utérin, au point de vue des risques de perforation au cours du curettage.

Vedeler (B. C.). Ueber Retroflexio. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVII, 4.)

Voorhees (J. D.). A report of seven cesarean sections. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Wenczel (Th. von). Zwei Fälle von Zwillingsplacenta mit gemeinsamem Amnion. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12 août.) — Placenta de jumeaux avec amnios commun.

Winkler (H.). Ueber die Ergebnisse von Magenuntersuchungen bei Frauenleiden. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 août.) — L'examen de l'estomac dans les affections gynécologiques.

Zacharias (P.). Ueber Ovarialresektion. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 août.)

PÉDIATRIE

Araoz Alfaro (G.). Diagnostico de las ascitis infantiles y especialmente de la peritonitis tuberculosa de forma ascitica. (*Arch. latino-americanos de pediatria*, juillet.)

Bosse (H.). Ein Fall von Pulmonalinsuffizienz im Kindesalter. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 19 août.)

Emanuel (J. G.). Congenital multiple occlusions of the small intestine. (*Lancet*, 12 août.) — Occlusions congénitales multiples de l'intestin grêle.

Gaudier (H.). Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur ou coxalgie au début. (*Echo méd. du Nord*, 6 août.)

Joachimsthal et **Cassirer.** Ueber amniotische Furchen und Klumpfuss, nebst Bemerkungen über Schädigungen peripherer Nerven durch intrauterin entstandene Schnürfurchen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 août.) — Sur les sillons amniotiques et le pied bot.

Landois (F.). Zur Physiologie des Neugeborenen; Beobachtungen an 50 Neugeborenen in Bezug auf die Körpergewichtsverhältnisse und die täglich aufgenommenen Nahrungsmengen in den ersten 10 Lebenstagen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Examen de 50 nouveau-nés au point de vue du poids du corps et de la quantité quotidienne de nourriture au cours des dix premiers jours.

Oppenheimer (R.). Ueber Aortenruptur und Arteriosklerose im Kindesalter; ein Beitrag zur Entstehung der Arteriosklerose. (*Virchows Arch.*, CLXXXI, 2.)

Sherman. The premature infant. (*New York Med. Journ.*, 5 août.)

Sill (E. M.). The management of summer diarrhœa in infants and young children; observations based on 5000 cases. (*New York Med. Journ.*, 5 août.) — 5000 cas de diarrhée estivale du nourrisson au point de vue thérapeutique.

HYGIÈNE

Ascher (L.). Der Einfluss des Rauches auf die Atmungsorgane. In-8°, 66 p. avec fig. Stuttgart. — L'influence de la fumée sur les organes respiratoires.

Duchâteau. L'hygiène et les hôpitaux à Buénos-Ayres en 1905. (*Arch. de méd. navale*, août.)

Malméjac (F.). L'hygiène à Biskra. (*Echo méd. du Nord*, 13 août.)

Pagès (C.). Hygiène des sédentaires. In-16, 327 p.

Sanitätsbericht über die k. deutsche Marine für den Zeitraum vom 1. Oktober 1902 bis 30. September 1903. In-8°, 201 p. Berlin. — Rapport sanitaire sur la marine impériale allemande du 1er octobre 1902 au 30 septembre 1903.

RÉPERTOIRE CLINIQUE

La typhlite ptosique et son traitement par la cæcoplicature.

I

Il existe une catégorie nombreuse de malades qui se plaignent d'éprouver dans la région du cæcum des sensations douloureuses. Les douleurs sont parfois franchement intermittentes; ordinairement elles sont sourdes et continues, mais subissent des exacerbations par crises qui reviennent deux ou trois fois par jour, quelques heures après les repas, chez les sujets les plus atteints; une ou deux fois par mois, chez ceux qui sont moins frappés; chez la femme, ces crises précèdent souvent les règles.

Les douleurs ne s'accompagnent pas de symptômes généraux. Le pouls et la température restent constamment normaux. Il peut exister des vomissements : ils sont alors purement réflexes et provoqués par les crises douloureuses, au même titre que les vomissements des coliques hépatiques ou néphrétiques. Les vomissements sont d'autant plus faciles que ces malades sont généralement des dyspeptiques. La constipation est de règle. Les mauvaises digestions, les douleurs finissent par amener l'amaigrissement, l'affaiblissement intellectuel et physique, et créent un état de dépression nerveuse, de neurasthénie qui fait souvent regarder ces sujets comme des névropathes.

Localement, on constate un certain degré de voussure de la paroi abdominale, en face du cæcum. Dans certains cas, la percussion permet de reconnaître au soulèvement pariétal des limites calquées exactement sur celles du cæcum. Dans toute la région, la peau est hyperesthésiée : le frôlement, le pincement sont vivement ressentis; en revanche, la piqûre de la peau n'est parfois pas perçue. L'hypoesthésie douloureuse et l'hyperesthésie tactile reconnaissent une même cause, l'inflammation chronique de la paroi, qui provoque de la congestion des troncs nerveux et un certain degré d'œdème et d'infiltration au niveau des terminaisons tactiles.

Par la palpation, on peut sentir le cæcum distendu par les matières, ou bien, si l'on a eu soin d'évacuer le contenu de l'intestin au moyen d'un lavement ou d'un purgatif, distendu par des gaz. La palpation superficielle, en déplaçant ces gaz, produit une sorte de crépitation neigeuse. La palpation profonde fait sentir un cordon, ou mieux un bourrelet, épais de 1 centimètre, long de 8 à 10 centimètres. Cette dernière sensation, pour être perçue, demande à être cherchée. Dans ce but, le chirurgien se tient debout, à droite du malade, applique à côté et un peu en dehors de l'ombilic les quatre doigts de chaque main, placés côte à côte, puis, fléchissant légèrement les premières phalanges, déprime lentement la paroi jusqu'à l'amener au contact du plan résistant de la fosse iliaque; cette manœuvre est rendue facile par la flaccidité de la paroi chez les patients de cette catégorie. Si l'on ramène alors peu à peu les doigts en dehors sans les fléchir et sans quitter le contact avec le plan profond, on ne tarde pas à sentir le bourrelet : la sensation commence à l'union du tiers moyen et du tiers externe de la ligne spino-ombilicale, un peu au-dessus et en dehors du point de McBurney. La pression exercée par les doigts sur le bourrelet est douloureuse. Ce que le chirurgien sent dans cette exploration, ce n'est pas, comme on le croit trop souvent, l'appendice, mais la paroi parésiée du cæcum distendu, qui s'enroule sous l'action des doigts.

II

Les malades dont je viens d'exposer brièvement l'histoire sont souvent pris pour des appendiculaires, et, récemment, M. Metzger leur consacrait un article (1) en les étiquetant : appendiculaires à appendicite fruste.

En réalité, l'appendice n'est pour rien dans les accidents qui nous occupent. J'en ai eu la preuve dans 3 cas : ayant dû intervenir pour des affections concomitantes, j'ai pu pratiquer l'extirpation et l'examen de l'appendice; cet organe était absolument sain. Cliniquement, j'ai empêché nombre de ces sujets de se faire enlever l'appendice que l'on proposait de leur extirper, le croyant malade; jamais aucun d'eux n'a eu d'accident appendiculaire depuis lors. D'ailleurs, l'appendicectomie dans ces cas non seulement ne soulage pas, mais encore aggrave les douleurs.

Comme les appendiculaires, ces patients sont des constipés; comme eux, ils souffrent dans la fosse iliaque, spontanément ou à la pression. Là s'arrête l'analogie. Jamais la maladie dont je viens d'esquisser les symptômes n'entraîne d'accidents généraux ni de fièvre; jamais elle ne détermine d'empâtement dans la fosse iliaque ni de réaction inflammatoire franche. La paroi reste, à toutes les périodes, remarquablement souple. La douleur à la pression est plus sourde, et c'est seulement en déprimant profondément la paroi et en écrasant le bourrelet contre le plan iliaque que l'on provoque véritablement la défense musculaire que dans l'appendicite un simple frôlement suffit à réaliser. La douleur est plus diffuse, elle siège un peu plus haut et plus en dehors que le point de McBurney. Le repli cæcal perçu par la palpation est enfin plus long, plus épais et plus régulier que l'appendice.

Ces malades ne sont pas davantage des neurasthéniques ni des hystériques. L'abolition de la sensation de piqûre, quand elle existe, tient à des modifications réelles de la paroi, et si l'on constate chez eux des signes de dépression ou d'affaiblissement physique ou intellectuel, c'est que, souffrant continuellement, s'alimentant mal, ils finissent par tomber dans un véritable état d'épuisement.

Il serait trop long d'exposer la pathogénie des accidents qui nous occupent. Je dirai seulement que l'élément essentiel de la maladie est une parésie intestinale généralisée, mais accentuée surtout au niveau du gros intestin.

III

L'affection est des plus douloureuses et exige un traitement actif. Médicalement, un régime convenable, composé de viandes grillées sans graisse ni beurre, de purées, de légumes verts sans graisse, l'administration de lavements froids le matin, l'ingestion de bicarbonate de soude et de magnésie deux heures après le repas peuvent suffire à amener une sédation marquée. Mais, chez un grand nombre de mes malades, cette thérapeutique est restée inefficace.

Je me suis alors demandé si l'on ne pourrait agir chirurgicalement. L'organe où se localisent les accidents douloureux est le cæcum. Le rôle physiologique de cet organe est peu considérable. On est d'autant plus autorisé à le supprimer que les matières y subissent une résorption qui diminue leur teneur liquide; de sorte qu'en faisant cesser cette résorption, on peut espérer combattre la constipation, élément important de l'affection qui nous occupe. La résection du cæcum est une opération trop sérieuse pour qu'on puisse la proposer à des sujets qui sont des infirmes plutôt que des malades. J'ai tourné la difficulté en supprimant le cæcum par une simple plicature de la paroi avec invagination du fond dans la lumière du gros intestin. Voici la technique que j'ai suivie :

Premier temps. — On fait à la paroi abdominale antérieure une boutonnière verticale de 5 centimètres de long au maximum, dont l'extrémité inférieure vient tomber sur la ligne spino-ombilicale, à l'union du tiers externe et des deux tiers internes.

Deuxième temps. — Le péritoine pariétal étant repéré par deux pinces de Kocher et écarté, on saisit le cæcum que l'on aperçoit immédiatement, d'autant que distendu il remplit la fosse iliaque externe; on le soulève et on l'amène dans la plaie, on résèque l'appendice et on lie son méso.

Troisième temps. — Une pince de Kocher est placée sur la paroi cæcale, exactement au-dessous et à un centimètre de l'abouchement de l'intestin grêle dans le gros intestin (*fig. 1*); une deuxième pince est placée en dehors sur un point symétrique. Une légère traction sur les deux pinces donne au cæcum l'aspect d'un conduit aplati d'avant en arrière. Avec le doigt ou avec une sonde cannelée, on refoule la partie déclive du cæcum dans la lumière de l'intestin. On se trouve alors en présence d'une cupule, dont le fond, formé par la partie déclive du cæcum, remonte dans la cavité intestinale, dont les bords sont constitués par deux lèvres, l'une antérieure, l'autre postérieure, s'unissant à angle aigu en dehors et en dedans. Un surjet au catgut n° 3 suffit pour réunir lèvre antérieure et lèvre postérieure (*fig. 2*). La cavité cæcale est dès lors effacée. Il est bon, pour éviter une invagination intestinale possible, de fixer la ligne de suture au péritoine iliaque par deux points séparés (*fig. 2*, 2). La paroi est fermée comme à l'ordinaire par une suture en étage sans drainage.

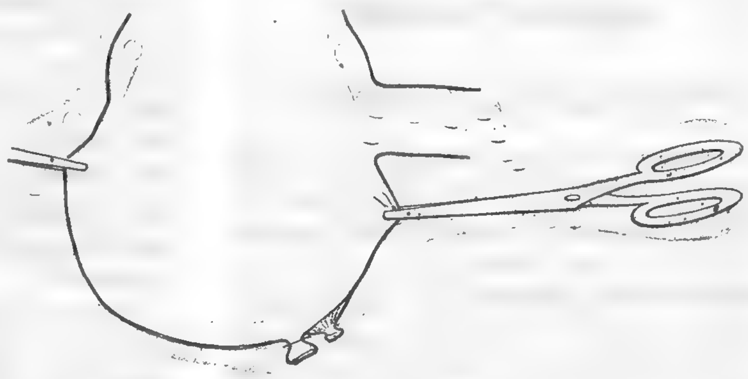


Fig. 1.

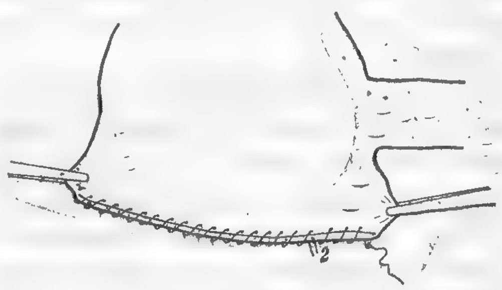


Fig. 2.

IV

Comme on le voit, l'opération est simple. Quelle en est la valeur? Sur ce point, je suis mal fixé. Voici cependant un fait qui montre qu'on est en droit d'en attendre quelque chose.

Le 12 juillet dernier j'ai opéré une malade de trente ans. Réglée à seize ans, cette femme a eu quatre grossesses, à vingt et un, vingt-deux, vingt-trois et vingt-neuf ans. Dès la première couche, elle a été infectée, son périnée a été déchiré et elle a vu sa santé décliner. Mais c'est depuis la deuxième couche, remontant à huit ans, que les accidents sont devenus plus sérieux : depuis cette époque, la malade souffre du ventre; peu à peu la dyspepsie s'est jointe aux douleurs abdominales, et voici trois ans

(1) Ch. Metzger. Le syndrome de la colique appendiculaire larvée. (*Bulletin méd.*, 24 juin 1905.)

que cette femme a de la peine à s'alimenter; aussi a-t-elle maigri et perdu ses forces; enfin, il y a deux ans, la fosse iliaque est devenue douloureuse. Elle est allée consulter divers médecins sans que les traitements ni les régimes qui lui ont été prescrits l'aient améliorée.

Or, cette femme est une ptosique avec rein mobile au deuxième degré, périnée déchiré, cystocèle marquée. J'ai pratiqué chez elle le curettage et la colpopérinéorrhaphie, puis, le même jour, et avec son autorisation, l'opération que je viens de décrire. La dyspepsie est améliorée et les douleurs iliaques ont complètement disparu, la constipation semble actuellement enrayée. Voici donc un résultat encourageant; l'avenir nous dira si la guérison est définitive.

Dr Paul Delbet,
Ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris.

MÉDECINE PRATIQUE

L'aménorrhée en tant que signe précoce d'une lésion cérébrale en foyer.

Il est de notion courante que, dans nombre de cas, les troubles de la menstruation et notamment l'aménorrhée s'accompagnent de symptômes nerveux, tels qu'affaiblissement de la vue ou de l'ouïe, paralysies des extrémités, etc., etc. Les troubles oculaires sont particulièrement fréquents en pareille occurrence, et leurs relations avec les anomalies des règles ont, depuis longtemps, fait l'objet de toute une série de travaux (Dehenne, Förster, Cohn, Mooren, Klopstock, etc.).

Le plus souvent, les auteurs se sont contentés d'admettre l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'absence d'écoulement menstruel et les désordres visuels, sans pousser l'analyse des faits plus loin, ni se demander si l'aménorrhée elle-même et les troubles sensoriels concomitants ne relevaient pas d'une cause commune. C'est ainsi qu'un médecin hongrois, le docteur Karafiáth, a publié, il y a une vingtaine d'années, sous le titre de *cécité avec papillo-rétinite aiguë, provoquée par l'absence de menstruation*, un cas où une amaurose totale de l'œil droit avait été précédée d'abord de vertiges et de maux de tête survenant aux époques menstruelles, puis d'une aménorrhée passagère.

Toutefois, ayant observé une femme de trente ans, atteinte d'une atrophie du nerf optique au début et n'ayant jamais été réglée, qui succomba, un an après, à une lésion cérébrale, M. le docteur H. Schmidt-Rimpler, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Halle, se demanda si — au lieu de considérer, en pareille occurrence, l'atrophie optique comme consécutive à l'aménorrhée — il ne conviendrait pas plutôt d'envisager l'une et l'autre comme les manifestations d'une même lésion cérébrale, par analogie avec l'hémianopsie qui survient au cours de certains diabètes insipides.

Dans ces dernières années, l'étude de cette question a été reprise par M. le docteur Th. Axenfeld, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Fribourg, et par son élève, M. le docteur H. Yamagoutchi (de Tokio), qui, dans 4 cas d'atrophie du nerf optique avec absence de menstruation, ont pu s'assurer que ces deux phénomènes morbides reconnaissaient pour cause l'existence d'une tumeur cérébrale.

D'autre part, M. le docteur Bayerthal (de Worms) a publié l'observation d'une femme de trente et un ans, qui, exempte de tout antécédent héréditaire et toujours bien portante, fut prise d'inappétence avec vomissements. Comme ses règles n'avaient pas réapparu depuis plus de trois mois, le médecin traitant supposa qu'il s'agissait d'une grossesse. Or, l'évolution ultérieure des troubles morbides, auxquels s'ajoutèrent bientôt de la parésie des membres inférieurs, des vertiges, des troubles psychiques, etc., firent soupçonner l'existence d'une tumeur du cerveau, et, effectivement, la patiente ayant succombé, l'autopsie décela un néoplasme de la couche optique gauche. Chose curieuse, pendant longtemps, chez cette femme, l'examen du fond de l'œil ne dénota absolument rien d'anormal, et l'apparition de l'œdème papillaire ne fut constatée que d'une manière tardive, alors que l'aménorrhée était déjà établie depuis de longs mois. Dans un autre cas, observé par M. le docteur G. Abelsdorff, privat-docent d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Berlin, et où l'on avait affaire à une tumeur bénigne de la base du crâne, la suppression du flux menstruel fut encore plus précoce, car elle précéda d'une dizaine d'années tous les autres phénomènes morbides.

En présence de ces faits, M. le docteur E. Müller, privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Breslau, a jugé intéressant de s'enquérir de l'état de la menstruation chez toutes les femmes admises, pour lésions cérébrales en foyer, dans le service de M. le docteur A. von Strümpell, professeur de clinique médicale à ladite Faculté; or, dans le court espace de dix-huit mois, il a pu relever 5 cas qui paraissent nettement militer en faveur de la possibilité pour les tumeurs du cerveau d'influencer les règles, et cela dès le début de la maladie.

Dans le premier de ces faits, il s'agissait d'une jeune femme de vingt-deux ans, qui, toujours bien réglée avant son mariage, vit, aussitôt après, s'établir une aménorrhée absolue, en même temps que se montraient des vomissements fréquents avec maux de tête. Ces phénomènes allèrent en s'accentuant rapidement : les céphalalgies devinrent de plus en plus intenses, les vomissements plus fréquents, et l'acuité visuelle diminua progressivement; la malade se plaignait, en outre, de vertiges. A l'examen, on ne constata absolument rien d'anormal du côté des viscères thoraciques et abdominaux; les organes génitaux notamment étaient tout à fait sains. Mais il existait des signes de tumeur cérébrale (œdème papillaire avec hémorrhagies rétiniennes, absence de toute réaction pupillaire à la lumière, faiblesse générale du système musculaire, etc.) et, de fait, la patiente ayant brusquement succombé, l'autopsie mit en évidence un sarcome du cervelet (vermis inférieur) avec hydrocéphalie interne et métastases multiples dans les parties postérieures de la moelle épinière.

La seconde observation recueillie par notre confrère a trait à une jeune fille de seize ans, chez laquelle on porta le diagnostic d'hydrocéphalie grave, consécutive probablement à une tumeur siégeant dans la fosse cérébrale postérieure. Là encore, l'affection avait débuté par une aménorrhée survenue sans cause apparente : bien réglée depuis l'âge de treize ans, la patiente avait vu sa menstruation cesser complètement quinze mois environ avant son entrée à l'hôpital, et c'est seulement quelques mois après la disparition du flux cataménial que se montrèrent d'autres symptômes morbides, tels que vomissements, céphalalgies et convulsions généralisées avec perte de connaissance.

Le même début par aménorrhée a été noté dans le troisième cas, où la suppression des règles ne tarda pas à être suivie de maux de tête avec vomissements, amblyopie, vertige, etc., etc., ce tableau clinique permettant d'établir le diagnostic de néoplasme du cervelet. La malade, âgée de vingt-six ans, n'avait auparavant présenté aucun trouble de la menstruation, et son appareil génital était absolument normal.

Le quatrième fait se rapporte à une femme de vingt-neuf ans, chez laquelle le flux menstruel ne s'établit qu'à l'âge de vingt et un ans et se montra quelque peu irrégulier. Quatre ans avant son admission à la clinique, et sans aucune cause apparente, cette femme cessa d'être réglée, en même temps qu'elle notait une diminution progressive de son acuité visuelle, des céphalalgies violentes, des vomissements et des « accès » s'accompagnant d'une obnubilation de la conscience. Tous ces phénomènes morbides, sauf les troubles oculaires (atrophie papillaire), ayant disparu au bout de quelques mois, le diagnostic reste incertain; M. Müller n'en est pas moins porté à croire que l'on avait affaire, ici encore, à une tumeur cérébrale.

Chez la cinquième patiente, âgée de quarante-deux ans et qui avait toujours été bien réglée, l'affection débuta par une aménorrhée accompagnée de céphalalgies avec vomissements, bourdonnements d'oreilles, vertiges pendant la marche et crises épileptiformes; plus tard, il se développa une amaurose bilatérale avec atrophie papillaire. Après examen, on diagnostiqua une tumeur de la fosse crânienne postérieure droite et, sur le désir de la malade, on se décida à intervenir chirurgicalement, mais on ne parvint pas à trouver le néoplasme. La patiente ayant succombé, l'autopsie décela, au lieu d'une tumeur cérébelleuse, un néoplasme du lobe occipital droit.

Comme il n'existait, chez les malades observées par notre confrère, aucune autre cause susceptible d'expliquer la suppression des règles, force est d'admettre que l'aménorrhée avait été déterminée par la tumeur cérébrale elle-même, soit par influence purement nerveuse, soit par suite d'une anomalie des échanges organiques, anomalie ne donnant lieu à aucun trouble appréciable de l'état général.

Quoi qu'il en soit, il résulte de tous ces faits qu'une aménorrhée persistante peut constituer le symptôme le plus précoce d'une tumeur de l'encéphale, alors même que la lésion est localisée au cervelet ou au lobe occipital du cerveau; éventuellement, elle est susceptible, en pareille occurrence, de simuler le début d'une grossesse, et cela d'autant plus que, lorsque chez une femme jeune, bien portante en apparence et qui auparavant avait toujours été bien réglée, on voit, aussitôt après le mariage, la menstruation manquer brusquement, en même temps qu'apparaissent des vomissements et des maux de tête, on pense naturellement à une grossesse, et non pas à une tumeur cérébrale. Il en fut ainsi, comme nous venons de le dire, chez la malade de M. Bayerthal.

Ajoutons que l'aménorrhée en question semble aussi avoir une certaine valeur pour le diagnostic du siège de la lésion cérébrale, car elle se manifeste de préférence dans les cas de tumeur de l'hypophyse ou des régions de la base du cerveau avoisinant cette glande (on sait que l'acromégalie, qui semble liée à des altérations de l'hypophyse, s'accompagne souvent, elle aussi, de suppression du flux menstruel), ainsi que dans les tumeurs donnant lieu au développement précoce d'une hydrocéphalie considérable avec diminution rapide de l'acuité visuelle; or, ces phénomènes sont particulièrement fréquents, dès le début de l'affection, lorsqu'on a affaire à un néoplasme occupant la fosse crânienne postérieure.

Il va de soi que, avant de mettre l'absence de menstruation sur le compte d'une lésion cérébrale, on doit, par un examen minutieux de l'état général et des organes internes (notamment de l'appareil génital), s'assurer qu'il n'existe aucune autre cause à laquelle on puisse imputer cette aménorrhée.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Un signe de paralysie organique du membre inférieur : possibilité de soulever isolément le membre paralysé avec impossibilité de soulever simultanément les deux membres inférieurs, par MM. J. Grasset et A. Gaussel.

Tout un groupe de faits (mouvements involontaires provoqués dans le membre paralysé

par la contraction volontaire des muscles du côté opposé, mouvements volontaires de ce membre rendus plus énergiques sous la même influence) tendent à démontrer que, chez les hémiplégiques, les mouvements sont plus faciles, dans le membre atteint, quand ils sont associés et bilatéraux, que lorsqu'ils sont dissociés et effectués par ce seul membre. Or, un phénomène non encore décrit, semble-t-il, et que les auteurs ont observé dans 4 cas d'hémiplégie organique, prouve que cette règle, pour générale qu'elle soit, souffre des exceptions : en effet, les malades de MM. Grasset et Gaussel pouvaient soulever *isolément, mais non simultanément*, leurs deux membres inférieurs.

Pour rechercher ce symptôme, on ordonne à l'hémiplégique, couché sur le dos avec les bras croisés — et en veillant à ce que ses jambes ne se touchent pas (faute de quoi il aiderait avec la jambe saine le mouvement du membre paralysé) —, de soulever successivement l'une, puis l'autre de ses jambes, enfin de les soulever toutes les deux en même temps : il exécute correctement les deux premiers mouvements, tandis qu'il est incapable d'accomplir le troisième. — Ou bien encore, pendant que la jambe paralysée est en l'air, on soulève la jambe saine; on voit aussitôt retomber le membre paralysé.

Il s'en faut cependant que ce phénomène s'observe chez tous les hémiplégiques; pour qu'il se produise, deux conditions sont nécessaires : d'abord, cela va sans dire, que l'hémiplégie soit incomplète et que le malade puisse encore soulever sa jambe du côté atteint; ensuite, qu'elle soit assez marquée au niveau de certains muscles qui jouent un rôle dans la *stabilisation*.

En effet, si l'on cherche quelles différences existent entre l'acte de soulever une seule jambe et celui de les soulever toutes les deux, on constate qu'il n'en est qu'une, concernant la partie stabilisée qui sert de point d'appui au mouvement : celle-ci, dans le premier cas, est constituée par le tronc et l'un des membres inférieurs; dans l'autre, par le tronc seul, de sorte que ce sont les muscles de la masse sacro-lombaire qui doivent assurer la stabilisation du bassin; et ce qui prouve qu'il en est bien ainsi, c'est qu'un sujet normal qui peut, par exemple, soulever 15 kilogrammes attachés à son pied droit, à condition que sa jambe gauche reste sur le plan du lit, n'en soulèvera que 10 s'il doit en même temps soulever sa jambe gauche.

Le phénomène en question mérite à cet égard de prendre place, pour le diagnostic de l'*étendue* des troubles moteurs dans l'hémiplégie organique, à côté des signes de P. Marie (intensité de la défense que le sujet oppose à l'extension passive de la cuisse sur le bassin) et de Babinski (façon dont le malade, couché sur le dos, s'assied dans son lit sans s'aider des bras) : ceux-ci permettent d'apprécier, l'un la force de flexion de la cuisse sur le bassin, l'autre, en même temps que cette force de flexion, la force de stabilisation du membre inférieur, tandis que le symptôme décrit par MM. Grasset et Gaussel donne des indications sur la force de stabilisation du tronc.

Mais c'est surtout pour le diagnostic différentiel entre les paralysies organiques et les paralysies névrosiques que la connaissance de ce phénomène peut rendre des services; la stabilisation constituant un processus purement automatique, nettement distinct de l'acte volontaire, n'est en effet nullement intéressée dans l'hystérie : l'hystérique ne soulève la jambe paralysée ni isolément ni simultanément avec l'autre jambe, ou bien il la soulève dans les deux cas.

Ajoutons que tout ce qui vient d'être dit des hémiplégies organiques s'applique également aux paraplégies de même nature, comme les auteurs ont pu le constater chez 2 malades dont l'un, notamment, offrait une paraplégie au début qui aurait facilement pu passer inaperçue, puisque le sujet, incapable de soulever simultanément ses deux membres inférieurs, était au contraire en état de les soulever isolément et successivement. (*Rev. neurol.*, 15 septembre 1905.) — F. F.

La leucocytose digestive; sa valeur diagnostique, par MM. P. Vansteenberghe et M. Breton.

On sait qu'il se produit normalement, après le repas, une poussée leucocytaire. Après avoir vérifié ce fait — et avoir pu constater que cette leucocytose digestive porte principalement sur les mononucléaires —, les auteurs ont recherché si, chez le sujet qui jeûne, il n'existe pas aussi, aux différentes heures de la journée, des variations du taux leucocytaire : or, tel est précisément le cas, et MM. Vansteenberghe et Breton ont pu voir, chez 2 individus sains, la proportion des leucocytes passer respectivement, dans le courant d'une journée, de 5,270 à 7,750 et de 4,030 à 6,200 par millimètre cube; mais, contrairement à ce qui a lieu pour la leucocytose digestive, c'est surtout sur les polynucléaires que porte l'augmentation : le taux de ces éléments variait de 15 à 40 % et de 30 à 70 % chez les sujets en question.

La réaction leucocytaire qui suit l'ingestion des aliments est-elle troublée à l'état de maladie ? Sur 13 cas de cancer de l'estomac étudiés à ce point de vue par les auteurs, la leucocytose digestive manquait 12 fois et était douteuse chez le treizième patient; elle faisait également défaut dans 3 cas de cancer primitif ou secondaire du foie. Des constatations de même ordre ont déjà été faites de divers côtés, si bien que MM. Vansteenberghe et Breton ont pu rassembler une statistique comprenant 163 observations de cancer gastrique, avec réaction leucocytaire positive dans 29 faits seulement.

Au contraire, dans 3 cas de cancer éloigné de l'estomac (utérus, intestin, os coxal), dans 8 d'affections non cancéreuses de l'estomac (ulcère rond, troubles gastriques gravidiques, gastrite alcoolique), dans 10 de tuberculose de divers organes, fût-ce avec troubles digestifs, enfin chez des rhumatisants, des diabétiques, des brightiques, etc., les auteurs ont trouvé une leucocytose digestive normale.

Dans ces conditions, ils croient pouvoir admettre que l'absence de cette réaction est un bon signe de probabilité en faveur du cancer de l'estomac ou des glandes digestives voisines (foie, tête du pancréas). (*Echo méd. du Nord*, 17 septembre 1905.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Traitement de l'urémie scarlatineuse par la saignée, par M. G. Singer.

Pendant la période de 1900 à 1904, on pratiqua dans 19 cas, à l'hôpital pour enfants « Stefanie », à Budapest, la saignée pour urémie grave survenue au cours d'une néphrite scarlatineuse; 4 de ces enfants seulement succombèrent, et encore convient-il de tenir compte que 2 de ces 4 décès se rapportent à de petits malades qui furent admis moribonds à l'hôpital (état comateux et pouls filiforme). Ces 2 faits mis à part, restent, par conséquent, 2 décès sur 17 cas traités par la saignée, ce qui donne une mortalité de 12 % contre 88 % de guérisons. Or, si l'on compare ces chiffres avec les résultats enregistrés dans les cas traités d'une autre façon, on voit que, sur 9 urémies observées dans le même hôpital pendant la période de 1896 à 1900, on compta seulement 4 guérisons, soit une mortalité de 56 % contre 44 % de guérisons.

Les bons effets de la saignée se traduiraient surtout par la disparition rapide des convulsions, par un abaissement de la température et de la tension sanguine, ainsi que par une augmentation de la diurèse. Pour ce qui est des œdèmes, ils se laisseraient beaucoup moins influencer par les émissions sanguines; c'est ainsi que, sur 12 cas dans lesquels il existait des œdèmes au moment de l'éclosion de l'urémie, on ne nota que 5 fois une amélioration peu après la saignée; chez 4 petits malades, les œdèmes ne diminuèrent que lentement, et, chez les 3 autres, ils restèrent très longtemps à l'état stationnaire. Outre l'augmentation de la diurèse et la diminution des œdèmes, on verrait, sous l'influence de la saignée, décroître la quantité de l'albumine et du sang contenus dans les urines, ainsi que la proportion des éléments figurés; en même temps, la densité du liquide urinaire s'abaisserait rapidement.

En se basant sur ces faits, M. Singer considère les émissions sanguines comme particulièrement indiquées toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une urémie scarlatineuse, surtout lorsque le tableau clinique de l'urémie se caractérise par des phénomènes d'excitation cérébrale. Par contre, dans les formes comateuses et dépressives, la saignée — sans pouvoir être préjudiciable — n'aurait que peu d'efficacité.

D'après l'expérience de l'auteur, le procédé thérapeutique en question serait indiqué non seulement chez les petits malades vigoureux, mais aussi chez les enfants affaiblis et anémiques, et cela quelle que soit la fréquence du pouls. Toutefois, lorsque le pouls est filiforme, l'intervention risque fort de rester sans effet.

Il importe de pratiquer la saignée d'une manière aussi précoce que possible, au cours même du premier accès d'urémie, la quantité de sang à soustraire étant proportionnée à l'âge et aux forces du petit malade, ainsi qu'à la gravité du cas. Dans les formes graves, lorsque l'amélioration consécutive à l'émission sanguine est seulement passagère, voire même nulle, on ne devra pas hésiter à pratiquer, au bout de vingt-quatre à trente-six heures, une nouvelle saignée. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 3.) — L. CH.

La réduction de la luxation ovalaire de la hanche par secousse en dehors, par M. Riedel.

En dix ans, M. Riedel a observé, à Iéna, 5 cas de luxation ovalaire de la hanche; il attribue cette relative fréquence aux travaux des bois et des carrières, si répandus en Thuringe. Cette luxation résulte, en effet, le plus souvent, d'un choc direct et considérable : un tronc d'arbre qui roule, un bloc de pierre heurtent en dehors le haut de la cuisse, déboîtent la tête fémorale et la refoulent dans la région obturatrice. Toujours est-il que, sur les 5 luxations observées et réduites à la clinique d'Iéna, 3 avaient été produites par ce mécanisme, une autre avait succédé au passage d'une roue de voiture, la cinquième reconnaissait pour cause principale la contraction musculaire, au moment d'un effort brusque pour échapper à un éboulement de sable.

Deux de ces luxations étaient anciennes déjà, et ce fut au cours de la réduction opératoire de l'une d'elles que la manœuvre de la « secousse en dehors » fut appliquée pour la première fois par l'auteur et réussit : malgré une longue incision, M. Riedel ne parvenait pas à faire repasser la tête par-dessus le bord cotyloïdien, lorsqu'il eut l'idée d'enrouler son bras droit autour de la partie supérieure de la cuisse, et, pendant que deux aides exerçaient une puissante traction sur le membre en abduction et flexion légère, de ramener la tête en dehors par une forte secousse, tout en pratiquant, de la main gauche, une énergique pression, de dehors en dedans, sur le genou : cette fois la réduction fut obtenue.

Tel est le procédé qui fut ensuite appliqué, avec plein succès, dans les 3 luxations récentes. Le blessé est endormi, on l'installe sur le bord de la table, une contre-extension est établie, avec une alèze, du côté sain; deux aides vigoureux pratiquent l'extension du membre un peu fléchi et en abduction : au moment où leur effort est le plus considérable, le chirurgien passe son bras droit en dessous et en dedans du haut de la cuisse, la relève un peu, et, d'une brusque traction, la reporte en dehors. La manœuvre suppose un certain nombre d'aides, qui maintiennent le patient, mais ils n'ont qu'un rôle tout mécanique et peuvent être pris dans l'entourage.

Cette pratique n'est pas nouvelle, ajoute avec raison M. Riedel, mais il la considère comme plus rapide et plus sûre que le procédé de la rotation, et voudrait la faire préférer. Toutefois elle exige l'anesthésie générale, et, lorsque cette dernière est impossible, c'est à la rotation qu'il faut recourir. En dehors de cette contre-

indication particulière, la secousse brusque en dehors lui paraît être la technique normale : la tête du fémur a été projetée hors du cotyle par un choc externe, et c'est le bord cotyloïdien qui l'empêche de reprendre sa place ; en la tirant, d'un coup brusque, en haut et en dehors, pendant que le membre est fortement étendu, on lui fait sauter le rebord du cotyle et on la ramène dans la cavité. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIX, 4-6.) — L.

Les spirochètes dans la syphilis,
par M. W. Scholtz.

Si MM. Schaudinn et Hoffmann ont cru devoir formuler des réserves quant au rôle étiologique du microorganisme découvert par eux dans les produits morbides syphilitiques (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 231), d'autres auteurs se sont, depuis lors, montré plus affirmatifs à cet égard. Or, il s'en faut qu'à l'heure actuelle on soit réellement autorisé à considérer le *Spirochaete pallida* comme l'agent pathogène de la vérole, et les faits publiés par M. Scholtz sont de nature à augmenter les doutes qui planent encore sur ce point.

L'auteur, en effet, a décelé la présence du spirochète en question dans un condylome acuminé, et, afin de pouvoir, dans ce cas, exclure en toute certitude le diagnostic de syphilis, il a soumis son malade, pendant trois semaines, à un traitement hydrargyrique (quatre injections de salicylate de mercure), sans voir survenir, sous l'influence de cette cure, la moindre modification dans le tableau clinique ou dans les constatations bactériologiques. Par contre, des pansements à la résorcine ne tardèrent pas à amener la guérison et la disparition des spirochètes.

D'autre part, chez 4 syphilitiques présentant de nombreux spirochètes, M. Scholtz a fait des examens bactériologiques successifs au cours des quinze premiers jours du traitement spécifique, dans le but de se rendre compte de la date de disparition de ces microorganismes. Il a ainsi été à même de constater que cette disparition s'effectue parallèlement à la guérison des lésions spécifiques, mais ne la précède pas, contrairement à ce que l'on serait porté à supposer si l'on attribue aux spirochètes un rôle étiologique dans la maladie.

Enfin, ce qui paraît également peu en faveur de ce rôle, c'est que les spirochètes sont relativement peu nombreux dans les papules syphilitiques *non ulcérées*.

Resterait à savoir pourquoi le microorganisme en question se rencontre avec une si grande fréquence — et presque exclusivement — dans les produits syphilitiques. D'après l'auteur, la chose s'expliquerait très simplement, alors même que le *Spirochaete pallida* serait dépourvu de toute signification étiologique : dans toutes les lésions syphilitiques il existerait une altération spécifique des tissus, laquelle créerait pour ce microbe un milieu de culture particulièrement approprié et qui serait, lui aussi, en quelque sorte spécifique. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 septembre 1905.) — L. CH.

Sur un cas d'infection puerpérale causé par les bacilles de Vincent, par M. K. Schmidlechner.

On sait que l'infection fuso-spirillaire décrite pour la première fois par M. H. Vincent joue, en raison des propriétés nécrosantes, hémorrhagipares et pyogènes du bacille fusiforme seul ou associé aux spirilles, un rôle étiologique important dans toute une série d'affections, telles que la pourriture d'hôpital, l'ulcère phagédénique des pays chauds, l'angine ulcéro-membraneuse ou de Vincent, la stomatite ulcéreuse primitive, le noma. Or, déjà vaste, comme on le voit, le domaine pathologique de la symbiose fuso-spirillaire semble encore devoir s'étendre par la découverte de conditions morbides nouvelles que cette association a sous sa dépendance.

C'est ainsi que, dans le présent mémoire, M. Schmidlechner relate l'observation d'une femme qui succomba à une infection puerpérale vraisemblablement due à l'action conjointe du bacille fusiforme et des spirilles, fait qui ne paraît pas encore avoir été signalé. Il s'agit, dans l'espèce, d'une primipare de dix-huit ans, qui accoucha sans difficulté d'un enfant normal. Une déchirure peu étendue du périnée fut suturée à l'aide de quelques points métalliques. Tout paraissait donc devoir se passer normalement ; mais, dès le lendemain de l'accouchement, survint un frisson, accompagné de céphalée violente et, le deuxième jour, on constata une ulcération du vagin, recouverte d'un enduit putride. Celui-ci était constitué de lambeaux mortifiés renfermant — outre une multitude de microorganismes banaux — les éléments caractéristiques de l'association fuso-spirillaire. A la base de l'ulcération, les microbes de Vincent se trouvaient en telle abondance, qu'on eût dit une culture pure. Dans un fragment excisé de la marge de l'ulcère, on constata encore les deux éléments, les spirilles toutefois y étant assez rares. Bacilles et spirilles furent également décelés en nombre considérable dans les produits revêtant la face interne de l'utérus. Ces éléments ne purent cependant pas être mis en évidence dans du sang retiré de la veine médiane.

L'infection fit des progrès rapides, la fièvre prit une allure hectique, le pouls dépassa 130 et 140 pulsations à la minute, et la mort survint le seizième jour après l'accouchement, au milieu des phénomènes d'une péritonite septique diffuse.

Les fuso-spirilles ont donc, dans le présent cas, causé une infection grave, qui, d'abord localisée au niveau d'une plaie assez insignifiante, s'est peu à peu propagée à toute la filière génitale et a abouti à une issue fatale. La mort toutefois ne doit pas, selon toute vraisemblance, être attribuée d'une façon directe à la symbiose fuso-spirillaire. Celle-ci aurait simplement facilité la végétation ou augmenté la virulence des microbes banaux de la suppuration, comme tend à le démontrer l'absence des bacilles de Vincent, constatée au moment de l'autopsie, dans les poumons ainsi que dans les veines qui desservent la région génitale. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LVI, 2.) — F. M.

De la ménopause artificielle et de ses premiers effets sur l'organisme, par M. E. Pollak.

On a donné d'assez nombreuses explications des divers symptômes faisant suite à la ménopause artificielle. Toutefois, d'après les expériences relatées dans le présent travail, il semble qu'on ait négligé un facteur important de ces accidents.

Chez une série de lapines ayant subi l'ovariotomie double, M. Pollak, d'accord en cela avec les observations déjà anciennes des éleveurs et de la majorité des cliniciens, put constater qu'il survenait un certain degré d'engraissement. Or, ayant soumis les divers organes de ces animaux à l'examen microscopique, il remarqua que cet engraissement se traduisait par le dépôt de gouttelettes graisseuses dans tous les organes, *y compris le cœur*. Ce dépôt de graisse dans le cœur ne s'accompagne pourtant d'aucune altération de la fibre musculaire qui garde son volume, sa striation, sa coloration habituels : la seule anomalie consiste dans l'échelonnement d'une série de particules grasses tout le long de ses bords. Cette apparence — qui n'a rien de commun avec la dégénérescence graisseuse — n'est nullement le fait de l'engraissement pur et simple des animaux, car, chez des animaux de contrôle choisis parmi les plus gras, l'auteur n'a rien constaté de pareil : on observe bien l'accumulation de la graisse dans le tissu conjonctif du cœur, mais les coupes histologiques faites dans les points en apparence les plus favorables montrent que cette accumulation se fait tout entière en dehors des fibres musculaires. Le fait plus haut signalé est donc en relation directe avec la castration.

On ne saurait dire, à l'heure actuelle, si pareilles altérations — qui n'excluent pas la possibilité d'une *restitutio ad integrum* — se produisent chez la femme. Cependant, les vertiges, la sensation d'angoisse rappelant l'angine de poitrine, les palpitations, les congestions subites permettent bien de penser que le cœur joue un rôle dans le syndrome de la ménopause artificielle. Pendant les premiers temps qui suivent la castration, une bonne précaution sera donc de conseiller aux opérées d'éviter tout ce qui pourrait surmener leur cœur. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, septembre 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Scientific reports on the investigations of the Imperial Cancer Research Fund. Part I : **The statistical investigation of cancer.** In-4°, 58 p. Londres, 1905. Part II : **The growth of cancer under natural and experimental conditions.** In-4°, 96 p. avec fig. Londres, 1905. — **Travaux de la fondation impériale pour l'étude du cancer.** 1re partie : **Recherches statistiques sur le cancer,** par MM. E. F. Bashford et J. A. Murray. 2e partie : **La croissance du cancer dans les conditions naturelles et expérimentales,** par MM. E. F. Bashford, J. A. Murray et W. Cramer.

L'intérêt qui s'est manifesté en divers pays, au début de ce siècle, pour tout ce qui touche au cancer, n'a pas manqué d'avoir sa répercussion en Angleterre, où l' « Imperial Cancer Research Fund », grâce à de riches dotations, a pu entreprendre d'importantes recherches à la fois statistiques, anatomo-pathologiques et expérimentales sur les affections cancéreuses. Les lecteurs de ce journal, où ont été publiés naguère deux longs articles sur l'étude statistique du cancer (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 297-302 et 313-318), ne se désintéresseront sans doute pas des résultats auxquels sont arrivés de leur côté les auteurs anglais, résultats qui se trouvent consignés dans deux mémoires, l'un, statistique, rédigé surtout par M. Bashford, l'autre, expérimental, dû principalement à M. Murray.

Un reproche que l'on adresse couramment aux données des états civils appliquées à l'étude statistique du cancer, c'est qu'elles sont inexactes. Cette inexactitude *absolue* n'est pas à nier, mais en cherchant à la déterminer, on peut déjà la rectifier. Aussi M. Bashford s'est-il d'abord préoccupé d'étudier l'écart existant entre les diagnostics cliniques et les diagnostics microscopiques. Sur 2,886 cas de cancer admis dans les grands hôpitaux de Londres et soumis à l'examen histologique, il a pu constater que, pour les cancers *accessibles* à nos sens, on comptait déjà 14 % d'erreurs (diagnostic erroné ou méconnaissance du néoplasme). Pour les cancers *inaccessibles*, la proportion des erreurs s'élevait à 41 % ; et il s'agissait des hôpitaux d'une capitale ! On peut juger par là de la marge qu'il faut laisser à l'erreur dans les données des états civils, données qui sont constituées au jour le jour par les diagnostics des praticiens. Mais, de ce que ces données n'ont pas de valeur *absolue*, il ne s'ensuit pas qu'elles n'en aient pas une *relative* : une règle essentielle sera donc de ne les comparer que dans des conditions générales rigoureusement semblables.

Les constatations de M. Bashford prouvent aussi qu'en dépit des perfectionnements réalisés dans l'instruction pratique des médecins durant ces dernières années, il y a encore place pour le progrès, non seulement en matière de cancers inaccessibles, mais même dans le domaine des cancers accessibles ; dès lors il ne faut pas s'étonner si nous voyons encore monter la marée cancéreuse. Pour les années 1901, 1902 et 1903 — les dernières tabulées — l'Angleterre et le pays de Galles continuent, en effet, à présenter une assez notable élévation du taux de la mortalité cancéreuse : en ce qui concerne les cancers inaccessibles, ce taux est passé, pour l'homme, de 928 à 988 décès, et pour la femme de 944 à 953 décès, par million d'habitants vivants ; pour les cancers accessibles, on constate une ascension respective de 307 à 317 et de 412 à 438 (1).

(1) Des documents recueillis en Ecosse par M. Ch. Templeman (*Brit. Med. Journ.*, 14 fév. 1903), relativement à la ville de Dundee, sont à ce point de vue des plus instructifs, et montrent bien qu'il s'agit d'augmentations apparentes et non réelles de la fréquence des affections cancéreuses : l'auteur a, en effet, constaté dans cette ville une augmentation manifeste du nombre des décès par cancer, mais il se trouve que celui des dé-

Une opinion universellement admise, c'est que le sarcome frappe de préférence les jeunes gens; or, grâce à M. Bashford, nous savons maintenant que c'est le contraire qui est vrai : la fréquence de ce genre de tumeur augmente avec les années et sa progression rappelle celle du carcinome (1).

Quoi qu'il en soit, le facteur âge est toujours un des plus saillants de l'étiologie du cancer. Dès lors, il était intéressant de rechercher si, chez l'animal, il joue le même rôle que chez l'homme. C'est ce qu'a fait M. Bashford en soumettant à l'examen histologique toutes les tumeurs rencontrées à l'autopsie d'animaux domestiques. Or, parmi les représentants âgés de ces espèces, il a trouvé une proportion énorme de néoplasmes : sur 10 vieux chats, par exemple, 5 étaient cancéreux, et sur 30 chevaux âgés, 17 l'étaient également. Les poissons eux-mêmes ne semblent pas échapper à cette loi, car l'auteur a constaté des cancers chez 12 truites âgées de cinq à sept ans; or, la sénilité commencerait pour elles entre six et sept ans.

Comme on le sait (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 315 et 316), l'âge auquel apparaît le cancer n'est pas le même pour tous les organes. L'étude de cette question a donc conduit M. Bashford à penser que le cancer affecte non l'*individu*, mais l'*organe* sénile. C'est ainsi que l'utérus et les glandes mammaires se sénilisant à un âge relativement précoce sont atteints de bonne heure par le cancer; le testicule l'est plus tard et la peau, appelée à un fonctionnement de plus longue durée, est une des dernières atteintes. Par contre, on ne peut établir de rapport entre l'apparition du cancer et l'évolution de l'appareil sexuel, car, chez les animaux châtrés, le cancer ne serait pas plus précoce que chez les autres.

Le deuxième mémoire publié par l'*Imperial Cancer Research Fund*, et rédigé par M. Murray, est essentiellement consacré, avons-nous dit, à l'étude expérimentale du cancer, et surtout à celui de la souris, le seul qu'on ait pu jusqu'ici reproduire par voie expérimentale : quelques exemples du contraire ont bien été signalés, mais ils sont fort suspects. En tout cas, sur plus de 900 expériences de greffes cancéreuses portant sur d'autres espèces animales que la souris ou entre espèces différentes, M. Murray a toujours échoué. Cependant, comme tous les caractères histologiques ou biologiques du cancer de la souris plaident en faveur de l'identité absolue de ce néoplasme avec celui de l'homme, les observations faites sur le premier ne sont pas dépourvues d'intérêt et peuvent contribuer à éclairer la nature du second.

En ce qui concerne le cancer humain, les histologistes n'ont pas tardé à s'apercevoir que le foyer initial du mal n'occupe qu'un espace très limité et que l'accroissement de la tumeur s'opère par refoulement progressif des tissus voisins : dans bien des cas, surtout au début, il suffit de supprimer le cancer par la pensée pour retrouver à peu près intacts et avec leur forme normale les organes qui servent à celui-ci de support. Il en est de même pour le cancer de la souris. Si l'organe dans lequel il se développe n'offre pas de résistance mécanique, on assiste en quelque sorte à l'épanouissement du néoplasme : ce dernier porte donc en lui-même sa force de reproduction et, d'après M. Murray, on n'aperçoit aucune manifestation histologique qui permette de supposer que c'est dans les cellules voisines que le cancer va faire de nouvelles recrues. Quand il rencontre un organe moins souple, il le tasse ou l'écrase et, si la résistance de cet organe est trop considérable pour qu'il se prête à cette compression, les éléments cancéreux s'infiltrent dans ses parties les plus molles, telles, par exemple, que la charpente conjonctive. Cette infiltration dont on a voulu faire un critérium de la malignité du cancer, n'a donc rien de spécifique en soi : elle est simplement l'expression des conditions anatomiques du terrain sur lequel évolue la tumeur.

Quand on étudie un nombre considérable de cancers expérimentaux chez la souris, on reconnaît que le pouvoir de reproduction et la facilité d'inoculation offrent des variations considérables. Les expérimentateurs de Londres ont fait quelquefois jusqu'à 500 inoculations sans un seul succès; d'autres fois, ils ont obtenu d'emblée 50 % de résultats positifs. Dans ces différences, le « sol » n'a rien à voir — car il n'y a pas plus de « *cancer cages* » que de « *cancer houses* » — ni le « terrain » non plus, étant donné le nombre considérable de souris sur lesquelles on a expérimenté (8,000!). Ces variations doivent donc tenir à la cellule cancéreuse elle-même : c'est sans doute pour la même raison qu'on voit la tumeur tantôt s'accroître rapidement, tantôt n'évoluer qu'avec lenteur. De même on remarque que quelquefois la tumeur conserve longtemps tous les attributs de la jeunesse cellulaire, tandis que d'autres fois elle est le siège d'une dégénérescence rapide. La connaissance de ces faits peut servir à expliquer les succès relatifs obtenus dans quelques circonstances par certains sérums. D'ailleurs, quand on expérimente en grand, et durant plusieurs mois de suite (8,000 inoculations et cinq cents jours d'observation), on s'aperçoit que toutes les variations dans l'inoculabilité, la marche ou les dégénérescences des néoplasies, issues cependant d'une même tumeur, forment des courbes à longues ondulations; par analogie avec ce que l'on a décrit en épidémiologie, on pourrait voir dans ce fait les variations « séculaires » de la malignité du cancer. En tout cas, quelles que soient les modulations présentées par ce dernier, le tissu conjonctif réagit à son égard d'une façon identique, et cette identité confirme l'impression que le mal en lui-même ne change pas de nature.

En ce qui concerne les effets des rayons X ou du radium sur les néoplasmes de la souris, il faut tout d'abord remarquer que l'action de ces agents est indépendante de celle des microbes, car les tumeurs modifiées par l'irradiation furent toujours trouvées stériles. Quant aux effets curatifs qui ont été, bien que rarement, observés, ils ne semblent pas résulter de propriétés spécifiques, mais simplement des hémorragies survenant sous l'influence de l'irradiation et des scléroses qui leur succèdent, d'où l'atrophie des éléments cancéreux. Il faut savoir du reste que ce processus s'opère aussi quelquefois spontanément.

La série d'expériences entreprises dans les laboratoires de l'*Imperial Cancer Research Fund* donnent donc l'impression que l'élément cancéreux est une sorte d'être indépendant de celui qui le porte, capable de se reproduire et de croître d'un individu à l'autre d'une façon indéfinie. Par contre, il ne possède aucun caractère des agents infectieux connus : par lui-même il ne produit dans les tissus qui l'environnent ou dans l'organisme qui l'héberge aucune réaction spécifique ou générale; il ne semble agir que par sa masse et, chez la souris, hors le cas de suppuration, il ne détermine même pas de cachexie. Enfin, il n'est pas communicable d'une espèce à l'autre et, sauf chez la souris, on peut même dire qu'il n'est pas transmissible dans l'intérieur de la même espèce, vu que, dans la plupart des exemples de contagion cités, il ne s'agit que de simples tumeurs inflammatoires. — R. DE B.

Anastomoses et transplantation des vaisseaux sanguins, par M. A. CARREL.

Il y a trois ans environ, l'auteur, au cours de recherches de chirurgie expérimentale, faites en collaboration avec M. Morel sur le conseil de M. Jaboulay, pratiqua l'anastomose bout à bout de la jugulaire et de la carotide primitive, en utilisant le procédé de suture qu'il a fait connaître à peu près à la même époque (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 324). Depuis lors, il a repris ces expériences au Hull Physiological Laboratory de Chicago, en vue de se rendre compte jusqu'à quel point il est possible de restaurer la continuité d'une artère partiellement réséquée, en interposant entre les deux bouts de ce vaisseau un segment veineux, emprunté généralement à la veine satellite et légèrement plus long que le segment artériel correspondant.

Les recherches en question ont porté soit sur la carotide, soit sur la fémorale. Après avoir réséqué un fragment de l'une de ces artères, on lui substituait un segment de la jugulaire ou de la veine fémorale. L'anastomose bout à bout une fois réalisée, on voyait aussitôt la circulation artérielle se rétablir dans le vaisseau ainsi traité, pourvu que, bien entendu, le segment veineux interposé ne renfermât pas de valvules.

M. Carrel a été à même de se rendre compte que les parois des veines transplantées de la sorte supportent parfaitement la pression sanguine artérielle et que le segment veineux, fortement distendu, devient dur au toucher et présente des pulsations. Au-dessous de ce segment, la circulation paraît se faire d'une manière normale; les pulsations y semblent, cependant, plus faibles. Dans les cas où le segment veineux possède des branches, la circulation artérielle ne s'établit pas d'emblée dans celles-ci. C'est ainsi que dans une expérience où le fragment de la veine fémorale interposé entre les deux bouts de l'artère du même nom, au niveau du triangle de Scarpa, présentait deux collatérales (l'une destinée aux adducteurs et l'autre au triceps), ces veines restèrent remplies de sang noir quelque temps encore après le rétablissement de la circulation dans la portion distale de l'artère. Tout près du point d'origine d'une petite veine, on vit se former, dès que la circulation artérielle se fut rétablie, une légère dilatation au-dessous de laquelle le sang était noir, tandis qu'au-dessus il était rouge; l'extrémité inférieure de cette dilatation correspondait à une valvule; or, au bout d'environ deux heures et demie, la valvule céda et le courant sanguin devint rouge dans toute l'étendue du vaisseau.

Ces expériences démontrent donc qu'il est possible de rétablir promptement la circulation artérielle dans une artère coupée, en interposant entre ses deux bouts un segment veineux, lequel est parfaitement susceptible de remplir les fonctions d'une artère. De plus, elles mettent en évidence la possibilité d'établir, à travers les veines, une circulation artérielle ayant une direction diamétralement opposée à celle du courant veineux normal.

M. Carrel estime que cette sorte d'anastomose artérioso-veineuse pourrait trouver ses indications dans le traitement des anévrysmes, lorsque, après l'extirpation du sac, les deux bouts de l'artère sont trop éloignés l'un de l'autre pour qu'il soit possible de réaliser leur réunion directe. (*Amer. Medicine*, 12 août 1905.) — L. CH.

Sur le rôle du trichocéphale dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, par M. G. SPEZIA.

Sur 19 dothiénentériques chez lesquels l'auteur a pratiqué l'examen microscopique des matières fécales, 17 avaient, dans leurs fèces,

---

cès par vieillesse ou affections *non cancéreuses* de l'estomac et de l'utérus a subi une diminution parallèle. Comment expliquer le fait, sinon en admettant qu'un certain nombre de décès, qui autrefois auraient été inscrits dans l'une ou l'autre de ces dernières rubriques, figurent actuellement à leur vraie place, sous l'étiquette de cancer?

Une autre circonstance plaide en faveur de la même opinion : on a pu démontrer, en diverses villes d'Europe et d'Amérique, que, si la mortalité générale par cancer augmente, celle des cancers accessibles est, au contraire, en diminution; des constatations concordantes ont été faites sur ce point par MM. Weinberg et Gastpar à Stuttgart (*Zeitsch. f. Krebsforschung*, 1904, II, 3), par M. A. Frassi à Parme (La mortalità per tumori maligni in Parma durante il decennio 1892-1901. Parme, 1905), par M. C. L. Wilbur à Michigan (*Michigan Monthly Bull. of Vital Statistics*, nov. 1902), par M. F. Frief à Breslau (*Klin. Jahrb.*, XII, *in Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 août 1905, p. 1046). — R. DE B.

(1) Toutefois, d'après MM. Weinberg et Gastpar (*Loc. cit.*), qui en ont fait la remarque à Stuttgart, la progression de ces deux sortes de néoplasies n'est pas parallèle : de soixante à soixante-neuf ans, par exemple, le sarcome serait environ 3 fois plus fréquent que de quarante à quarante-neuf, tandis que le carcinome l'est environ 5 fois plus. Faut-il se demander alors, comme M. Bashford, si les deux affections sont similaires? Même ce simple doute paraît risqué : de la fréquence du diabète et des lithiases chez les sujets âgés, par exemple, on ne saurait guère conclure à la parenté de ces deux affections. — R. DE B.

un assez grand nombre d'œufs de trichocéphale, associés ou non à des œufs d'ascaride lombricoïde. Ayant institué des recherches analogues sur des sujets atteints d'affections autres que la fièvre typhoïde (maladies du tube digestif de préférence), M. Spezia fut, par contre, à même de se convaincre que, chez les non-typhoïdiques, les œufs de trichocéphale ne se rencontrent que rarement, et toujours en très petit nombre. Seuls, 2 cas d'ankylostomiase firent exception à cette règle.

Ces constatations semblent donc confirmer l'opinion de M. Guiart relative au rôle du trichocéphale dans l'étiologie de la dothiénentérie (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 333). On pourrait, il est vrai, se demander si la fréquence de ce parasite dans l'intestin des typhoïdiques n'est pas plutôt une conséquence qu'une cause prédisposante de l'infection éberthienne; mais il importe de ne pas oublier que le développement du trichocéphale nécessite au moins un mois; or, l'auteur a pu déceler la présence d'œufs de ce ver, dans les selles des dothiénentériques, dès les premiers jours de la maladie.

Vu la quantité considérable d'œufs de trichocéphale contenus dans les matières fécales des typhoïdiques, M. Spezia estime que, au point de vue prophylactique, il importe de recourir, pour la désinfection de ces matières, à des substances assez énergiques non seulement pour détruire le bacille d'Eberth, mais encore pour dissoudre la coque résistante qui recouvre ces œufs (solutions concentrées de sels de potasse ou de soude). (*Med. Record*, 16 septembre 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS ESPAGNOLES

Ulcère variqueux de l'estomac, par M. Acevedo.

Si les varices de l'œsophage et leurs diverses complications sont bien connues, il semble qu'au niveau de l'estomac les altérations veineuses soient beaucoup plus rares; le fait relaté dans le présent travail ne nous paraît donc pas dénué d'intérêt.

Un homme de trente-cinq ans, qui niait toute habitude d'intempérance, souffrait d'une gastrite chronique. Depuis quelques jours, ses malaises s'étaient aggravés et s'accompagnaient notamment de constipation. Dans l'espoir de les faire disparaître, il se purgea, mais il s'ensuivit une hématémèse abondante : le malade aurait rejeté un litre de sang rouge et non coagulé. Trois ou quatre jours après, dans la nuit, il eut un nouveau vomissement, dûment constaté, d'un litre de sang. Dans les cinq ou six jours qui suivirent, l'hématémèse, bien que moins abondante, se répéta à trois reprises différentes, et amena finalement la mort du patient.

A l'autopsie, on trouva le foie hypertrophié et atteint de sclérose périveineuse. La muqueuse de l'estomac était mamelonnée dans la région du cardia, par suite de la présence de nombreuses veines variqueuses en continuité avec celles de l'œsophage. Sur le trajet d'une de ces veines existait une petite érosion, ayant les dimensions d'une tête d'épingle et siégeant à huit travers de doigt du cardia, sur la face postérieure de la grande courbure.

Le mécanisme qui présida à l'apparition de ces varices gastriques fut sans doute le même que pour celles de l'œsophage, l'imperméabilité hépatique obligeant le sang veineux à se créer de nouvelles voies de retour. Quant à l'érosion, elle fut évidemment facilitée par la gastrite chronique dont le malade était atteint. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin 1905.) — R. DE B.

Kyste hydatique du poumon chez un enfant; mort par intoxication hydatique, par M. L. Morquio.

Quoique les kystes hydatiques du poumon ne soient pas très rares, il nous paraît intéressant de résumer le fait observé par M. Morquio, en raison des complications qui se produisirent chez son malade.

Un enfant de douze ans, dont l'état général était assez bon, mais chez lequel la présence d'une tuméfaction du côté droit du thorax, le développement de la circulation périphérique, la matité, l'existence d'un souffle tubaire persistant à la partie antérieure de l'aisselle, l'abaissement du foie et la constatation d'une petite zone de sonorité sus-hépatique permettaient de penser à un kyste hydatique du poumon, fut soumis à la thoracotomie. La poitrine fut ouverte sur la ligne axillaire, au niveau de la quatrième côte dont on réséqua 4 à 5 centimètres; la plèvre pariétale fut ensuite suturée au feuillet viscéral et le tissu pulmonaire incisé au thermocautère. Aussitôt que le kyste eut été évacué, des symptômes asphyxiques apparurent; on se hâta de pratiquer la respiration artificielle et de marsupialiser la poche. Toutefois, de tels accidents étant assez communs chez les opérés de kystes hydatiques pulmonaires, on attendit sans trop d'inquiétude la réaction, tout en s'adressant au traitement usuel en pareil cas (caféine, inhalations d'oxygène, etc.). Mais, bien qu'il n'y eût pas de symptômes de pneumothorax, la cyanose et la dyspnée persistèrent, en même temps que survenaient de la fièvre et des vomissements; trente-quatre heures après l'intervention, le petit malade succombait.

L'autopsie montra que le kyste, d'une capacité de 1,200 à 1,300 c.c., avait complètement refoulé et aplati le poumon, réduit à une simple lamelle, contre la paroi antérieure de la poitrine. De plus, et contrairement à ce qui s'observe d'ordinaire, des adhérences scléreuses recouvraient toute la surface de la plèvre et du poumon et avaient empêché l'ampliation de ce dernier. D'autre part, eu égard à la fièvre qui se manifesta aussitôt après l'opération, il est permis de supposer que le liquide hydatique épanché avait provoqué un certain degré d'intoxication. (*Rev. méd. del Uruguay*, juin 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS HOLLANDAISES

Evolution rare d'une appendicite : cancer gélatineux parti de l'appendice et ayant traversé la paroi abdominale, par M. W. N. Bessem.

Les complications peu communes qui marquèrent l'évolution du cas d'appendicite relaté dans le présent travail nous paraissent dignes d'être signalées.

Une femme de trente-neuf ans avait eu, neuf ans auparavant, un abcès de la fosse iliaque droite, qui, après incision, avait laissé une fistule pour laquelle on avait dû rouvrir le ventre trois ans plus tard; à ce moment, paraît-il, on avait enlevé l'appendice, excisé le trajet fistuleux et refermé le ventre; mais, peu de temps après, la cicatrice se rompit sous la poussée d'un nouvel abcès et la fistule se rétablit; dans la suite, il en sortit de gros bourgeons charnus, et toutes les tentatives que l'on fit pour les réprimer furent vaines. Depuis quatre ans, enfin, des troubles mentaux étaient entrés en scène, nécessitant l'internement de la malade dans un asile d'aliénés; là, une tumeur ulcéreuse se développa peu à peu aux lieu et place de l'ancienne fistule, et l'on dut transférer la patiente dans un service de chirurgie.

La tumeur était molle, ulcérée, longue de 8 centimètres, large de 5, pourvue d'un gros pédicule faisant corps avec la paroi. Cependant, comme l'état général était bon, on enleva le néoplasme; mais, en poursuivant le pédicule, on s'aperçut qu'il se prolongeait jusqu'au cæcum : d'appendice, il n'y en avait pas trace; les ganglions mésentériques étaient infiltrés. L'anse iléo-cæcale fut alors réséquée et une anastomose établie entre l'iléon et le côlon ascendant. Les suites opératoires furent excellentes et, conséquence imprévue, l'état mental de la malade s'améliora tellement que, six mois après l'intervention, on pouvait la considérer comme normale.

Quant à la tumeur, elle appartenait au type des cancers gélatineux; bien qu'intéressant la paroi cæcale, elle n'avait provoqué aucune sténose et, par suite, aucun symptôme fonctionnel. Il n'est pas douteux que ce néoplasme s'était développé sur la fistule intarissable laissée par l'abcès appendiculaire. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 octobre 1905.) — R. DE B.

Œdème aigu intermittent de la lèvre antérieure du col de la matrice chez une femme enceinte de trois mois, par M. J. C. Helder.

S'il n'est pas exceptionnel d'observer l'œdème de la lèvre antérieure du col durant les dernières semaines de la grossesse, il ne semble pas que ce symptôme ait déjà été signalé au début de la gestation, comme le fait se produisit dans le cas relaté par M. Helder.

Une secondipare, dont la première grossesse avait été accompagnée à diverses reprises de rétention d'urine ayant nécessité le cathétérisme et dont l'accouchement, par suite de contractions utérines insuffisantes, avait dû être terminé au forceps, se trouvait au troisième mois de sa seconde gestation, quand, vers le soir, elle se mit à éprouver périodiquement la sensation que « quelque chose de gros sortait par ses parties génitales »; elle ressentait en même temps un peu de pesanteur hypogastrique. Comme, durant la semaine ayant précédé l'apparition de ce symptôme, elle s'était livrée à un travail assez fatigant, on pouvait croire à un prolapsus, mais un examen gynécologique fait durant la journée fut tout à fait négatif. Par contre, M. Helder ayant été mandé un soir près de sa malade put constater à la vulve l'existence d'une tumeur rouge bleuâtre, œdémateuse, grosse comme un œuf d'oie et qui se continuait avec la lèvre antérieure du col; la lèvre postérieure était normale.

Il est difficile d'expliquer l'origine de cet œdème intermittent; en tout cas, le repos suffisait à le faire disparaître. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 2 septembre 1905.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le sulfate de cuivre à l'intérieur contre l'actinomycose et la blastomycose.

Partant de cette considération qu'il suffit de quantités minimes de sels de cuivre pour détruire les algues et autres végétaux qui pullulent normalement dans les réservoirs d'eau, M. le docteur A. D. Bevan, professeur de chirurgie à Rush Medical College de Chicago, a eu l'idée d'essayer le sulfate de cuivre à l'intérieur contre l'actinomycose. Les doses employées par notre confrère ont été, au début, de 0 gr. 05 centigr. par jour, en trois prises, puis au cours du traitement de 0 gr. 10 centigr.; certains patients ont même pris jusqu'à 0 gr. 20 centigr. du médicament *pro die*. En outre, lorsqu'il existait des foyers ouverts de suppuration, on avait soin de pratiquer des irrigations avec une solution de sulfate de cuivre à 1 %.

Dans les 6 cas que M. Bevan a soumis à ce mode de traitement, les résultats ont été très encourageants. Un d'eux, tout particulièrement grave, avait trait à une actinomycose abdominale, probablement d'origine appendico-cæcale, avec envahissement de l'excavation pelvienne et infiltration des muscles grands droits de l'abdomen. Une intervention chirurgicale, l'administration d'iodure de potassium, la radiothérapie n'ayant eu qu'une influence médiocre sur l'évolution des lésions, on prescrivit le sulfate de cuivre, et ce traitement amena une amélioration rapide : en six semaines, le malade augmenta de vingt livres. C'est là un succès réel, si l'on considère qu'environ 65 à 70 % des cas d'actinomycose abdominale se terminent par la mort.

Ajoutons que notre confrère a également employé le sulfate de cuivre dans 2 cas de blastomycose et qu'il n'a eu qu'à s'en louer.

Efficacité de l'ionisation salicylique dans un cas invétéré de tic douloureux de la face.

Nous avons signalé l'année dernière les excellents résultats que M. le docteur S. Leduc, professeur de physique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes, a obtenus contre les névralgies à l'aide de l'introduction électrolytique de l'ion salicylique (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 192). Depuis lors, notre confrère a eu l'occa-

sion de recourir avec succès à ce moyen thérapeutique dans un cas de tic douloureux de la face datant de trente-cinq ans et affectant d'une façon continue le côté droit du visage. Or, les crises, si douloureuses et si fréquentes que le malade en était amaigri et que son aspect exprimait une souffrance constante, guérirent complètement au bout de trois séances d'ionisation salicylique. Lors de la première séance, la cathode, imbibée d'une solution de salicylate de soude, fut appliquée sur le côté droit du visage, et le courant, porté graduellement à une intensité de 45 milliampères, fut maintenu pendant quarante minutes. Dès la deuxième séance, qui eut lieu trois jours plus tard et au cours de laquelle on fit passer pendant une heure un courant de 35 milliampères, on constata une amélioration notable : la douleur ne revint plus que sous l'influence du froid. Enfin, une troisième et dernière ionisation de quarante minutes de durée amena la disparition définitive des douleurs; depuis lors, l'état général s'est remarquablement amélioré, et le malade a même repris quelque embonpoint.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 novembre 1905.

Activation du suc pancréatique par les sels de calcium.

M. C. Delezenne. — Ayant constaté qu'il est possible d'obtenir, par addition de fluorure de sodium, des macérations intestinales dépourvues de toute action kinasique, j'ai été amené à supposer que cette action empêchante exercée par le fluorure de sodium pourrait bien tenir à la précipitation des sels de calcium à l'état de fluorure insoluble. En effet, une autre série d'expériences m'a montré que du suc pancréatique de sécrétine, additionné d'iodure ou de chlorure de calcium en solution à 20 %, à raison de 0 c.c. 2 à 0 c.c. 4 pour 2 c.c. de suc, digère complètement un cube d'albumine, après douze à quatorze heures de séjour à l'étuve.

Est-ce à dire que les sels de calcium agissent comme la kinase et que leur action soit en tout comparable à celle du suc intestinal? Je ne le pense pas; car le suc intestinal renfermant de la kinase toute faite active parfaitement le suc pancréatique, quand il est ajouté à ce dernier en présence d'un excès de fluorure ou d'oxalate de sodium, par conséquent dans un milieu ne contenant pas, ou ne contenant que des traces, de sels de chaux dissous; et, d'autre part, le suc pancréatique, préalablement filtré sur paroi de collodion, n'est plus activable par les sels de calcium, alors qu'il l'est encore par la kinase du suc intestinal. Dans cette dernière expérience, il faut donc admettre que la paroi de collodion sépare du suc pancréatique une substance qui, sous l'influence du calcium, paraît se transformer en un agent doué des mêmes qualités que la kinase du suc intestinal.

Je serais porté à admettre que cette substance, existant en quantité plus ou moins considérable dans tous les sucs inactifs, est une véritable substance mère de la kinase, et que les sels de chaux interviennent pour la transformer en ferment définitif, suivant un processus plus ou moins analogue à celui de la formation du fibrin-ferment.

Pourquoi certains sourds-muets entendent mieux les sons graves que les sons aigus.

M. Marage adresse une note tendant à démontrer que certains sourds-muets, contrairement à ce qui a lieu pour une oreille normale, sont plus sensibles aux notes graves qu'aux notes aiguës. Des expériences faites par l'auteur sur des vers marins et des tuniciers dépourvus d'appareil auditif lui ont, d'autre part, permis de constater qu'en pareille occurrence ce ne sont pas des phénomènes d'audition qui entrent en jeu, mais bien des phénomènes de tact. Aussi comprend-on que les malades qui présentent cette inversion de la perception des sons soient absolument incurables, et que les exercices acoustiques soient totalement inutiles chez eux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 novembre 1905.

De l'iléo et de la colorectostomie dans les cancers inopérables du gros intestin.

M. Guinard. — Quoique l'anus artificiel, lorsqu'il est bien pratiqué, soit facilement supporté — j'en ai eu la preuve chez plusieurs de mes malades opérés depuis quelques années —, j'estime qu'il y a lieu de chercher à obtenir mieux encore par une anastomose. Aussi, outre mes 2 faits personnels d'entéro-anastomose pour cancer inopérable du gros intestin, que M. Demoulin a rappelés dans son rapport, j'ai fait 4 autres fois l'anastomose rectale pour obstruction de l'S iliaque ou du côlon descendant. Je pense que, quand on peut pratiquer l'iléo-sigmoïdectomie, cette opération doit être préférée, mais en cas d'impossibilité il faut tenter l'iléorectostomie. Voici un résumé de mes 4 nouvelles observations.

La première concerne un homme de cinquante-trois ans, atteint d'un cancer de la valvule iléo-cæcale. J'ai fait l'anastomose iléo-rectale avec plus de facilité que si j'avais dû anastomoser l'anse sigmoïde, à cause de la rétraction de celle-ci. Quatre mois plus tard, une fistule stercorale s'étant produite au bas de la cicatrice, je suis de nouveau intervenu et j'ai constaté que les sutures avaient bien tenu, et que la fistule dépendait de l'envahissement de l'intestin grêle. Le malade a succombé au bout de seize jours.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, que j'avais supposé tuberculeux. Or, j'ai découvert un cancer de l'S iliaque; malgré une anastomose cæco-rectale, la mort est survenue quarante-huit heures après l'intervention.

Le troisième fait est celui d'une femme de soixante-quinze ans, chez laquelle j'ai pratiqué l'abouchement du côlon au rectum; la malade a survécu dix-sept mois.

Quant à ma quatrième opérée, une jeune femme de vingt-sept ans, elle était atteinte d'un kyste à pédicule tordu avec masses tuberculeuses disséminées sur le péritoine et les intestins. Une anastomose de l'iléon et du rectum n'a pu parer aux accidents d'obstruction et elle a succombé au bout de quatre jours.

Une première conclusion se dégage de ces faits : il ne faut pas faire d'anastomose dans les cas d'occlusion aiguë; sur les 6 faits qui me sont personnels, je compte 3 décès, qui tous sont survenus dans ces circonstances. La seule indication, en pareille occurrence, est de créer un anus artificiel et plus tard une anastomose iléo-rectale, s'il y a lieu, car, si l'anus fonctionne bien, je ne crois pas qu'il y ait grand avantage à recourir à une anastomose. Je sais du reste qu'il est encore impossible, à cause du petit nombre des observations, d'établir une comparaison entre l'anastomose et l'anus artificiel et, pour le moment, toute conclusion nous est interdite.

Au point de vue technique, je ne suis pas partisan de l'emploi du bouton de Murphy, et j'estime que les sutures sont préférables.

J'ajoute qu'à cet égard il convient de distinguer entre les anastomoses des segments du gros intestin et celles qui unissent l'iléon et le gros intestin, les matières n'ayant pas la même consistance dans l'un et l'autre cas. Pour les premières, il est nécessaire de faire une large bouche, ce qui rend inapplicable le bouton de Murphy. Enfin, une longue incision abdominale et un grand renversement facilitent beaucoup les manœuvres opératoires.

A mon avis, l'anastomose est indiquée dans les cas de cancer petit, scléreux, en virole, et contre-indiquée dans les cancers étendus, mous, saignants et surtout adhérents à la vessie.

M. Terrier. — J'ai fait le relevé des opérations d'anastomose pratiquées dans mon service pour cancer des différents segments du gros intestin. Elles sont au nombre de 11. Dans un seul cas on a fait l'abouchement du côlon transverse au rectum; dans tous les autres on a établi une anastomose iléo-sigmoïdienne ou iléo-colique. Sur ces 11 malades, 3 sont morts rapidement. L'anastomose iléo-sigmoïdienne doit être de beaucoup préférée aux autres procédés.

Cholédoco-entérostomie.

M. Quénu. — Je dois vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été envoyée par M. Brin (d'Angers), concernant une femme de cinquante-huit ans, qui avait déjà subi deux laparotomies pour des accidents de lithiase biliaire. Une fistule en ayant été la conséquence, notre confrère fit une troisième laparotomie et, ayant constaté l'existence de multiples adhérences dans la région hépatico-duodénale et d'une dilatation du cholédoque par de la bile, il établit une anastomose entre ce canal et l'intestin. La malade a bien guéri.

Il est indispensable, au cours de semblables laparotomies, de poser le diagnostic, ce qui n'est pas toujours facile auparavant, et, dans certaines circonstances, il est préférable d'inciser le duodénum et d'essayer le cathétérisme rétrograde du canal cholédoque : cette manœuvre pourra être très utile en renseignant sur l'existence de calculs ou d'un néoplasme de voisinage, ou sur la coexistence des deux lésions. Quant aux opérations de cholédoco-entérostomie, on n'en connaît actuellement que 9 cas à l'étranger et 1 en France (celui de M. Brin). Un de ces faits doit être éliminé, comme ne rentrant pas à proprement parler dans la question; il ne reste donc que 9 cas, qui ont donné 7 guérisons et 2 morts.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 novembre 1905.

Epidurite purulente lombaire à bacilles d'Eberth, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde.

M. Sicard présente, au nom de M. Raymond et au sien, un homme de quarante-cinq ans, qui est actuellement guéri d'une paraplégie très douloureuse des membres inférieurs survenue au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde légitime. Les phénomènes paralytiques avaient débuté à droite et avaient envahi quelque temps après le membre gauche. Ils persistaient depuis près de trois mois, avec abolition des réflexes tendineux, et s'accompagnaient d'une atrophie déjà marquée des masses musculaires, lorsqu'on eut l'idée de faire une ponction lombaire. La simple pénétration de l'aiguille dans l'espace épidural ayant donné issue à quelques gouttes de pus, on pratiqua le lendemain une laminectomie des troisième et quatrième vertèbres lombaires, qui permit d'évacuer la petite collection purulente, cause des accidents. L'examen du pus démontra la présence d'une grande quantité de bacilles d'Eberth. Par contre, le liquide céphalo-rachidien avait une composition normale; il ne contenait ni bacilles d'Eberth, ni éléments figurés. C'est donc uniquement à la compression des racines rachidiennes, sans participation de la moelle, qu'était due la paralysie des membres inférieurs.

Déchloruration et bromisme.

M. J. Voisin communique plusieurs cas de bromisme, dont un mortel, survenus au cours de la déchloruration chez des épileptiques qui avaient continué à prendre, pendant le régime achloruré, la même dose de bromure de potassium que lorsqu'ils étaient au régime ordinaire, soit 4 grammes par jour.

M. Toulouse rappelle qu'il a insisté, à diverses reprises, sur la nécessité de diminuer les doses de bromure chez les épileptiques soumis au régime de la déchloruration et, autant que possible, de ne jamais dépasser chez eux la dose de 2 grammes par jour.

Cholécystite aiguë post-typhoïdique.

M. Galliard relate l'observation d'une femme de vingt-six ans, ayant eu autrefois des coliques hépatiques, qui a été prise, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, de cholécystite aiguë : la température s'étant élevée à deux reprises différentes à 40° et au-dessus, après une rémission de quelques jours, une intervention fut décidée. On trouva dans la vésicule biliaire une certaine quantité de pus mélangé à la bile, ainsi que plusieurs calculs biliaires. La guérison eut lieu sans incident.

M. Le Gendre fait remarquer que les cholécystites aiguës post-typhoïdiques ne sont pas toutes justiciables d'une intervention chirurgicale : quelques-unes d'entre elles guérissent sans suppurer, tout en s'affirmant par des températures élevées. Il ne faut donc pas se fonder sur cet unique symptôme pour conclure à l'existence du pus et conseiller l'opération, sous peine de s'exposer à de graves mécomptes.

M. A. Marie (de Villejuif) montre un paralytique général niant l'existence de tout antécédent syphilitique, et chez qui apparut, il y a quelque temps, une gomme du palais, laquelle, du reste, a considérablement diminué sous l'influence du traitement spécifique, en même temps qu'on notait une légère rémission de la méningo-encéphalite chronique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 novembre 1905.

Nouvelle série d'infections paratyphoïdes.

MM. Netter et **Ribadeau-Dumas**. — Sur 23 cas nouveaux étudiés à ce point de vue, nous avons pu déceler 17 fois une infection paratyphoïde, due 12 fois au bacille A de Brion et Kayser, 4 fois au bacille de Gärtner et 1 fois au bacille de Conradi.

Dans les infections par le bacille A, l'agglutination apparaît souvent de bonne heure : sur 9 malades, l'examen nous a donné les chiffres respectifs de 1/100 et de 1/400 dès le deuxième jour. Le pouvoir agglutinatif persiste longtemps; trente mois, et même dix ans après la maladie, nous trouvons encore pour le bacille A des agglutinations de 1/30 et de 1/40.

Enfin, parmi les cas visés plus haut, il en est plusieurs qui étaient accompagnés d'ictère ou de subictère, ce qui vient à l'appui de l'opinion que nous avons défendue dans la précédente séance, relativement à l'intervention du bacille de Brion et Kayser dans certains cas d'ictère fébrile (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 548).

Conditions histologiques de la transmission des maladies de la mère au fœtus.

MM. Nattan-Larrier et **Brindeau**. — On sait que dans le placenta normal les vaisseaux fœtaux ne sont séparés des lacs sanguins maternels que par une mince couche plasmodiale.

Au cours des maladies maternelles, et particulièrement dans l'éclampsie, il se forme parfois des ectasies capillaires si marquées dans la villosité que des ruptures vasculaires peuvent se produire, assurant une libre communication entre le sang fœtal et les milieux maternels.

D'autre part, au cours des infections maternelles, et spécialement de la syphilis, le plasmode s'altère et les leucocytes maternels pénètrent librement dans la villosité fœtale.

Mécanisme de la régénération des nerfs.

M. S. Ramón y Cajal (de Madrid). — Les recherches que j'ai faites, au cours de la dernière année, sur le mécanisme de la régénération des nerfs, en me servant comme moyen de coloration des fibres nerveuses du procédé au nitrate d'argent réduit après fixation par l'alcool, vont à l'encontre de la doctrine de l'auto-régénération.

La prolifération des cellules de Schwann s'explique très simplement en admettant avec Stroebe que ces cellules jouent le rôle de phagocytes en détruisant et écartant le *caput mortuum* des fibres nerveuses anciennes, et que, d'autre part, elles donnent naissance à des gaines orientatrices dont la mission principale serait de sécréter et de mettre en liberté une substance chimiotactique capable d'attirer les jeunes axones errants; enfin elles pourraient, comme les *cellules à pied* de Sartoli des tubes séminifères, servir aussi à la nutrition et à l'accroissement des fibrilles nerveuses parvenues dans les étuis protoplasmiques.

Le bacille dysentérique (type Flexner) dans la dysenterie des enfants.

M. Auché et **Mlle Campana** (de Bordeaux). — Nous avons étudié dans ces derniers temps, au point de vue bactériologique, un très grand nombre de cas de diarrhée muqueuse et muco-sanguinolente des enfants. Parmi les bacilles que nous avons rencontrés, il en est un qui correspond exactement au type Flexner, à la fois par les caractères de ses cultures et par l'épreuve de l'agglutination.

Il existe donc en réalité deux types de bacilles dysentériques : le premier est le type Chantemesse-Shiga-Kruse, que nous avons antérieurement rencontré dans la même affection infantile; le deuxième est le type Flexner.

Extirpation et replantation de la glande thyroïde avec réversion de la circulation.

MM. Carrel et **Guthrie** (de Chicago). — La glande thyroïde d'un chien ayant été extirpée fut replacée quelques minutes après dans la plaie cervicale, et le bout central de l'artère thyroïdienne fut uni au bout périphérique de la veine thyroïdienne, tandis que le bout central de la veine thyroïdienne était suturé au bout périphérique de l'artère de même nom. La circulation se rétablit une demi-heure environ après l'extirpation. Le sang traversait donc les réseaux vasculaires de la glande dans une direction opposée à la direction normale. Actuellement, cinquante-huit jours après l'opération, l'animal est vivant et en bonne santé. La glande paraît normale, quoique son volume soit un peu augmenté et sa circulation exagérée.

Cette observation est le premier exemple de replantation d'une glande avec réversion de la circulation.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 1er et 8 novembre 1905.

Les lésions pancréatiques du diabète.

M. F. Hirschfeld. — La participation du pancréas au cours du diabète sucré n'est pas toujours facile à établir, du moins au point de vue clinique, et le plus souvent ce n'est qu'à l'autopsie que l'on peut reconnaître l'existence des lésions pancréatiques. Cependant, les coliques que l'on observe parfois chez les diabétiques devraient, d'après Lichtheim, être attribuées au pancréas, mais ces phénomènes douloureux sont malaisés à distinguer de la colique biliaire, sans compter que les deux peuvent coexister.

A cet égard, je tiens à attirer l'attention sur ce fait que la colique pancréatique a d'ordinaire comme conséquence un trouble de l'assimilation, particulièrement du sucre, avec élimination d'acétone et d'acide acétique. En outre, chez les diabétiques avec altérations du pancréas, j'ai pu constater des troubles circulatoires se traduisant par une rétention aqueuse qui parfois s'accompagne d'œdèmes, sans lésion concomitante du cœur ni du rein; d'après M. Kély, cette rétention pourrait exister sans augmentation du poids. Un de mes malades se trouvait tellement mal à son aise quand il avait ingéré de l'eau qu'il préférait souffrir de la soif plutôt que de s'exposer à ces inconvénients.

J'ajoute que l'existence du coma diabétique me paraît plaider aussi en faveur d'une lésion du pancréas.

Au total, j'estime que le diabète peut être considéré comme d'origine pancréatique quand il s'accompagne de désordres gastro-intestinaux graves, avec coliques localisées dans la région pancréatique et suivies d'une aggravation des troubles de l'assimilation, parfois d'œdèmes, enfin lorsqu'il aboutit au coma.

M. Senator. — L'artériosclérose des vaisseaux mésentériques peut, elle aussi, simuler la colique pancréatique, et il ne me paraît pas impossible que les troubles circulatoires où M. Hirschfeld voit une preuve de la participation du pancréas lui soient également imputables.

Quant à la rétention d'eau sans augmentation du poids du corps, elle me semble inadmissible; il ne faut pas oublier en effet que l'eau est éliminée non seulement par le rein, mais aussi par l'intestin, le poumon et la peau.

Hypertrophie de la prostate et diabète.

M. Posner. — Certains symptômes de l'hypertrophie prostatique (soif, sécheresse de la bouche, pollakiurie nocturne) peuvent facilement faire penser au diabète, et je dois ajouter que la coexistence de ces deux affections est loin de constituer une éventualité rare, car j'en ai observé 30 cas l'année dernière; il peut arriver, en pareille occurrence, que le diabète soit exclusivement diagnostiqué tout d'abord, et que seule la persistance des troubles sus-mentionnés après disparition du sucre urinaire attire l'attention du côté de la prostate.

Le lien étiologique entre le diabète et l'hypertrophie de la prostate me paraît résider dans l'artériosclérose; d'autre part, l'urine sucrée pourrait exercer sur les éléments vésicaux une action irritante qui expliquerait la fréquence des complications du côté de la vessie chez les diabétiques.

Ces faits sont importants à connaître, pour ne pas exposer un sujet atteint à la fois d'hypertrophie de la prostate et de diabète aux dangers inhérents à toute opération pratiquée chez un diabétique.

M. Senator. — L'ammoniurie est fréquente chez les prostatiques et peut, à elle seule, déterminer des manifestations cliniques simulant le diabète; de plus, la présence d'ammoniaque dans les urines met en défaut certains des procédés utilisés pour la recherche du sucre urinaire, notamment celui de Trommer et la méthode de fermentation.

Un cas d'alexie.

M. Schuster présente un homme de soixante ans qui est atteint d'alexie pure, laquelle au début était associée à une hémiplégie droite : sans aphasie motrice, sans surdité verbale, il offre un trouble de la vision centrale caractérisé par ce fait qu'il reconnaît les lettres isolées mais non réunies en mots, de sorte qu'il est incapable de lire; le champ visuel est quelque peu rétréci, il n'existe toutefois pas d'altération de l'appareil optique; en somme, ce qui est intéressé chez lui, ce sont les faisceaux d'association entre le centre visuel et le centre verbal, lésion qui doit être localisée au pli courbe.

M. Mendel dit avoir pu faire l'autopsie du sujet atteint d'alexie dont il a jadis relaté l'observation (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 53); il a constaté l'existence de deux foyers de ramollissement situés l'un dans la première circonvolution occipito-temporale et le lobule lingual, l'autre dans le bourrelet du corps calleux : celui-ci explique l'interruption des fibres d'association entre les centres visuel et verbal, celui-là l'hémianopsie que présentait le malade. Ces lésions reconnaissaient pour cause une obstruction de l'artère cérébrale postérieure.

Du diagnostic différentiel de la surdité par lésion de l'oreille moyenne ou de l'oreille interne.

M. Brühl fait une communication sur ses recherches cliniques concernant les signes qui permettent de distinguer la surdité due à une lésion de l'oreille moyenne d'avec celle qui résulte d'une altération de l'oreille interne; dans l'un et l'autre cas, la distance à laquelle est perçue la voix chuchotée diminue notablement, mais, dans les lésions de l'oreille moyenne, ce sont les sons graves qui cessent d'être perçus et la conduction aérienne des sons est plus altérée que leur conduction osseuse, tandis que dans les affections de l'oreille interne c'est l'inverse qui se produit.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 6 novembre 1905.

Sur la faiblesse constitutionnelle du cœur.

M. Kraus fait sur ce sujet une communication dans laquelle il déclare tout d'abord que, sous le nom de faiblesse constitutionnelle du cœur, il entend viser non pas les faits d'interprétation obscure où il s'agit de modifications de l'énergie vitale, de fines altérations phy-

siques ou chimiques, mais seulement l'ensemble des cas caractérisés par l'insuffisance de développement du cœur et de l'aorte par rapport à l'ensemble de l'organisme, celle-ci étant rétrécie, celui-là rapetissé.

L'habitus extérieur des sujets qui offrent à un degré prononcé ce défaut de constitution a été connu de tout temps : c'est celui des individus à « poitrine étroite », déjà décrit par Arétée. Mais il existe aussi des cas limites beaucoup plus difficiles à reconnaître, et qui ne se traduisent guère par des modifications de structure extérieurement appréciables, car l'orateur a pu en rencontrer parmi des modèles pour peintres ou sculpteurs, et même parmi des soldats de la garde ou des troupes coloniales; cet état, qui du reste constitue seulement un facteur de prédisposition morbide, sans avoir rien à faire avec une maladie déterminée en particulier, et que M. Kraus explique par des considérations phylogénétiques, est morphologiquement caractérisé par l'étroitesse du thorax et la longueur excessive du segment lombaire de la colonne vertébrale, ce dernier mesurant jusqu'à 36 centimètres au lieu de 29, chiffre normal. Cet allongement du tronc a pour conséquence des modifications de forme ou de position des principaux viscères (foie, rein, estomac), des déformations vertébrales, du lymphatisme, des phénomènes de nervosisme pouvant aller jusqu'à la neurasthénie confirmée.

Dans les cas extrêmes, le cœur est trop petit non seulement d'une façon relative — par rapport aux dimensions du corps —, mais aussi d'une façon absolue; il en peut alors résulter des phénomènes d'insuffisance cardiaque, avec tachycardie, souffles par atonie du myocarde, etc., etc.

L'orateur estime que bien des états anormaux du cœur, déjà entrevus par divers cliniciens, concernent des faits de ce genre; notamment le « cœur adénoïdien » des auteurs français rentrerait, pour une part au moins, dans le cadre de cette faiblesse congénitale du cœur.

Un cas d'hétéradelphie.

M. Ostrowski présente les radiographies d'un sujet de vingt-six ans, par ailleurs sensiblement normal, qui porte, inséré à angle droit sur son sternum, un petit corps pourvu de quatre membres et d'un pénis, sans anus; le pénis donne issue à une sérosité laiteuse, renfermant un peu d'albumine, mais non de l'urée; les membres n'offrent que des mouvements passifs.

Il s'agit là d'un cas de monstruosité double, d'hétéradelphie, que M. Doyen (de Paris) a refusé d'opérer, estimant que l'intervention pourrait n'être pas sans danger pour l'existence du sujet.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 18 novembre 1905.

Anévrysme double de l'aorte.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Artur Klein** a présenté les pièces anatomiques d'un homme de trente et un ans, qui, à la suite d'une bronchite grippale, fut pris de dyspnée, de parésie de la corde vocale droite, de cyanose et d'œdème du bras droit; la dyspnée devint tellement intense qu'il fallut faire la trachéotomie. D'autre part, le pouls de l'artère radiale était plus faible à droite qu'à gauche, et à l'examen radioscopique on trouva une ombre au niveau de la bifurcation de la trachée, tandis que la trachéoscopie décelait une occlusion de la bronche droite. A l'autopsie, on constata l'existence de deux volumineux anévrysmes de l'aorte, comprimant la trachée et la bronche droite et portant deux perforations fermées par des thrombus pariétaux.

Ce qui est remarquable dans cette observation, c'est que ce double anévrysme n'ait donné lieu pendant longtemps à aucun trouble et n'ait pas provoqué d'hémoptysie, malgré sa perforation en deux points.

Traitement de l'épididymite tuberculeuse par la méthode de Bier.

M. K. Ullmann a présenté 3 cas d'épididymite tuberculeuse qu'il a traités avec succès par la méthode de Bier. Chez 2 de ces malades il existait des fistules de la partie inférieure du cordon spermatique; le traitement, consistant dans l'application d'une bande élastique autour de la verge et du scrotum, eut pour effet de tarir la sécrétion des fistules et de diminuer l'infiltration épididymaire. Ce moyen thérapeutique mériterait d'être essayé aussi contre les indurations consécutives aux épididymites.

Dans les cas de lésion unilatérale, on a soin d'attirer en bas le testicule atteint, de façon à pouvoir appliquer la bande exclusivement sur la moitié correspondante du scrotum.

Régénération de l'albumine dans l'intestin.

M. E. Freund fait une communication dans laquelle — après avoir rappelé ses recherches antérieures, démontrant que dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques efférents de l'intestin il n'y a pas de produits de digestion de l'albumine, ce que l'on a tenté d'expliquer en admettant que ces produits se trouvent dans le sang sous forme d'albumine coagulable ou bien de produits plus dissociés, ne donnant plus la réaction du biuret — il rend compte de nouvelles expériences qu'il a faites sur des chiens en période de digestion. Il en résulte que dans le sang venant de l'intestin il y a accumulation de produits de dissociation de l'albumine et augmentation de l'albumine coagulable, surtout de la globuline. Si l'on ajoute au sérum une solution de peptone, 20 % de cette dernière sont transformés en albumine coagulable; cette propriété réactivante du sérum est abolie par le chauffage. En faisant agir réciproquement de la muqueuse intestinale, des sucs digestifs, du sérum et de la peptone, on observe une réinversion de la peptone en albumine, jusqu'à concurrence de 30 %.

Sérothérapie de la dysenterie.

Dans la séance du 16 novembre de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE, **M. Jehle** a présenté 2 enfants qui, étant atteints de dysenterie, ont été traités avec succès par le sérum de Kruse. Ces petits malades avaient par jour jusqu'à 50 selles, mêlées de sang et de pus; après l'emploi du sérum, le nombre quotidien des évacuations tomba à 6, en même temps que le sang et le pus n'étaient plus décelables qu'au microscope; la fièvre ne fut pas influencée par le sérum, et les bacilles de Kruse dans les selles étaient aussi nombreux après le traitement qu'avant; les colibacilles n'y existaient qu'en petit nombre.

M. Escherich fait observer que les cas de dysenterie à bacille de Shiga-Kruse ont une marche plus grave que les cas endémiques ordinaires, où l'on trouve seulement les bacilles de Flexner. Aussi la préparation d'un sérum polyvalent contre les deux bacilles constituerait-elle un grand progrès thérapeutique.

Dr SCHNIRER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE LILLE

Beauvois (G.). Prolapsus génitaux graves; leur traitement par la trachélopexie et la colpopexie recto-musculaire.

Bertrand (G.). Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire du larynx chez l'enfant.

Bidou (G.). De la paralysie du nerf médian dans les luxations du coude.

Bonte (A.). Etude sur le symblépharon : un nouveau procédé opératoire.

Cavro (P.). La défense de l'enfant : « Consultations de nourrissons » ou « Gouttes de Lait ».

Crétal (G.). De la pneumatocèle frontale.

Dancourt (Ch.). Les manifestations gastriques de l'hystérie chez l'enfant.

De Bil (F.). De la crise phosphaturique prolongée consécutive à la fièvre typhoïde.

Decousser (D.). Contribution à l'étude de la myosite blennorrhagique.

Descarpentries (M.). La veine mastoïdienne : son importance pathologique et chirurgicale.

Dubois (C.). Les polypes du sinus maxillaire.

Duhain (L.). Etude sur les myostéomes traumatiques et, en particulier, sur leur pathogénie.

Ericson (E.). La leucocytose digestive; sa valeur diagnostique.

Fiatte (E.). A propos d'un cas de coxa vara traumatique.

Gellé (E.). Contribution à l'étude des lésions du pancréas dans le diabète pancréatique.

Haeü (R.). Etude sur l'acroparesthésie.

Havet (E.). De l'état des muscles dans la périarthrite scapulo-humérale et son traitement électrique.

Huriez (F.). Le type brachial de la paralysie saturnine.

Jacquemaire. Des adhérences secondaires inflammatoires dans les kystes de l'ovaire.

Laudet (L.). La ponction hypogastrique de la vessie; ses dangers chez les vieux urinaires.

Le Bras. Contribution à l'étude du traitement des luxations de l'épaule compliquées de fracture du col chirurgical de l'humérus.

Legrand (F.). De l'hypertrophie idiopathique chronique de la rate.

Lequette. Contribution à l'étude des hernies de l'appendice iléo-cæcal.

Leroy (M.). Des épiploïtes.

Le Treut (Y.). Ténosites et périténosites post-traumatiques du tendon d'Achille et du tendon radial du biceps brachial.

Levesque (G.). La protection de la première enfance dans les cités industrielles : les crèches industrielles.

Liénard (M.). Le rhumatisme chronique chez l'enfant.

Maes (E.). Contribution à l'étude de la linite plastique (maladie de Brinton).

Merveille (L.). Des arthropathies juxtafracturales.

Obers (M.). Etude médico-légale sur la relation entre les maladies professionnelles et les accidents du travail.

Poiteau (A.). Etude sur l'actinomycose de la région mammaire et du sein.

Ponthieu (J.). De l'empalement.

Pradoura (V.). Traumatisme crânien et paralysie générale.

Quenay (A.). Contribution à l'étude des prostatites chroniques d'origine uréthrale.

Rochette (J.). Rapports des tuberculoses cutanées, et particulièrement du lupus disséminé, avec la rougeole.

Schaepelynck (L.). Les jardins ouvriers (étude d'hygiène sociale).

Scoumaque (H.). De la kératite à hypopyon; son traitement par les attouchements à la teinture d'iode.

Taconnet (G.). Histoire de l'épidémie de variole à l'hôpital de la Charité de Lille (1902-1903).

Thirion (G.). Contribution à l'étude cytologique des épanchements articulaires.

Vasseur (A.). Recherches hématologiques sur l'action thérapeutique du *Rumex crispus* dans quelques cas d'anémie.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Adelheim (R.). Ueber die Langerhans'schen Inseln im Pankreas und ihre Beziehung zum Diabetes. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 9 et 16 sept.)

Caracciolo (R.). La struttura fibrillare della cellula nervosa secondo i nuovi metodi d'indagine istologica. (*Clinica moderna*, 20 sept.)

Cesaris-Demel (A.). Sulla particolare struttura di alcuni grossi leucociti mononucleati della cavia, colorati a fresco. (*Arch. per le scienze med.*, XXIX, 4.)

Gulland (G. L.) et **Goodall** (A.). A preliminary note on the presence of pigment containing iron in the thyroid gland. (*Lancet*, 19 août.) — Présence de pigment ferrugineux dans le corps thyroïde.

Misch (M.). Beiträge zur Kenntnis der Gelenkfortsätze des menschlichen Hinterhauptes und der Varietäten in ihrem Bereiche. In-8°, 107 p. avec fig. Berlin. — Sur les apophyses articulaires de l'occiput et sur leurs variétés anatomiques.

Pappenheim (A.). Atlas der menschlichen Blutzellen. 1re partie. In-8°, 85 p. avec planches. Iéna. — Iconographie des globules sanguins de l'homme.

Probst (M.). Weitere Untersuchungen über die Grosshirnfaserung und über Rindenreizversuche nach Ausschaltung verschiedener Leitungsbahnen. In-8°, 140 p. avec fig. Vienne. — Nouvelles recherches sur la systématisation du cerveau et sur les effets de l'excitation expérimentale de la corticalité après élimination de différentes voies conductrices.

Toldt (C.). Der Winkelfortsatz des Unterkiefers beim Menschen und bei den Säugetieren und die Beziehungen der Kaumuskeln zu demselben. 2e partie. In-8°, 162 p. avec fig. Vienne. — La branche du maxillaire inférieur chez l'homme et chez les mammifères et ses rapports avec les muscles masticateurs.

PHYSIOLOGIE

Lidström (A. E.). Recherches expérimentales sur la perception d'ondes lumineuses de longueur différente. (*Nord. med. Arkiv,* partie chir., XXXVII, 4.)

Marquès (H.). Rapport sur la notation des résultats d'un examen électrique des muscles et des nerfs. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 juillet.)

Nagel (W.). Handbuch der Physiologie des Menschen. I. Band : Physiologie der Atmung, des Kreislaufs und des Stoffwechsels. 1. Teil. In-8°, 330 p. avec fig. Brunswick.

Smith (H. L.). Synesthesia. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, juillet.) — Phénomènes d'audition colorée.

Tchiriev (S.). Photogrammes des courbes électrométriques des muscles et du cœur en contraction. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Ville (J.) et **Derrien** (E.). Sur la véritable nature d'une nouvelle bande signalée dans le spectre d'absorption du sang. (*Montpellier méd.*, 7 mai.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Chattergee (G. C.). A contribution to the pathology of pernicious malarial fever of cerebral type. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.)

Cosentino (A.). Contributo all'istio-patologia dell'ipertrofia prostatica. (*Arch. di anat. patol.*, I, 2.)

Crimani (E.). Sugli effetti del trapianto del timo e sulle correlazioni funzionali fra testicolo e timo. (*Arch. di anat. patol.*, I, 3.)

Findlay (L.). A case of peculiar vacuolar degeneration of the myocardium. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.)

Fioravanti (L.). Contributo all'istogenesi dei tumori misti della parotide; un fibro-condro-mixo-sarcoma endoteliale della parotide. (*Clinica moderna*, 19 juillet.)

Fischer (B.). Ueber ein Embryom der Wade. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 août.) — Embryome du mollet.

Giudiceandrea (V.). Sulle modificazioni della tiroide nella clorosi. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma,* XXV, 3.)

Love (A.). The changes in the blood-forming organs in typhus fever. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.) — Les modifications des organes hématopoiétiques dans la fièvre typhoïde.

Lubarsch (O.) et **Ostertag** (R.). Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere (Jahrgang 1903). 2e partie. In-8°, 767 p. avec fig. Wiesbaden. — Progrès de la pathologie générale et de l'anatomie pathologique de l'homme et des animaux pendant l'année 1903.

MacCallum (W. G.). The pathological anatomy of exophthalmic goitre. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, août.)

Matsuoka (M.). Zur pathologischen Anatomie des Carcinoma papillosum ventriculi. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 3.)

MÉDECINE

Chvostek (F.). Bemerkungen zur Aetiologie der Tetanie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 sept.)

Curtis (G. L.). The etiology of tooth and nail corrugations. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 août.) — L'étiologie des corrugations des dents et des ongles.

Deiaco (P.). Beitrag zur Symptomatologie der Pellagra. (*Wien. klin. Wochensch.*, 31 août.)

Ebstein (W.) et **Schwalbe** (J.). Handbuch der praktischen Medizin. I. Band : Krankheiten der Atmungs-, der Kreislaufsorgane, des Blutes und der Blutdrüsen. 2. Teil. 2e éd. In-8°, p. 481 à 1056, avec fig. Stuttgart. — Traité de médecine pratique. T. Ier : les maladies des organes de la respiration et de la circulation, du sang et des glandes vasculo-sanguines.

Elsner (H.). Ueber Colitis mucosa (Enteritis membranacea) und Colica mucosa. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 sept.)

Ewer (E.). Der katarrhalische Icterus in Berlin. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLII, 1-2.)

Feinberg (L.). Ueber die Verhütung der Infektion mit den Erregern der Krebsgeschwülste. In-8°, 45 p. avec fig. Leipzig. — Sur la prophylaxie de l'infection par les agents pathogènes du cancer.

Ferrio (L.). Sui rapporti fra la pericardite e le lesioni valvolari dell'aorta. (*Gazz. degli Osped.*, 24 sept.)

Fertig. Ueber Ulcus ventriculi traumaticum. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 sept.)

Friedenwald (J.) et **Ruhräh** (J.). Diet in health and disease. In-8°, 689 p. Londres. — Le régime à l'état de santé et de maladie.

Galzin (E.). Les froidures graves (prophylaxie; premiers soins). In-8°, 131 p.

Gaultier (R.). Technique de l'exploration du tube digestif. In-16, 96 p. avec fig.

Gullan (A. G.). Two cases of Addison's disease and the effect of the administration of suprarenal extract. (*Lancet*, 19 août.)

Herschell (G.). Indigestion; diagnosis and treatment of functional derangements of the stomach. 3e éd. In-8°, 300 p. Londres.

Klee (F. E.). 130 tilfælde af muskel- og bindevævsinfiltrationer hos kvinder iagttagne i seksaaret 1899-1904 paa Silkeborg vandkuranstalt, særlig med hensyn til ætiologi og sæde. (*Ugeskrift for Læger*, 17 août.) — 130 cas d'infiltration musculaire et conjonctive observés chez la femme.

Kohn (S.). Asthma. (*Med. Record*, 26 août.)

Labbé (H.) et **Furet** (L.). Dystrophie de la fonction d'élimination chlorurée urinaire chez les obèses; contribution à l'étude des principes du traitement de l'obésité. (*Rev. de méd.*, sept.)

MALADIES INFECTIEUSES

Barannikov (I.). Sur la rubéole scarlatiniforme (en russe). (*Roussk. Vratch*, 30 juillet.)

Barlocco (A.). Pleuriti nel corso dell'infezione tifoide. (*Gazz. degli Osped.*, 3 sept.)

Bartel (J.). Lymphatisches System und Tuberkuloseinfektion. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 août.)

Bentzon (L.). Et tilfælde af meningitis efter parotitis. (*Hospitalstidende*, 13 sept.)

Bleibtreu (L.). Zwei seltene Beobachtungen bei Scharlach. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 sept.) — 2 cas rares de scarlatine.

Boinet. Fréquence et dangers de la tuberculose sénile. (*Marseille méd.*, 15 août.)

Brouardel (P.) et **Gilbert** (A.). Nouveau traité de médecine et de thérapeutique. Fasc. 5 : paludisme et trypanosomiase. In-8°, 124 p. avec fig.

Cavazza (E.). La diazoreazione nella tubercolosi. (*Policlinico*, 27 août.)

Chantemesse (A.) et **Borel** (F.). Moustiques et fièvre jaune. In-16, 96 p. avec cartes.

Cionini (E.). La intossicazione dell'alcool come disponente alle malattie infettive. In-8°, 122 p. Pise.

Coleman (W.). On the impossibility of differentiating so-called paratyphoid from typhoid fever except by a bacteriological examination of the blood. (*Med. News*, 19 août.)

Dunbar. Zur bakteriologischen Choleradiagnose; der direkte Agglutinationsversuch. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 sept.)

Dunn (R. A.) et **Gordon** (M. H.). On the clinical and bacteriological aspects of an epidemic simulating influenza, which has recently occurred in the East Herts district. (*Brit. Med. Journ.*, 26 août.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Crispolti (C. A.). Sindrome di Brown-Séquard nell'isterismo. (*Policlinico,* partie méd., XII, 8.)

De Buck (D.). La ponction lombaire. (*Journ. de neurol.*, 5 sept.)

De Chiara (D.). Metamerismo radicolare e metamerismo spinale nella siringomielia. (*Gazz. degli Osped.*, 26 sept.)

Dougherty (W. J.). Syphilitic spinal paralysis, with special reference to the type described by Erb. (*Med. Record*, 5 août.)

Féré (Ch.). Note sur les rêves épileptiques. (*Rev. de méd.*, sept.)

Ferrari (G.). Su due casi di coccigodinia. (*Policlinico*, 17 sept.)

Gavazzeni (S.). Un caso di ischialgia radicolare unilaterale con scoliosi omologa. (*Policlinico*, partie méd., XII, 8.)

Hudovernig (C.). Weitere Beiträge zur Natur des sogenannten Supraorbitalreflexes. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 août.)

Indemans (J. W. M.). Myasthenia gravis pseudoparalytica. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 août.)

Lévi (L.). Maladie de Thomsen et sarcoplasma. (*Rev. neurol.*, 15 août.)

Lewandowsky (M.). Bemerkungen über die hemiplegische Kontraktur. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIX, 3-4.)

Libensky (V.). Ophthalmoplegia externa chronica progressiva (poliencephalitis chronica superior). (*Casopis lékaru ceskych*, 5, 12 et 19 août.)

Müller (E.). Ueber die Beeinflussung der Menstruation durch cerebrale Herderkrankungen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er sept.) — L'influence des lésions cérébrales en foyer sur la menstruation.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Chébaïev (N.). Un cas rare d'urticaire chronique rebelle, guéri par la quinine associée à l'antipyrine (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juillet.)

Cimoroni (A.). Sulle stenosi sifilitiche del piloro. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXV, 3.)

Diatchkov (N.). Altérations syphilitiques de tous les ongles et des parties molles avoisinantes, avec lésion simultanée du cœur et des reins (en russe). (*Prakt. Vratch*, 16 et 23 juillet.)

Finato (L.). Un caso di epitelioma associato a sifiloma. (*Clinica moderna*, 6 sept.)

Friolet (H.). Ueber Ichthyosis circumscripta der Areola mammae. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 sept.)

Gaucher (E.). Traitement de la syphilis. In-8°, 39 p.

Kimla (R.). Latentní hypoplasie vrozené slozitych orgánu zlazovych pri vrozené príjici. (*Casopis lékaru ceskych*, 6, 13, 20 et 27 mai, 3, 10, 17 et 24 juin, 1er, 8, 15, 22 et 29 juillet, 5, 12, 19 et 26 août, 2 et 9 sept.) — Sur les hypoplasies congénitales latentes dans la syphilis congénitale.

PARASITOLOGIE

Boycott (A. E.). A note on the poisonousness of worms. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.) — Sur la toxicité des helminthes.

Freund (R.). Ueber Cytorrhyctes luis Siegel. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 sept.)

Langer (J.). Zur Frage der Bildung spezifischer Antikörper im Organismus von Bandwurmwirten. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 août.) — Sur la formation d'anticorps dans l'organisme des hôtes du ténia.

Leonard (T. M. R.). Ankylostomiasis or uncinariasis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 août.)

Looss (A.). The anatomy and life history of Ankylostoma duodenale. (Records of the Egyptian Government School of Medicine, t. III.) In-4°, 158 p. avec fig. Le Caire.

Nigris (G.). Spirochæte pallida und refringens nebeneinander im Blute bei hereditärer Lues. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 sept.)

Omeltchenko (Th.). Les spirochètes dans la syphilis (en russe). (*Roussk. Vratch*, 23 juillet.)

Pollio (G.) et **Fontana** (A.). Reperto della spirochete di Schaudinn nell'acne sifilitica del capillizio. (*Gazz. degli Osped.*, 10 sept.)

Quéry (L.-C.). Le microorganisme de la syphilis; inoculations expérimentales. (*Bull. des scienc. pharmacol.*, sept.)

Radaeli (S.). L'eosinofilia nella ascaridiasi. (*Clinica moderna*, 2 août.)

Reischauer. Ein weiterer Spirochätenbefund bei hereditärer Lues. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 août.)

Simonelli (F.) et **Bandi** (I.). Di un metodo rapido di colorazione della spirochæte pallida. (*Gazz. degli Osped.*, 31 août.)

Tarchetti (C.). La malattia del sonno. (*Gazz. degli Osped.*, 27 août.)

Zartzyne (Th.). Les oxyures en tant que cause de l'appendicite (en russe). (*Prakt. Vratch*, 9 juillet.)

CHIRURGIE

Brunn (M. von). Ueber die Stauungsbehandlung bei akuten Entzündungen nach den bisherigen Erfahrungen der von Bruns'schen Klinik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 3.) — Le traitement des inflammations aiguës par la stase artificielle.

Caminiti (R.) et **Catalano** (F.). Sull'impiombatura delle ossa. (*Gazz. internazion. di medicina*, 13 juin.)

Cannaday (J. E.). Preoperative and postoperative treatment of surgical cases. (*New York Med. Journ.*, 26 août.)

Cantas. Sur un cas de plaie pénétrante du crâne et de l'encéphale; résultats éloignés. (*Lyon méd.*, 17 sept.)

Casati (E.). Statistica personale di 731 laparotomie. In-8°, 18 p. Ferrare.

Cooke (A. B.). A summary of 25 radical operations upon the rectum under local (sterile water) anesthesia. (*Med. News*, 26 août.)

Costa (G.). Gravissima ferita da punta e taglio dell'ala sinistra del fegato; legatura intraepatica; guarigione; contributo clinico allo studio dell'emostasi in rapporto agli infarti per ischemia. (*Policlinico*, 27 août.) — Plaie grave du lobe gauche du foie; ligature intra-hépatique; guérison.

Cumston (C. G.). Congenital umbilical hernia. (*Med. Record*, 23 sept.)

Curl (H. C.). Combined volvulus and hernia through a recent mesenteric slit; resection of 5½ feet of intestine; death on ninth day. (*Ann. of Surgery*, août.)

Dal Vesco (A.). Contributo alla casistica della sutura secondaria dei nervi. (*Gazz. degli Osped.*, 27 août.)

Danna (J. A.). The Matas operation for the radical cure of aneurism as applied in 2 cases of ruptured aneurism. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 août.)

De Garmo (W. B.). The cure of femoral hernia; results of 110 operations by a single method. (*Ann. of Surgery*, août.)

Deschmann (R.). Zur Behandlung der chronischen ankylosierenden Wirbelsäulenentzündung. (*Wien. med. Presse*, 24 sept.) — Sur le traitement de la spondylite ankylosante chronique.

Devic (E.) et **Froment** (J.). Perforations intestinales de la rechute et de la convalescence de la fièvre typhoïde et résultats opératoires. (*Rev. de méd.*, sept.)

Dicken (W. E.). Intussusception. (*Med. News*, 16 sept.)

Dmitrevsky (P.). Sur les blessures de la cavité abdominale avec prolapsus des viscères (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 23 juillet.)

Dörr (R.). Ueber Cholecystitis typhosa. (*Wien. klin. Wochensch.*, 24 août.)

Eiselsberg (von). Zur Frage der Kontinenz nach sakraler Rektumexstirpation. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 sept.)

Ely (L. W.). Rheumatism of the feet. (*Med. Record*, 5 août.) — Rhumatisme du pied.

Fairchild (D. S.). Non-calculous cholecystitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 août.)

Fibich (R.). 2 Fälle von traumatischen Gelenksmäusen. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 août.) — Corps étrangers articulaires.

Fichtner. Ueber leichte Formen der Holzphlegmone. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 août.) — Formes légères du phlegmon ligneux.

Fischer (F. R.). The contracted muscles of infantile paralysis. (*Lancet*, 26 août.)

Frank (J.). Incising and suturing the liver; a new method to re-establish a continuity and for the control of hemorrhage. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 août.) — Incision et suture du foie comme procédé d'union et d'hémostase.

Fränkel (A.). Schädeldefekt und Epilepsie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 sept.) — Pertes de substance du crâne et épilepsie.

Frey. Gewichtsextension der Haut. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 août.) — L'extension continue de la peau.

Garavini (F.). Contributo clinico allo studio delle fratture del calcagno. (*Nuovo raccoglitore med.*, juin.)

Gardini (O.). Contributo allo studio clinico dell'embolia polmonare in seguito alla cura radicale dell'ernia inguinale (metodo Bassini). (*Clinica moderna*, 23 août.)

Ghedini (A.). La posizione del Trendelenburg nella cura dell'ernia crurale col metodo Ruggi. (*Policlinico*, 24 sept.)

Giacomelli (G.). Contributo allo studio della sintomatologia delle cisti da echinococco del mesentere. (*Clinica moderna*, 26 juillet.)

Gibbon (J. H.). The Matas operation for the cure of aneurism. (*Amer. Medicine*, 19 août.)

Gnudi (A.). Dell'ascesso epatico. (*Nuovo raccoglitore med.*, juin.)

Gorokhov (D.). Traitement opératoire des contractures cicatricielles de la paume de la main et des doigts (en russe). (*Prakt. Vratch*, 9 juillet.)

Gros (E. L.). A convenient method of leucocyte counting, and the value of this sign in appendicitis. (*New York Med. Journ.*, 16 sept.)

Guidi. Contributo allo studio della cura chirurgica dell'appendicite. (*Policlinico*, 24 sept.)

Guthrie (L. G.). On aciduria (acetonuria) as the cause of deaths following the administration of chloroform and ether. (*Lancet*, 26 août.)

Häcker (R.). Erfahrungen über Appendicitis am Krankenhause Heilbronn. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 3.)

Hagen-Torn (I.). Exophtalmie intermittente dans un cas de varices cirsoïdes de la tête; opération; guérison (en russe). (*Roussk. Vratch*, 30 juillet.)

Haggard (W. D.). Gallstones in the common-duct. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 août.) — Calculs du canal cholédoque.

Hatton (G. S.). On abdominal surgery during the last 25 years. (*Brit. Med. Journ.*, 19 août.)

Helbing (C.). Ueber den Metatarsus varus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 août.)

UROLOGIE

Aievoli (E.). Sui canali anomali del pene : urethra duplex; condotti paruretrali. (*Gazz. degli Osped.*, 17 sept.)

Bonanome (A. L.). A proposito d'un caso di prostatectomia totale perineale. (*Policlinico*, partie chir., XII, 8.)

Buschke (A.). Ueber Hodengangrän bei Gonorrhoe. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 sept.) — Sur la gangrène du testicule au cours de la blennorrhagie.

Carlier et **Curtis**. Le rein tuberculeux polykystique chronique. (*Echo méd. du Nord*, 20 août.)

Christian (H. M.). Acute prostatitis. (*Amer. Medicine*, 16 sept.)

Evans (E.) et **Fowler** (H. A.). Punctured wounds of the bladder. (*Ann. of Surgery*, août.) — Plaies de la vessie par instrument piquant.

Fittipaldi (E. U.). Di un elemento morfologico del sedimento urinario non ancora differenziato. (*Gazz. degli Osped.*, 13 août.)

OPHTALMOLOGIE

Hammer (D.). Augenmuskellähmungen in Folge chronischer Blei- und Nikotinvergiftung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIX, 3-4.) — Paralysies oculaires par saturnisme et par tabagisme.

Isola (A.). Conjuntivitis de Parinaud. (*Rev. méd. del Uruguay*, juillet.)

Jackson (E.). Lateral displacement of tendon insertions for the cure of strabismus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 août.)

Jacqueau. Le formiate de soude en thérapeutique oculaire. (*Lyon méd.*, 17 sept.)

Leber (Th.). Encore quelques mots à propos de la mensuration de la filtration de l'œil. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Levin (H.). Fall von spontaner Luxation des Bulbus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 août.)

Michel (J. von). Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie (35. Jahrgang, 1904). 1re partie. In-8°, 400 p. Tubingue. — Les progrès réalisés en ophtalmologie pendant l'année 1904.

Miller (F. W.). Traumatic lesions of the eye. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 août.)

Moissonnier. Tuberculose primitive de la conjonctive. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Moore (T. W.). The non-toxic amblyopias. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 août.)

Moretti (E.). L'iniezione di paraffina fusa nella cura dell'entropion. (*Casuistica medico-chirurgica*, avril.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bar (P.) et **Daunay** (R.). Bilan des échanges azotés pendant la grossesse. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Busalla. Ueber den Kaiserschnitt in der Agone und post mortem bei herzfehlerkranken Schwangeren. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 sept.) — L'opération césarienne pendant l'agonie et après la mort des femmes cardiaques.

Buttenberg (F.). Ueber die Durchgängigkeit der Tuben für in den Uterus injizierte Flüssigkeiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 août.) — La perméabilité des trompes à l'égard des liquides injectés dans l'utérus.

Cameron (S. J. M.). Some complications and degenerations of uterine fibromyomata. (*Brit. Med. Journ.*, 23 sept.)

Chrobak (R.). Zur Behandlung des inoperablen Uteruskarzinoms. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 sept.)

Contegni (M.). Sopra un caso d'inversione uterina puerperale con prolasso dell'utero inverso. (*Gazz. degli Osped.*, 31 août.)

Corby (H.). Removal of a tumour from a hermaphrodite. (*Brit. Med. Journ.*, 23 sept.)

Cornil. Note sur les tubercules de l'ovaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Duclaux (H.) et **Herrenschmidt** (A.). Tératome de la grande lèvre (inclusion intestinale). (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Ekstein (E.). Zur Bekämpfung des Puerperalfiebers in der geburtshilflichen Praxis. (*Wien. med. Presse*, 27 août.)

Sellheim (H.). Zur Topographie und Technik der subkutanen Hebotomie nach Döderlein. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 sept.)

PÉDIATRIE

Abramovitch (D.). Contribution à l'étude de la diathèse urique chez les enfants (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 30 juin et 9 juillet.)

Araoz Alfaro (G.). Sobre el diagnóstico y tratamiento de la invaginación intestinal en el niño. (*Arch. latino-amer. de pediatria*, août.)

Aubert (L.-H.). Sur un cas de sarcome du vagin chez l'enfant. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, août.)

Bracci (C.). Sopra alcune alterazioni del latte cotto. (*Pediatria*, juillet.)

Cattaneo (C.). Sul potere emolitico del siero del latte di donna. (*Pediatria*, juillet.)

Cook (J. C.). 15 cases of summer diarrhea. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 août.) — 15 cas de diarrhée estivale.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Abadie. Kyste mucoïde médian sous-hyoïdien avec persistance du canal de Bochdalek. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Baïrachevsky (O.). Un cas d'adhérence complète du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx, avec atrophie des deux amygdales (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6 août.)

Blum (L.). 2 Fälle von primärem Larynxerysipel. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 sept.)

Britto (V. de). Sinusite e empyema do seio maxillar. (*Brazil-medico*, 15 août.)

Ciampolini (A.). Di un caso di ascesso del cervelletto di origine otitica. (*Clinica moderna*, 19 juillet.)

Daae (H.). Primær öredifteri. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, sept.) — Diphtérie primitive de l'oreille.

Freer (O.). Die Fensterresektion der Verbiegungen der Nasenscheidewand. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 sept.) — Résection en fenêtre dans 68 cas de déviation de la cloison nasale.

Göbell (R.). Ein Beitrag zur Behandlung der narbigen Larynx- und Trachealstenose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXVIII, 4-6.)

Goris (Ch.). De l'abcès intervertébro-digastrique. (*Presse oto-laryngol. belge*, août.)

Hecht. Zur Symptomatologie des Empyema antri Highmori. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 sept.)

Hölscher. Die otogenen Erkrankungen der Hirnhäute. 2. Teil : Die Erkrankungen im Subduralraum und die eitrige Entzündung der weichen Hirnhäute. In-8°, 108 p. Halle. — Les affections de l'espace arachnoïdien et la leptoméningite suppurée d'origine otique.

Manzoni (A.). Estirpazione totale della laringe per carcinoma cavitario; guarigione. (*Casuistica mediço-chirurgica*, mars et avril.)

HYGIÈNE

Casardi (G.). Profilassi della malaria. (*Gazz. degli Osped.*, 17 sept.)

Doty (A. H.). The elimination of the mosquito. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 août.)

Grotjahn (A.) et **Kriegel** (F.). Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der sozialen Hygiene und Demographie. 4. Band : Bericht über das Jahr 1904. In-8°, 434 p. Iéna. — Revue des travaux et des progrès accomplis en hygiène sociale et en démographie pendant l'année 1904.

Mendelsohn (A.). L'alcoolisme aigu à Saint-Pétersbourg (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6, 13 et 20 août.)

Pfeiffer (L.). Die Impfklauseln in den Weltpolicen der Lebensversicherungs-Gesellschaften. (*Veröffentl. des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft*, 5.) — Les clauses relatives à la vaccination dans les polices d'assurance-vie.

Santori (S.). Le mosche domestiche come causa di diffusione delle malattie infettive intestinali. (*Policlinico*, 17 sept.)

Statistique de la mortalité des enfants assistés (année 1903). In-4°, 103 p. Melun. Impr. administrative.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Brouardel (P.). Les fumeurs et mangeurs d'opium et les morphinomanes. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.)

Kaiser (S.). Eine lebenbedrohende Intoxikation bei Anwendung 50prozentiger Resorcinpaste. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 août.)

Krumbholz (R.). Ueber Ernährungsstörungen des Gehirns und der Haut nach Kohlenoxyd-, beziehungsweise Leuchtgasvergiftung (Encephalomalacie und Hautgangrän). (*Wien. med. Wochensch.*, 12 août.) — Sur les troubles de la nutrition du cerveau et de la peau consécutifs à l'intoxication oxycarbonée, notamment par le gaz d'éclairage.

Mendl (J.). Ein Fall von Arsenpolyneuritis nach akuter Arsenvergiftung. (*Prag. med. Wochensch.*, 10 août.)

Meyerhoff. Ein Fall von Arsenvergiftung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 août.) — Intoxication arsenicale.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Aldor (L. von). Ueber den Wert der hohen Darmeingiessungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 août.) — Sur la valeur des grands lavages intestinaux.

Baïbakov (A.). Influence du nitrate d'argent sur la composition du suc gastrique et sur la force motrice de l'estomac chez les malades (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6, 13 et 20 août.)

Bracchi (E.). Un caso di ofidismo curato con il permanganato di potassio. (*Gazz. degli Osped.*, 10 sept.)

Clément. L'acide formique et la force musculaire. In-8°, 141 p. avec fig.

Croner (W.). Die Therapie an den Berliner Universitäts-Kliniken. 3e éd. In-8°, 619 p. Vienne.

Dmitrenko (L.). Méningite cérébro-spinale épidémique, traitée par des ponctions lombaires (en russe). (*Prakt. Vratch*, 23 juillet.)

Guimaraes (M.). O serum glycosado no tratamento da febre amarella. (*Brazil-medico*, 8 août.)

Hogner (R.). Mercuric chlorid, intravenously or intramuscularly, for epidemic cerebrospinal meningitis. (*Amer. Medicine*, 12 août.)

Hunt (R.) et **Motter** (M. G.). Changes in the Pharmacopœia of the United States of America. 8th decennial revision (official from September 1, 1905). (*Bull. Hyg. Lab. U. S. Pub. Health and Mar.-Hosp. Serv. Wash.*, 23.)

Kanel (V.). De la sérothérapie (en russe). (*Prakt. Vratch*, 16, 23 et 30 juillet, 6, 20 et 27 août.)

Landolfi (M.). La gelatina nella cura delle emorragie e degli aneurismi. (*Gazz. degli Osped.*, 6 août.)

Marcuse (J.). Zur Ernährungstherapie der Gicht. (*Wien. med. Presse*, 20 août.) — Le régime des goutteux.

Pesci (E.). Sull'efficacia terapeutica del cloruro di bario. (*Clinica medica italiana*, août.)

Ricci (G.). Sul valore terapeutico del siero antibacillare. (*Morgagni*, août.)

Sérégé (H.). Du rôle de l'aspiration hépatique dans le traitement des manifestations gastriques de l'hépatisme (hépatisme gastrique alcoolique). (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 14, 21 et 28 mai.)

NOUVELLES

FRANCE

A titre de curiosité, nous signalerons que M. V. Pauchet (d'Amiens) a réséqué, il y a deux mois, à un homme — de petite taille — porteur d'une hernie inguinale volumineuse et irréductible, une longueur d'intestin (iléon) qui, mesurée séance tenante par les élèves du service, atteignait exactement *quatre mètres*. C'est probablement la plus grande longueur d'intestin qui ait été encore enlevée. L'opéré paraît bien supporter cette suppression; toutefois, après sa sortie de l'hôpital, ayant mangé et bu comme avant l'intervention, il fut pris de diarrhée incoercible; aussitôt ingérés, les aliments étaient expulsés par l'anus. Mis au régime sec et à l'usage des pâtes et des purées, cet homme n'a plus qu'une ou deux selles par jour et s'alimente sans inconvénients.

Ceci prouve le bien fondé de l'opinion de M. Kukula, à savoir qu'on peut enlever impunément au moins la moitié de l'intestin grêle (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 39). Si le régime végétarien détermine, comme on le prétend, un allongement du tube intestinal, il ne serait pas impossible qu'avec les années l'état de l'opéré devînt encore meilleur.

ANGLETERRE

Le conseil communal d'Islington, un des quartiers de Londres, vient de prendre un arrêté qui a reçu la sanction du ministre de l'intérieur et en vertu duquel toute personne hospitalisée dans une maison de santé ou de convalescence peut imposer ou faire imposer silence à un individu chantant ou faisant de la musique ou du bruit au moyen d'un instrument quelconque, dans une rue ou une place publique située à moins de 100 mètres de l'hôpital.

Il suffit d'une simple demande formulée par le malade ou par son mandataire, et la police est tenue de prêter son assistance pour assurer l'application de cette ordonnance, mais il est nécessaire que le bruit qu'il s'agit de faire cesser cause de l'incommodité (*annoyance*) au requérant. C'est évidemment là une mesure excellente, surtout dans un quartier populeux et bruyant comme celui d'Islington, où abondent les chanteurs ambulants et les joueurs d'orgues, d'accordéon et de crincrin, et où d'autre part se trouve situé le *London Fever Hospital*, grand hôpital pour maladies infectieuses. Il est à remarquer, toutefois, que la protection accordée par l'arrêté en question ne s'étend qu'aux malades hospitalisés; un particulier, par contre, fût-il en danger de mort, ne peut imposer silence aux musiciens de la rue.

BRÉSIL

Au cours d'une mission dont ils ont été chargés en vue d'étudier la fièvre jaune au Brésil, deux médecins allemands, MM. H. M. Otto (de Hambourg) et R. O. Neumann (de Heidelberg), ont fait une série de recherches ultramicroscopiques sur le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de cette affection. Il résulterait de ces études que l'on trouve, dans le liquide retiré par la ponction lombaire, des éléments particuliers, visibles seulement à l'ultramicroscope et non encore décrits. Ces organismes, qui présentent une ténuité extrême, seraient surtout remarquables par des mouvements d'ondulation et de translation extrêmement rapides, rappelant quelque peu ceux des papillons; on les voit traverser le champ de l'ultramicroscope avec une vitesse telle que leur observation n'est pas sans présenter quelque difficulté. La direction qu'ils suivent affecte toujours une divergence angulaire bien accusée avec le courant du liquide dans lequel ils se meuvent; aussi MM. Otto et Neumann estiment-ils que les mouvements qu'ils ont observés ne sont pas d'ordre moléculaire, mais bien propres à des organismes vivants et indépendants; nos confrères ont d'ailleurs souvent cru discerner des cils vibratiles susceptibles de fonctionner comme organes moteurs. Dans du liquide céphalo-rachidien retiré depuis quelques jours, les éléments paraissent plus volumineux, mais conservent leurs mouvements propres. Toutefois, la disparition de ces mouvements, lorsqu'elle se produit, est définitive. Ajoutons qu'on peut recueillir en assez grande abondance les corpuscules observés par MM. Otto et Neumann en soumettant le liquide céphalo-rachidien à la centrifugation.

Ayant tout d'abord constaté les organismes en question chez des malades atteints de fièvre jaune, nos confrères se sont cru un moment en présence de l'agent pathogène de cette affection, d'autant plus que ces éléments passent à la filtration sur bougie Chamberland. Mais, depuis lors, ils les ont retrouvés chez un varioleux au quatrième jour, ainsi que sur un sujet normal. Aussi la signification de ces corpuscules demeure-t-elle problématique.

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Jusqu'ici ce n'étaient guère que les passagers de l'entrepont que l'on soumît à une visite médicale rigoureuse à leur arrivée à New-York; la mesure était bien générale, mais les passagers de cabine en étaient exemptés. Des fraudes ayant été reconnues, il vient d'être décidé que désormais les arrivants seraient tous examinés individuellement par un inspecteur sanitaire.

ILE DE CEYLAN

On sait que le pian ou frambœsia présente avec la syphilis des points de ressemblance si nombreux et si frappants que certains auteurs ont voulu faire de ces deux affections une seule et même maladie; ceux-là même qui les séparent n'y arrivent que péniblement. Cependant les différences symptomatologiques qui existent entre ces deux entités morbides ont paru assez nettement accusées pour que les études cliniques poursuivies dans ces derniers mois sur la question aient toutes permis, comme d'un commun accord, d'affirmer à nouveau la dualité du pian et de la syphilis.

Or, à en juger par une information qui nous parvient de Ceylan, les recherches de laboratoire, à l'inverse de l'analyse clinique, tendraient plutôt à rapprocher les deux maladies, sinon à les confondre. Dans 7 cas de pian sur 11, en effet, M. A. Castellani aurait reconnu, dans les produits obtenus par le grattage des lésions frambœsiques, la présence de plusieurs types de spirochètes. Une de ces variétés présenterait avec le *Spirochaete pallida* — que MM. Schaudinn et Hoffmann considèrent comme l'agent pathogène de la syphilis — des analogies telles que notre confrère croit pouvoir la déclarer identique avec ce dernier. Et M. Schaudinn, en examinant des préparations de M. Castellani, a pu distinguer trois variétés de spirochètes, dont une serait « des plus ressemblantes » avec le *Spirochaete pallida*. Mais avant de se prononcer à cet égard, il convient d'attendre que des recherches plus nombreuses viennent corroborer ces résultats préliminaires, d'autant plus que M. Castellani a également trouvé — tant dans des cas où il avait constaté la présence de spirochètes que dans d'autres où il n'avait pu déceler de microorganismes — des corpuscules ovalaires ou arrondis, mesurant de 5 à 8 μ sur 4 à 6 μ et qui pourraient bien représenter une phase évolutive d'un protozoaire spécifique.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les troubles de la baresthésie (sensibilité à la pression) et leur coexistence avec l'anesthésie vibratoire.

I

L'étude de la sensibilité à la pression a été jusqu'ici fort négligée par les neurologistes, et les auteurs classiques, tels que MM. von Leyden, Eulenburg, Bernhard, etc., ne consacrent que quelques lignes à cette forme de sensibilité qu'ils confondent en général avec la sensibilité tactile. M. Ziehen est même très affirmatif à ce point de vue, car il admet que les sensations de pression ne se distinguent des sensations de contact que par leur intensité plus grande et leur plus longue durée. M. Sahli soutient la même opinion. M. Oppenheim passe la question sous silence et M. Goldscheider n'accorde pas un intérêt pratique à l'étude de cette forme de sensibilité. Seul, M. Erb semble disposé à distinguer la sensibilité produite par un léger contact d'avec la vraie sensibilité à la

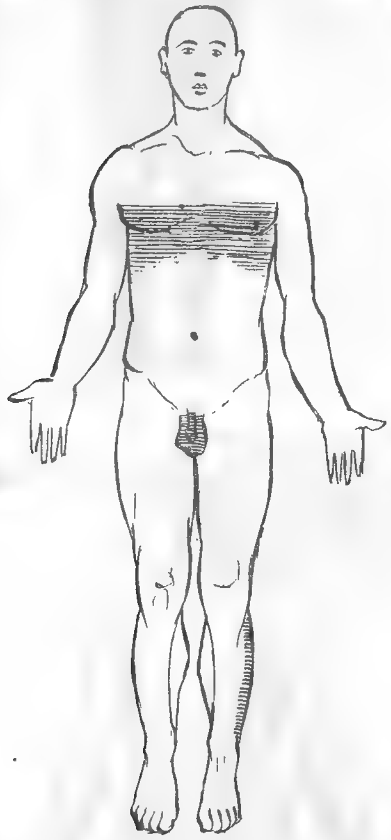


Fig. 1, A.

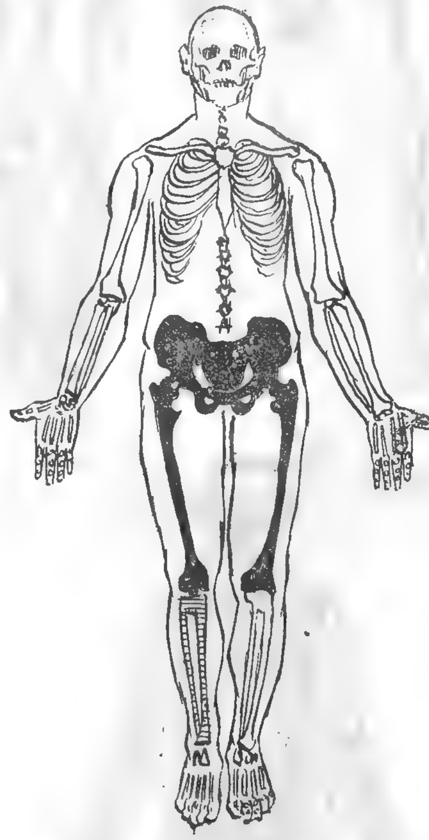


Fig. 1, B.

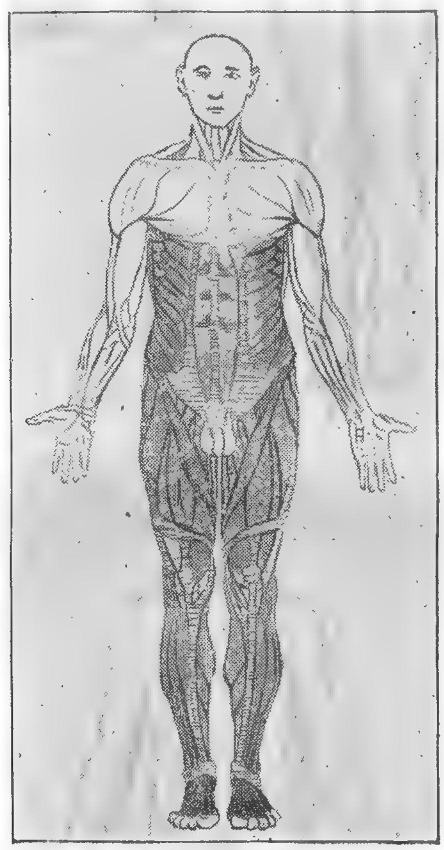


Fig. 1, C.

pression, mais cet auteur lui-même ne parait pas attribuer d'importance à l'étude des troubles de cette forme de sensibilité dans les maladies nerveuses.

Nos connaissances sur ce point étaient donc à peu près nulles, au moins au point de vue clinique, quand, dans un travail très intéressant publié l'année dernière, M. von Strümpell (1) a étudié la signification physiologique et clinique des troubles de la sensibilité à la pression.

Après avoir rappelé les divergences qui existent parmi les physiologistes en ce qui concerne la nature et le siège de cette sensibilité, et avoir établi qu'elle constitue une forme spéciale de la sensibilité générale, le professeur de Breslau montre que, cliniquement, il n'est pas rare de constater l'absence de sensibilité à la pression dans des régions où la sensibilité tactile est complètement conservée: l'excitation tactile la plus faible est perçue, alors qu'une pression même considérable en ce point n'éveille aucune sensation.

(1) A. von Strümpell. Ueber die Bedeutung der Sensibilitätsprüfungen mit besonderer Berücksichtigung des Drucksinnes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 et 29 sept. 1904.)

M. von Strümpell avait eu l'occasion de noter ce phénomène surtout chez un malade atteint de paraplégie ataxo-spasmodique : dans ce cas, une pression exercée sur la peau des membres inférieurs à l'aide de différents poids ne déterminait pas de sensation, sauf lorsqu'elle devenait douloureuse; les sensibilités douloureuse et thermique étaient en effet conservées. Mais, d'après ses recherches, cette paralysie de la sensibilité à la pression avec conservation des autres formes de sensibilité ne constitue pas une éventualité rare : il l'a rencontrée chez des tabétiques, dans certains cas de compression médullaire, de polynévrite, d'hémiplégie cérébrale, en particulier corticale.

La conservation intégrale de la sensibilité tactile, avec abolition complète de la sensibilité à la pression, permet à l'auteur d'affirmer que ces deux formes de sensibilité sont recueillies à la périphérie par des appareils terminaux distincts. De même, les voies de conduction dans le système nerveux central doivent être différentes pour l'une et l'autre.

La sensibilité au contact et la sensibilité à la pression ne constituent pas, à son avis, deux modalités d'une même forme de sensibilité; elles représentent, au contraire, deux formes distinctes de sensibilité. Chez certains individus qui présentent une laxité particulière des téguments — ce qu'on a appelé *cutis laxa* —, il est facile, en effet, de constater, dans la masse de peau soulevée, l'absence de toute sensibilité à la pression. Aussi M. von Strümpell pense-t-il que la peau, en elle-même, ne transmet pas la sensibilité à la pression ou bien ne la transmet que d'une façon insignifiante. Ce sont les terminaisons nerveuses des parties molles, et spécialement celles des aponévroses et du périoste, qui seraient chargées de recueillir les sensations engendrées par la pression. L'auteur allemand incline à admettre que la sensibilité à la pression et le soi-disant sens musculaire offrent certaines relations. Il n'est dès lors pas surprenant que l'on observe, dans diverses maladies, l'abolition simultanée de ces deux sortes de sensations; mais elles peuvent également être dissociées. La sensation de mouvement serait desservie, d'après M. von Strümpell, par les terminaisons sensitives des muscles et des tendons.

L'histoire clinique de la syringomyélie, qui montre que la sensibilité douloureuse et thermique est conduite par la substance grise, nous permet de présumer que les autres formes de sensibilité sont transmises par les cordons postérieurs. Les faits d'hémilésion de la moelle épinière prouvent, d'autre part, que les conducteurs de la sensibilité douloureuse et thermique s'entre-croisent dans la moelle épinière, tandis que les autres fibres ne subissent pas d'entrecroisement.

De l'ensemble de ses recherches, M. von Strümpell conclut qu'en dehors de la dissociation syringomyélique de la sensibilité, il existe une autre forme de dissociation consistant dans la diminution ou la perte de la sensibilité tactile et de la sensibilité à la pression et au mouvement, avec conservation de la sensibilité thermique et douloureuse. La première de ces dissociations, ou dissociation du « type de la corne postérieure », relève d'une lésion limitée à la substance grise, la seconde dépend d'une lésion des cordons postérieurs.

II

J'ai voulu à mon tour apporter une contribution à l'étude des troubles de la sensibilité à la pression, en examinant à ce point de vue 60 malades, à savoir 25 tabétiques, 15 paraplégiques, 15 hémiplégiques et 15 sujets atteints d'affections nerveuses diverses (hystérie, maladie de Little, polynévrite, spina bifida, etc.).

Dans son mémoire précité, M. von Strümpell ne parle pas de la méthode qu'il a employée pour explorer cette sensibilité. Pour ma part, j'ai fait usage d'une technique très élémentaire; d'abord, j'ai tout simplement comprimé avec mon index la région que je désirais examiner; puis, j'ai employé un dé à coudre; ensuite, le médecin adjoint du service, M. Noica, s'est servi du pied d'un diapason; enfin, j'ai utilisé le sphygmomanomètre de Bloch (1), qui constitue un véritable instrument de précision, puisqu'on peut mesurer l'intensité de la pression développée; je me propose, du reste, de modifier cet

(1) Je dois ajouter qu'il y a déjà quelque temps que M. Eulenburg (de Berlin) a inventé un petit instrument, le *baresthésiomètre*, pour mesurer la sensibilité à la pression, mais, autant que je sache, on n'a pas encore fait de recherches systématiques à l'aide de cet appareil. Enfin, tout récemment, alors que mon travail était déjà envoyé à la rédaction de la *Semaine Médicale*, M. von Bechterew a publié (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er nov. 1905) un article sur les troubles de la sensibilité dans le tabes et autres états pathologiques et sur le *myosthésiomètre*, appareil destiné à mesurer la sensibilité musculaire à la pression.

appareil en vue d'étudier plus rigoureusement la sensibilité à la pression.

Pour l'examen, le malade étant couché dans son lit et déshabillé, j'ai exploré d'une façon systématique les différentes régions accessibles du corps, au point de vue de la sensibilité à la pression. Il va sans dire que, dans ces recherches, je n'ai pas négligé l'étude des troubles des autres formes de sensibilité; c'est ainsi que j'ai été frappé, dès le début, de la coïncidence fréquente de l'anesthésie des tissus profonds à la pression et aux vibrations du diapason, à quoi s'ajoute souvent la perte du sens musculaire.

Il est sans doute utile de représenter par des schémas comparatifs les troubles de la sensibilité tactile, vibratoire et à la pression, pour mieux saisir les analogies et les différences de topographie qui existent entre les uns et les autres. Mais s'il est facile de figurer les troubles de la sensibilité tactile, thermique ou douloureuse, ainsi que ceux de la sensibilité vibratoire, il n'en est pas de même pour ceux de la sensibilité à la pression. En effet, il est impossible de rendre sur un seul schéma les différentes couches et les divers tissus atteints d'anesthésie à la pression. Il m'a semblé, cependant, assez logique de représenter les tissus profonds susceptibles d'offrir de l'anesthésie à la pression par le schéma d'un écorché, où sont figurés les muscles et leurs tendons superficiels, parfois les aponévroses, mais non les os (pour ce qui est de ces derniers, je les ai représentés, à l'exemple de MM. Egger et Dejerine, par la silhouette du squelette du corps humain); cela ne veut pas dire que les os ne jouissent pas de la propriété de transmettre les sensations de pression; au contraire, j'incline à penser que la sensibilité à la pression et la sensibilité vibratoire constituent simplement deux modalités différentes de la sensibilité osseuse.



Fig. 2, A.

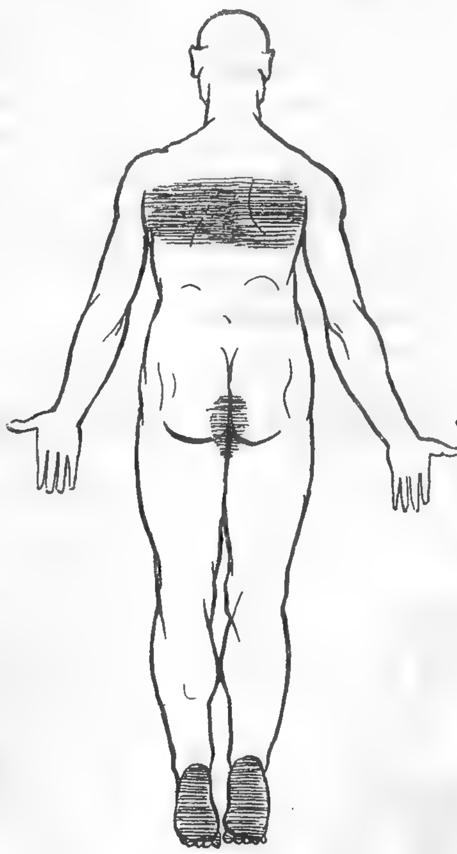


Fig. 2, B.

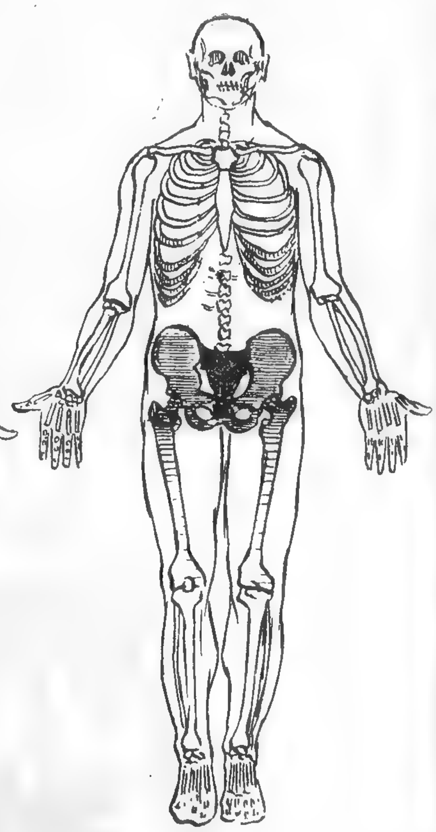


Fig. 2, C.

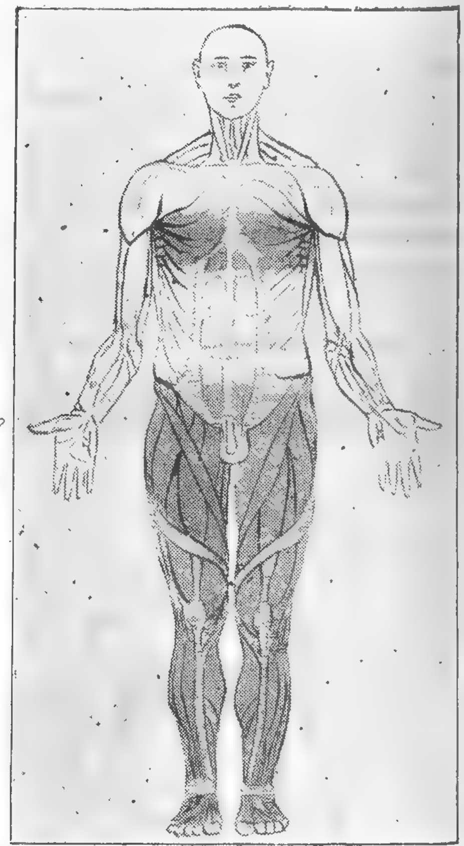


Fig. 2, D.



Fig. 3, A.

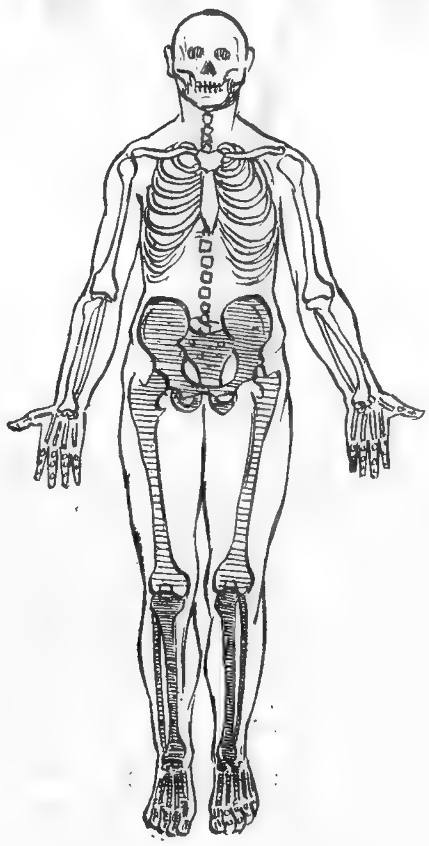


Fig. 3, B.

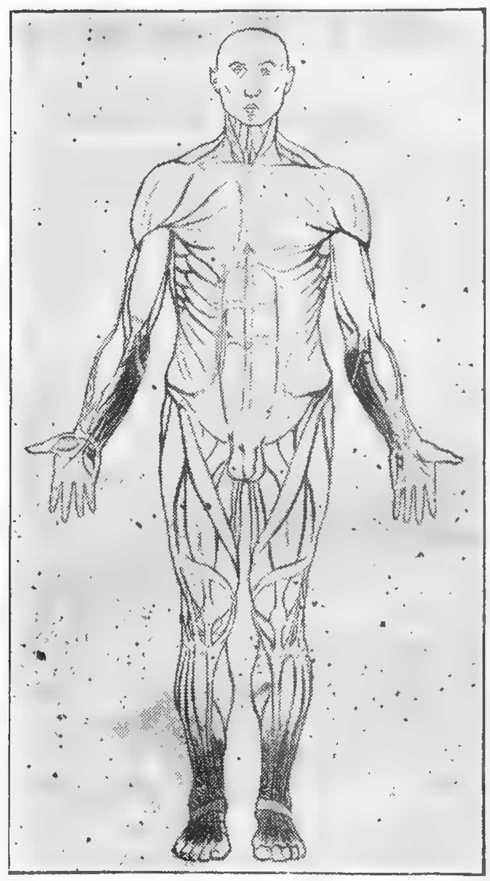


Fig. 3, C.

III

Ces préliminaires posés, voici quelques schémas représentant les troubles de la sensibilité tactile, au diapason et à la pression dans le *tabes*.

Notre premier cas concerne un tabétique chez lequel les troubles de la sensibilité tactile (*fig. 1*, A) sont peu considérables : il existe une zone d'anesthésie mamelonnaire et thoracique assez large, puis de l'anesthésie au niveau des organes génitaux et de la face postéro-externe de la jambe gauche. La sensibilité vibratoire (*fig. 1*, B) n'offre pas la même topographie :

nous trouvons de l'anesthésie au diapason du côté des os du bassin et des fémurs; les os de la jambe droite sont simplement hypoesthésiés. Tout autre est la distribution de l'anesthésie à la pression : on constate (*fig. 1*, C) de l'anesthésie aux pieds, aux jambes, aux cuisses, dans les régions abdominale et thoracique (moitié inférieure). Ce fait démontre donc qu'il existe des régions des membres inférieurs et de l'abdomen où seule est altérée la sensibilité à la pression. A la face postérieure du corps, l'anesthésie à la pression occupe les mêmes régions qu'à la face antérieure.

Le fait suivant est du même genre, mais il est plus démonstratif encore que le précédent. Les troubles de la sensibilité tactile (*fig. 2*, A et B) sont localisés à la région thoracique, au périnée et à la plante des pieds. L'anesthésie au diapason (*fig. 2*, C) n'existe qu'au sacrum, tandis que les os du bassin ainsi que les fémurs ne présentent que de l'hypoesthésie, moins accusée dans ceux-ci que dans ceux-là. Bien autrement étendus sont les troubles de l'anesthésie à la pression (*fig. 2*, D) : ils intéressent la totalité des membres inférieurs, la région sus-pubienne et la région mammaire. Il est intéressant d'ajouter que chez ce malade, fortement ataxique, il y avait des troubles très prononcés du sens des attitudes.

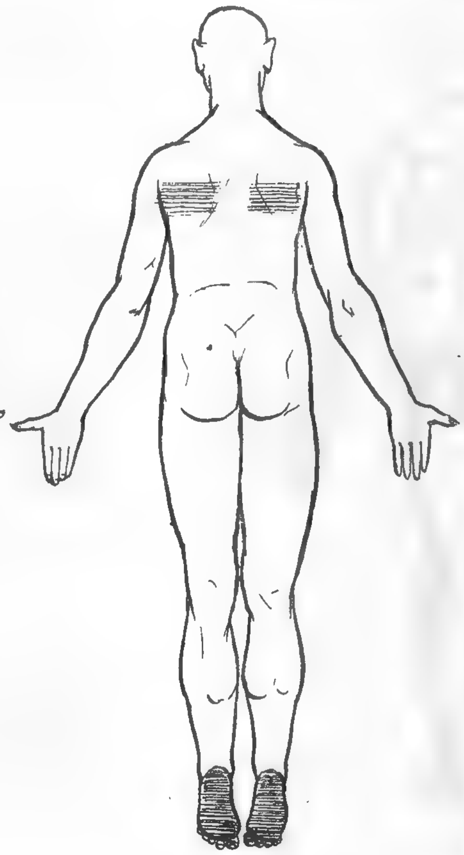
La troisième observation a trait à un sujet atteint de tabes combiné, chez lequel les membres inférieurs présentent de l'anesthésie plus étendue pour le contact (*fig. 3*, A) et les vibrations du diapason (*fig. 3*, B) que pour la pression (*fig. 3*, C). A remarquer la disposition radiculaire de l'anesthésie à la pression dans le domaine de la première racine dorsale.

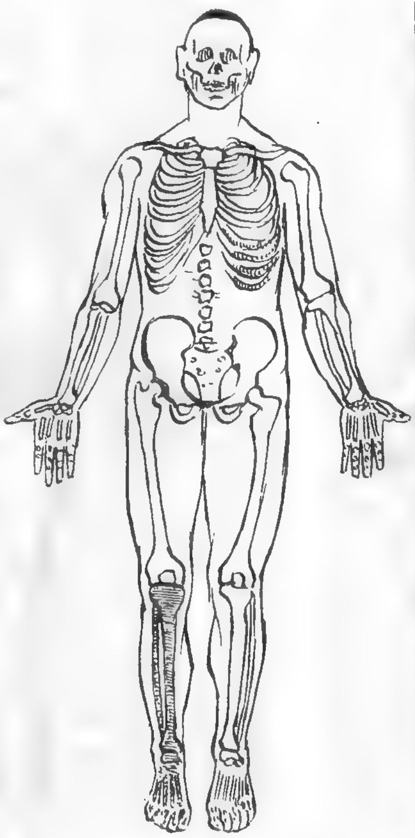
Un dernier fait de tabes, associé à la paralysie générale, nous montre la discordance de la topographie des anesthésies tactile, au diapason et à la pression : l'anesthésie tactile (*fig. 4*, A et B) est peu étendue; l'anesthésie au diapason (*fig. 4*, C), au contraire, a presque la même localisation aux membres inférieurs que l'anesthésie à la pression (*fig. 4*, D).

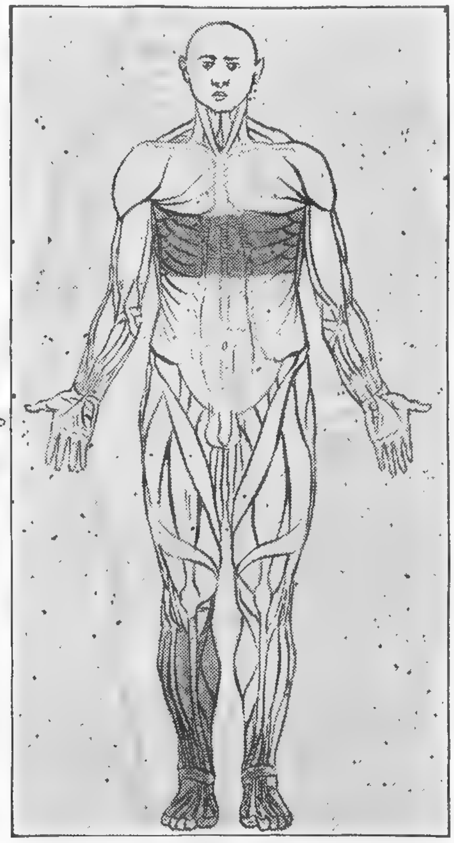
IV

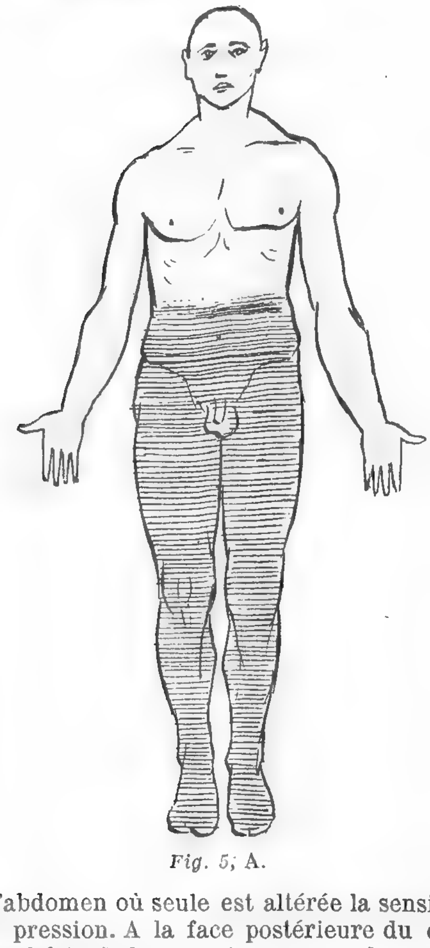
Pour résumer ce qui a trait au tabes, je dirai que, sur les 25 cas de cette affection que j'ai examinés au point de vue des troubles de la sensibilité à la pression, celle-ci était modifiée 24 fois; la sensibilité au diapason était altérée dans le même nombre de faits. Les troubles de l'une et de l'autre affectaient en général des rapports de topographie et d'intensité, mais ces rapports n'ont pourtant rien de constant, en ce sens que, malgré la coexistence de ces deux sortes de troubles et les relations qu'ils offrent au point de vue topographique, il peut se faire

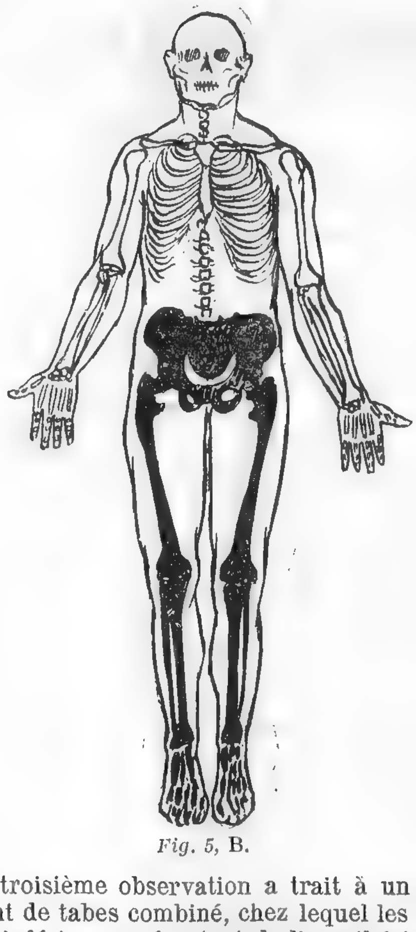

Fig. 4, A.

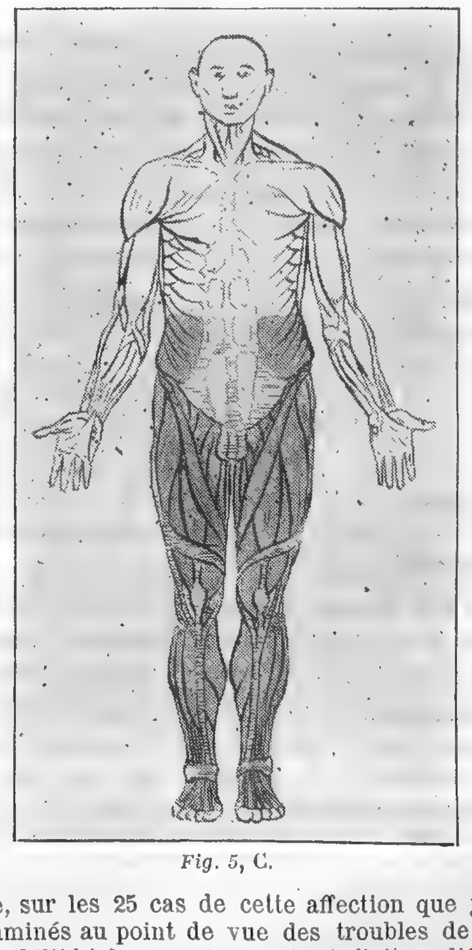

Fig. 4, B.


Fig. 4, C.


Fig. 4, D.


Fig. 5, A.


Fig. 5, B.


Fig. 5, C.

que la sensibilité vibratoire soit plus altérée que l'autre, et sur une plus grande étendue.

D'une façon générale, l'anesthésie vibratoire et l'anesthésie à la pression sont plus accusées à l'extrémité des membres inférieurs. Ces anesthésies sont habituellement bilatérales et plus ou moins symétriques. On rencontre parfois un plastron d'anesthésie à la pression autour de la région mamelonnaire, et un autre dans le dos, coïncidant avec la zone thoracique d'anesthésie tactile et vibratoire.

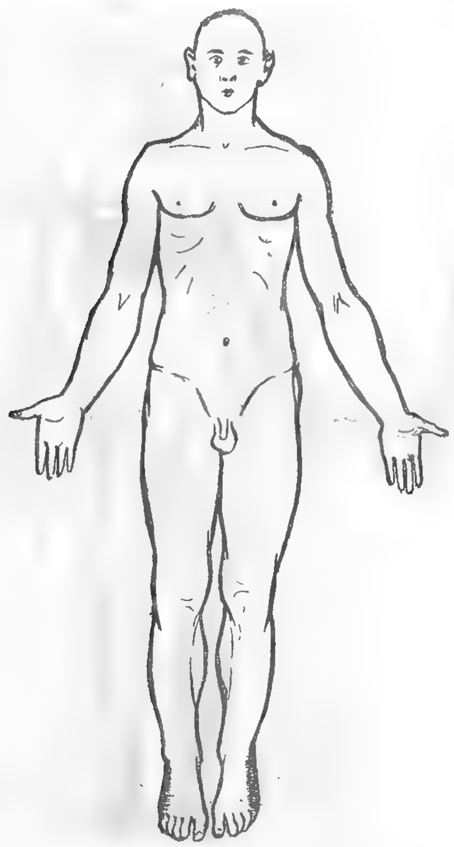


Fig. 6, A.

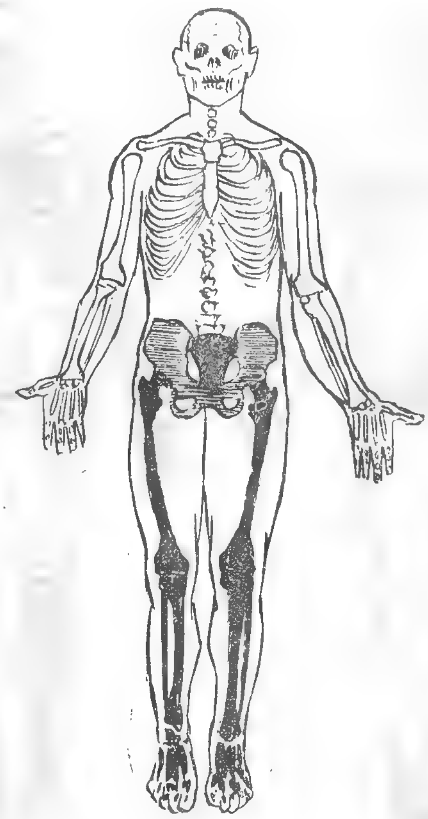


Fig. 6, B.

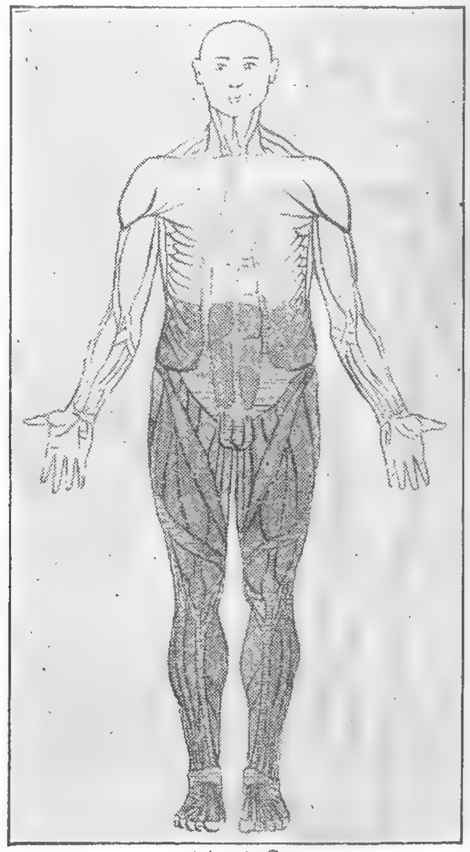


Fig. 6, C.

A un degré plus prononcé, l'anesthésie à la pression, outre la partie terminale des membres inférieurs, intéresse également la région supérieure de ces membres, la région abdominale et la région thoracique. Aux membres supérieurs, on ne trouve habituellement des troubles de la sensibilité à la pression que dans les cas avancés d'ataxie; et c'est également alors qu'il y a anesthésie vibratoire du squelette des membres supérieurs. J'ai vu cependant quelquefois une bande d'anesthésie à la pression dans le domaine de la huitième racine cervicale ou de la première dorsale, sans troubles apparents de la sensibilité vibratoire. Ces observations, rares il est vrai, sont intéressantes parce qu'elles montrent que les troubles de la sensibilité à la pression offrent aussi une topographie radiculaire.

Si l'anesthésie à la pression et au diapason est très accusée dans les cas d'ataxie avancée, il n'en faut pas inférer que ce sont ces troubles qui engendrent l'ataxie. J'ai affirmé, dans un travail antérieur, que l'ataxie ne dépend pas de l'anesthésie vibratoire, et, aujourd'hui, je peux ajouter qu'elle est également indépendante de l'anesthésie à la pression. C'est ainsi que j'ai vu, chez un tabétique avec atrophie des nerfs optiques, mais sans ataxie, l'anesthésie vibratoire et à la pression généralisée à presque tout le corps, sauf la face; il est à remarquer que, dans ce fait, le sens des attitudes et le sens stéréognostique étaient conservés.

En somme, chez les ataxiques on rencontre une altération de la plupart des formes de sensibilité, sans qu'il existe de relation obligatoire et constante entre ces différentes sortes d'anesthésie. Néanmoins, on peut observer des cas où les troubles sensitifs n'affectent que la sensibilité à la pression et la sensibilité vibratoire. Enfin, les troubles de la sensibilité vibratoire et de la sensibilité à la pression peuvent être localisés à une région donnée des membres inférieurs.

V

Je passe à présent aux altérations de la sensibilité à la pression dans les diverses *paraplégies* et *hémiplégies*.

Le nombre des paraplégiques que j'ai examinés à ce point de vue s'élève, comme je l'ai dit, à 15. La plupart d'entre eux étaient atteints de paraplégie spasmodique due à la syphilis, ou bien de paraplégie par mal de Pott ou par traumatisme.

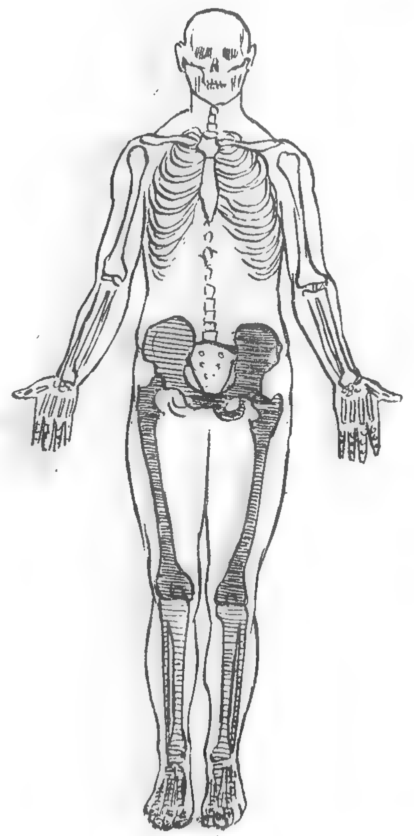


Fig. 7, A.

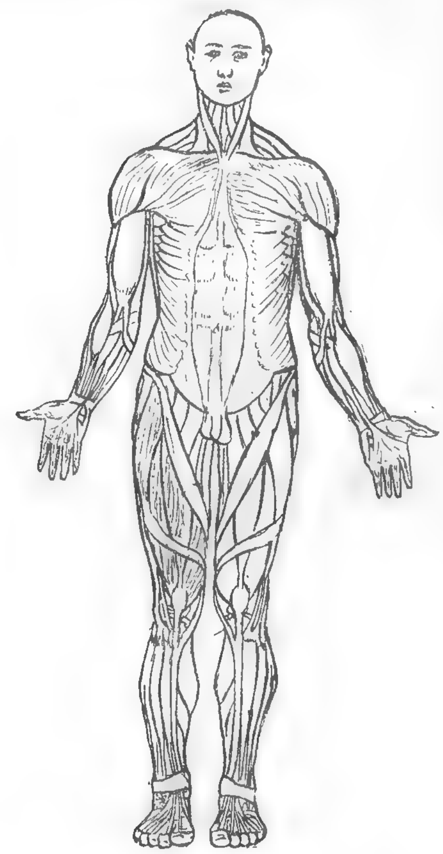


Fig. 7, B.

La sensibilité à la pression peut être altérée en même temps que les autres formes de sensibilité (*fig. 5*, A, B, C), ou au contraire — par exemple dans quelques cas de lésion médullaire peu étendue — la sensibilité superficielle demeure intacte, et l'on ne trouve que l'anesthésie au diapason et à la pression (*fig. 6*, A, B, C). Je n'ai pas encore observé de paraplégie où l'anesthésie fût exclusivement limitée à la sensibilité à la pression, avec conservation de la sensibilité vibratoire; au contraire, j'ai vu des faits, assez rares, du reste, où il y avait anesthésie au diapason avec conservation presque intégrale de la sensibilité à la pression.

Il n'est pas exceptionnel que, dans la paraplégie, la limite supérieure de l'anesthésie à la pression soit représentée par une ligne à peu près droite; du moins, la démarcation entre la région sensible et la région anesthésiée est-elle toujours nette.

J'ai examiné également au point de vue de l'anesthésie à la pression 15 hémiplégiques dont 3 atteints d'hémiplégie infantile. J'ai pu constater que, dans plus de la moitié de ces cas, la sensibilité à la pression était altérée, tandis que la sensibilité vibratoire était conservée. Dans

le restant des faits, j'ai noté, en outre, des troubles des autres formes de la sensibilité (sens musculaire, stéréognosie, etc.). Je pense qu'il doit y avoir un rapport entre l'étendue des lésions cérébrales et l'intensité des altérations de la sensibilité à la pression. En effet, dans les cas de lésion superficielle ou peu étendue, on ne constate habituellement pas de troubles sensitifs.

Les figures ci-dessus concernent un fait de diplégie cérébrale chez un garçon de dix-neuf ans. Seule la sensibilité vibratoire est atteinte (*fig.* 7, A), tandis que la sensibilité à la pression est intégralement conservée (*fig.* 7, B).

Dans les paralysies hystériques, où il y a de l'anesthésie massive, on observe également de l'anesthésie à la pression.

En manière de conclusion, je dirai que les tissus profonds (os, tendons, aponévroses, muscles, etc.) jouissent de la propriété d'être sensibles à la pression, propriété qu'on pourrait désigner du nom de *baresthésie*. Cette sensibilité, comme on vient de le voir, est altérée dans les différentes affections du système nerveux central et périphérique; suivant le degré d'intensité de ces troubles, on a affaire à la *baranesthésie* ou bien à la *barhypoesthésie*. Il y a donc lieu, dans l'examen clinique des malades atteints d'une affection du système nerveux, de tenir compte des troubles de la baresthésie.

VI

Me basant sur les faits que je viens d'exposer, je pense qu'en l'état actuel de nos connaissances il convient d'admettre l'existence de relations étroites entre la sensibilité à la pression, le sens musculaire et la sensibilité vibratoire. Toutes ces formes de sensibilité appartiennent à la sensibilité profonde, et leur altération simultanée est une éventualité fréquemment réalisée dans les différents états pathologiques. Toutefois, lorsqu'il s'agit de lésions peu étendues du système cérébro-spinal ou des racines postérieures, nous assistons à une véritable dissociation de ces diverses modalités de la sensibilité profonde. Nous voyons alors apparaître tantôt l'anesthésie vibratoire, tantôt l'anesthésie à la pression, soit isolées, soit combinées entre elles ou avec la perte du sens musculaire.

L'existence de pareils faits prouve que la sensibilité à la pression et la sensibilité vibratoire ne sont pas identiques, et qu'elles suivent des voies différentes, quoique voisines les unes des autres. Sans doute, l'os, comme tous les autres tissus profonds, réagit à la pression — l'expérience journalière le démontre —, mais, en raison de ses qualités structurales, c'est aux vibrations qu'il réagit d'une façon spéciale.

Quoi qu'il en soit, on pourrait, au point de vue clinique, grouper de la manière suivante les troubles de la sensibilité que l'on rencontre dans les différents états pathologiques du système nerveux :

1° *Altération de toutes les formes de sensibilité;*

2° *Abolition de la sensibilité à la pression et au diapason — ou bien d'une seule d'entre elles — avec conservation de toutes les autres formes de la sensibilité* (c'est le type d'anesthésie sur lequel M. von Strümpell et moi-même attirons l'attention);

3° *Abolition de la sensibilité thermique et douloureuse avec conservation de toutes les autres formes de la sensibilité* (type syringomyélique);

4° *Altération de la sensibilité thermique, tactile et douloureuse, avec conservation de la sensibilité à la pression et au diapason.*

VII

Les recherches cliniques démontrent donc avec la dernière évidence que les différents tissus superposés dans notre organisme sont le siège de diverses formes de sensibilité, qui sont transmises par des conducteurs distincts.

Chaque tissu doit avoir ses nerfs centripètes, et ces derniers posséder leurs terminaisons propres, puisque la sensibilité des différents plans n'est pas identique : pour les tissus superficiels, spécialement pour la peau, un léger frôlement suffit à déterminer une sensation; pour les tissus profonds, il faut une pression, car leur sensibilité n'est pas aussi fine que celle de la membrane épithéliale de revêtement.

Quant à la douleur, elle constitue une sensibilité « d'accompagnement », et ne peut pas être considérée comme une sensibilité spécifique à part (il n'en est pas de même de la sensibilité thermique). Toute sensation prolongée ou violente est accompagnée d'une sensation de douleur, représentant pour ainsi dire une réaction de défense.

Enfin, la sensibilité profonde réside dans les muscles, les tendons et les aponévroses, les os et la moelle osseuse, les articulations.

Sans doute, dans les ganglions spinaux, les différentes formes de cellules doivent-elles être en rapport avec les diverses formes de terminaisons nerveuses, les corpuscules terminaux volumineux appartenant probablement à des cellules volumineuses. Une pareille tentative de localisation dans les ganglions a été déjà entreprise par moi dans un travail récent (1).

Une question importante au point de vue de la physiologie générale, c'est de savoir s'il existe des centres spéciaux et des voies de conduction particulières pour la perception et la transmission des sensations de divers ordres : contact, pression, sens musculaire, température, douleur, etc. La pathologie nerveuse nous fournit souvent l'occasion d'observer la dissociation des différents modes de sensibilité profonde, ou bien des différentes formes de sensibilité superficielle. Nous aurions là une preuve en faveur de l'existence de voies de conduction et de centres spéciaux pour les diverses formes de sensibilité. C'est ainsi que, à la suite du travail de M. Egger, j'ai publié des cas caractérisés par la perte isolée de la sensibilité vibratoire.

Pour ce qui est de la spécificité des terminaisons nerveuses, il y a plusieurs années déjà que M. von Frey (2) a rapporté les quatre sens cutanés à quatre catégories distinctes de terminaisons nerveuses sensitives : pour la pression, les corpuscules de Meissner; pour le froid, les corpuscules de Krause; pour le chaud, ceux de Ruffini; enfin la douleur serait perçue par les terminaisons nerveuses libres, superficielles de l'épiderme.

Il ne faudrait pas conclure de ce qui précède que, dans les cordons postérieurs, les fibres destinées à transmettre la sensibilité tactile, articulaire, osseuse et la sensibilité vibratoire forment des faisceaux distincts et nettement séparés. Une pareille hypothèse n'est pas acceptable et il est beaucoup plus probable que les fibres affectées à la sensibilité profonde sont très voisines les unes des autres et peuvent même s'entremêler plus ou moins, tout en gardant leur topographie relative. S'il en est réellement ainsi, on comprend comment une lésion limitée peut intéresser certaines fibres plus que d'autres et réaliser tantôt l'anesthésie vibratoire, plus rarement l'anesthésie à la pression, ou bien altérer simultanément toutes les formes de la sensibilité profonde.

Dr G. Marinesco,
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Bucarest.

(1) G. Marinesco. Essai de localisations dans les ganglions spinaux. (*Rev. neurol.*, 30 août 1904, p. 835.)

(2) M. von Frey. Die Gefühle und ihr Verhältnis zu den Empfindungen. Leipzig, 1893. — Beiträge zur Physiologie des Schmerzsinnes. (*Thèse de Leipzig*, 1894.) — Untersuchungen über die Sinnesfunctionen der menschlichen Haut : Druckempfindung und Schmerz. Leipzig, 1896.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Etude sur la pentosurie, par M. Kj. O. af Klercker.

Des observations récentes ont prouvé que parmi les sujets qui paraissent atteints de diabète vulgaire, il s'en rencontre un petit nombre qui excrètent non des sucres ordinaires ou hexoses, mais des pentoses; aussi M. af Klercker a-t-il cru opportun de reprendre l'étude de la pentosurie.

Au point de vue chimique, la détermination de ces sucres est assez délicate, car quelques-unes de leurs réactions se confondent avec celles des composés glycuroniques : on doit spécialement se mettre en garde contre cette confusion après l'absorption de certains médicaments, tels que la morphine, qui se combinent à l'acide glycuronique. En tout cas, lorsqu'on constatera que les urines, même après fermentation, réduisent la liqueur de Fehling, on devra penser à la possibilité d'une pentosurie et chercher à la mettre en évidence. Dans ce but, M. af Klercker a imaginé un procédé assez simple, basé sur celui de Kjeldahl pour le dosage de l'azote total, et qui lui permet de déceler les pentoses en combinaison avec la phénylhydrazine.

Quant à la physionomie clinique de la pentosurie, nous sommes encore assez mal renseignés à cet égard. Chez plusieurs malades on a signalé des troubles neurasthéniques et il en était ainsi chez l'un des deux patients observés par l'auteur. Le régime végétarien facilite parfois l'apparition de la pentosurie qui, dans quelques faits, peut coexister également avec le diabète vulgaire. Sur les 16 cas jusqu'ici publiés, on ne comptait que 4 femmes; l'âge variait entre dix-huit et soixante-cinq ans. Il est à noter que les 2 sujets observés par M. af Klercker étaient Juifs, et certains détails d'autres observations permettent de penser que le fait ne doit pas être isolé : on n'en sera pas d'ailleurs surpris, vu la fréquence du diabète chez les Israélites. On a enfin signalé l'origine familiale de la pentosurie : sur 16 malades, 7 provenaient de 3 familles et les deux patients de l'auteur étaient frères. Une donnée intéressante, c'est que la famille de ces derniers comptait en outre deux diabétiques vulgaires : le père et un autre frère. Il est donc probable que pentosurie et hexosurie ne sont pas sans avoir des relations assez étroites.

En dehors de la présence des pentoses, M. af Klercker n'a rien noté de bien anormal dans les urines de ses malades, sauf que la quantité d'azote extractif paraissait extrêmement faible. Quant aux régimes, notamment à l'administration de glucose, ils ne semblent pas avoir grande influence sur la pentosurie : le lait amène bien une diminution de ce symptôme, mais, la diète en faisant autant, il est permis de se demander si cette diminution n'est pas le fait d'un certain degré d'inanition. Cependant, le parallélisme qui existe entre l'élimination de l'urée et celle des pentoses ne permet pas d'exclure absolument l'influence de l'alimentation. Pour l'instant, il est donc difficile de soupçonner par quel mécanisme les pentoses peuvent faire leur apparition dans les urines. (*Nord. med. Arkiv*, partie méd., XXXVIII, 1 et 2.) — R. de B.

Sur l'écoulement biliaire consécutif à l'opération des kystes hydatiques, par M. E. Rausch.

Il s'agit de ces cas où toute la bile s'échappe par la fistule, ce qui fait supposer que la poche communique avec une grosse branche du canal hépatique. L'auteur relate une curieuse opération, pratiquée par M. Kehr dans ces conditions.

Un homme de quarante-trois ans, amaigri, fébricitant, se présente avec un foie très gros, très saillant, étendu de la cinquième côte jusqu'à la hauteur de l'ombilic. On fait le diagnostic de kyste hydatique, tout en réservant une place à l'hypothèse d'un empyème de la vésicule biliaire, combiné à une cirrhose hypertro-

phique. On opère : la vésicule, adhérente, à parois épaissies, est enlevée; le canal cholédoque est normal; très haut, sous le diaphragme, la face convexe du foie offre une zone de fluctuation, qui est ponctionnée avec la seringue de Pravaz : on retire du liquide un peu trouble, opalescent. On tamponne tout autour du point de ponction, et, treize jours après, on ouvre le kyste dans un second temps : il s'en écoule une grande quantité de liquide trouble et des centaines de vésicules. D'autres vésicules sont éliminées lors des pansements suivants; un mois plus tard, le drainage paraissant insuffisant, une contre-ouverture est pratiquée en arrière, après excision d'un segment des neuvième et dixième côtes.

A partir de ce moment, la bile se montre dans l'écoulement en proportion telle qu'il devient certain qu'elle s'excrète toute par les fistules; les selles sont décolorées; le malade tombe dans un état de cachexie profonde. Tous les moyens utilisés pour enrayer la perte biliaire restent impuissants. On pense qu'un obstacle siège sur le canal hépatique ou le cholédoque, probablement une obstruction par une membrane hydatique, et, au bout de cinq mois, l'on se résout à intervenir pour la rechercher.

L'incision est refaite en avant, et, après avoir traversé l'ancien foyer opératoire, on découvre, non sans peine, le canal cholédoque, et on l'incise. Il est vide, assez étroit, ainsi que le canal hépatique, mais une pince peut cependant être introduite dans la plaie cholédocienne, et poussée très profondément dans l'hépatique, si loin, qu'on a la sensation d'avoir pénétré dans la poche; en effet, on sent la pince par la plaie rétro-thoracique, et l'on réussit à en faire sortir l'extrémité par cette plaie : elle est alors ouverte, un drain amarré entre ses deux mors, et ramené d'arrière en avant. Il traverse la cavité kystique et le canal hépatique, et, en avant, il émerge du ventre, comme dans les cas ordinaires de drainage de ce canal.

Le résultat de l'intervention fut relativement rapide : l'écoulement par la fistule postérieure se réduisit de plus en plus, et toute la bile passa bientôt par le drain hépatique; au dix-huitième jour, une vésicule hydatique fut ramenée par le lavage; les selles reprirent leur couleur. Le drain avait été retiré au huitième jour; la plaie rétro-thoracique se ferma, et la plaie antérieure se rétrécit de plus en plus, pendant que l'écoulement biliaire devenait insignifiant. Au bout d'un peu plus de six semaines, le malade pouvait rentrer chez lui.

Voilà donc une nouvelle application, assez inattendue, du drainage hépatique. M. Rausch fait remarquer qu'on ne trouve pas d'exemple, jusqu'ici, d'une intervention semblable; il rappelle seulement une opération de M. Körte, de technique différente, mais de but identique, et qui consista, dans un cas du même genre, à anastomoser la poche kystique avec la vésicule biliaire, après avoir disséqué et fermé le trajet fistuleux cutané. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 2.) — L.

Ovariotomie vaginale pour kyste dermoïde pendant le travail, par M. F. Geisthövel.

Il est rare que les kystes dermoïdes de l'ovaire soient assez volumineux pour arrêter le travail, sans avoir auparavant donné lieu à des symptômes abdominaux qui eussent permis de prévenir la dystocie par la laparotomie. En pareil cas, on pourrait imiter la conduite de M. Geisthövel, qui extirpa la tumeur par voie vaginale.

Une primipare se trouvait en travail depuis vingt-quatre heures, quand l'auteur fut mandé pour un prétendu rétrécissement du bassin. En examinant la parturiente, il s'aperçut qu'à 7 centimètres de la vulve, dans le cul-de-sac postérieur, existait une tumeur dure, mais élastique, se prolongeant vers le promontoire. Elle était également perceptible par le rectum et le volume de sa partie accessible était celui d'un rein. Au début du travail, elle était remontée et en avait imposé, en raison de sa situation, pour une saillie du promontoire. Le col effacé, mais non dilaté, se trouvait fort haut, derrière la symphyse; la lèvre postérieure était un peu œdématiée.

En présence de cette dystocie, on essaya tout d'abord de réduire la tumeur sous chloroforme, mais sans succès. C'était le soir, à la campagne, on ne pouvait donc songer à une laparotomie; aussi, la consistance de la tumeur ayant fait supposer qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde, M. Geisthövel incisa le cul-de-sac postérieur, puis ponctionna la tumeur : il s'en écoula 150 grammes d'un liquide grumeleux. On put alors facilement extraire le kyste et lier son pédicule. Comme la plupart des dermoïdes, il contenait des cheveux et de la matière sébacée; son poids était de 350 grammes.

Après cette intervention, la tête fœtale ne tarda pas à s'engager et fut extraite au forceps. La patiente guérit sans complications. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août 1905.) — R. de B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Un nouveau lait fermenté : le « gioddu » sarde.

D'après l'expérience de M. le docteur G. Grixoni (médecin militaire italien), on pourrait obtenir d'excellents résultats thérapeutiques, dans diverses affections anémiantes ou accompagnées de fermentations intestinales, par l'emploi d'un lait fermenté — assez analogue au koumis ou au kéfir — dont les bergers des régions montagneuses de la Sardaigne font un usage courant et qu'ils désignent du nom de *mezzoradu* (lait amélioré) ou *gioddu*. Ils le préparent de la façon suivante, d'ailleurs fort simple :

On délaye une cuillerée de gioddu de la veille dans une quantité triple ou quadruple de lait bouilli et refroidi jusqu'à 30° ou 35°; puis on verse ce mélange dans le lait que l'on veut faire fermenter — lait de vache, de brebis ou de chèvre, pur ou écrémé, bouilli ou cru — et l'on abandonne le tout dans un endroit chaud : une température de 20° à 25° et un repos absolu sont les conditions essentielles du succès. Aussitôt que le lait s'est caillé et forme une masse homogène et plus ou moins consistante, on immerge le récipient qui le contient dans de l'eau froide pour arrêter la fermentation.

Le gioddu se conserve mal; aussi n'en prépare-t-on généralement que la quantité jugée nécessaire pour la journée, en ayant soin d'en garder quelque peu pour mettre la fermentation en train le lendemain. On peut d'ailleurs se servir également de levure de boulanger comme point de départ — mais alors on n'obtient le vrai gioddu qu'au bout de quelques jours —, ou bien coaguler d'abord le lait à l'aide d'une présure impure et rechercher ensuite la fermentation spécifique à l'aide de transvasements successifs; ces procédés sont cependant moins sûrs. Par les grandes chaleurs, on se sert quelquefois de lait mouillé; toutefois, le produit que l'on obtient ainsi offre une moindre consistance et est moins nourrissant.

Ce lait fermenté se présente sous la forme d'une masse blanche, plus ou moins compacte et qui s'attache aux parois du récipient. Des grumeaux fortement acides se trouvent au fond du vase lorsqu'on a employé une trop grande proportion de ferment ou qu'on n'a pas suffisamment mélangé celui-ci avec le lait. Une fermentation trop avancée prive le gioddu de ses qualités, à cause de l'acidité et des substances volatiles qui se développent dans ces conditions. Lorsque l'acidité dépasse un certain degré, on voit se dégager de nombreuses bulles de gaz; on dit alors que le gioddu *bout*, et ingéré même en petite quantité il peut provoquer des troubles digestifs.

Le gioddu se mange seul ou avec du pain trempé. D'un goût légèrement acide et piquant qui en rend la consommation très agréable, il peut être employé pendant fort longtemps, sans causer de dégoût, ni déterminer de phénomènes d'intolérance.

Au point de vue de ses effets thérapeutiques, le gioddu exercerait essentiellement une action microbicide et antitoxique sur le contenu intestinal. Son emploi se trouve donc indiqué principalement dans les dyspepsies. On le prescrit également avec avantage dans les formes insidieuses de tuberculose avec amaigrissement et inappétence, dans les affections rénales et cardiaques ainsi que dans celles des voies digestives, telles que l'ulcère et la dilatation de l'estomac, l'entérite chronique, les infections intestinales. Dans la furonculose, l'acné et les dermatoses d'origine interne, le gioddu peut aussi rendre de bons services.

Le jus de citron contre la syncope consécutive à l'administration d'extrait éthéré de fougère mâle.

Un homme de cinquante-cinq ans, à qui l'on avait administré comme ténifuge 12 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle, fut pris, une heure après l'expulsion du ver, d'une syncope très grave avec sueurs froides, nausées, oppression, pouls fréquent et intermittent. Les moyens usités en pareille occurrence (cognac, gouttes de Hoffmann, café noir, injection d'huile camphrée) n'ayant eu aucune influence sur l'état de collapsus, M. le docteur F. Halbhuber (médecin militaire autrichien) eut l'idée d'administrer du jus de citron, en vue de neutraliser l'action toxique de l'extrait de fougère à laquelle notre confrère croyait devoir attribuer la syncope du patient. Aussitôt que celui-ci eut absorbé le jus d'une rondelle de citron, il accusa un soulagement marqué. On continua donc cette médication, qui amena bientôt des vomissements au cours desquels le malade rendit 4 litres environ d'un liquide verdâtre. Cette évacuation fut suivie d'une amélioration rapide de l'état général, la respiration se régularisa et les douleurs épigastriques s'atténuèrent. Une légère syncope s'étant produite une heure et demie plus tard, on recommença l'administration du jus de citron, ce qui amena encore le rejet d'un litre à peu près d'un liquide analogue au précédent. Dès ce moment, la guérison fut définitive.

La compression du thorax au moment de l'expiration contre l'attaque d'asthme spasmodique.

Ayant à donner ses soins à un jeune garçon atteint d'asthme spasmodique, M. le docteur A. Morison, médecin du Great Northern Central Hospital de Londres, eut l'idée, au cours d'une attaque à laquelle il assistait, d'aider par la compression manuelle du thorax le mouvement d'expiration que le malade n'arrivait pas à exécuter par ses propres moyens. Dans ce but, il appliqua une main contre le dos et l'autre contre la poitrine du patient, puis, au moment où, le thorax se trouvant en position d'inspiration maxima, ce garçon se débattait inutilement pour expulser l'air qui emplissait ses poumons, notre confrère exerça une pression vigoureuse avec sa main antérieure, de façon à comprimer le thorax comme une éponge entre ses deux mains : l'expiration s'effectua aussitôt. Cette manœuvre fut répétée plusieurs fois de suite avec le même succès.

Depuis qu'il a eu l'occasion d'observer ce cas, c'est-à-dire depuis deux ans, M. Morison a eu fréquemment recours à la compression du thorax, et les résultats qu'il en a obtenus ont toujours été encourageants : si la compression du thorax ne guérit évidemment pas la maladie elle-même, elle atténue du moins dans une mesure très appréciable la gravité des attaques par lesquelles l'asthme se manifeste.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 novembre 1905.

Influence des hautes altitudes sur la nutrition générale.

MM. H. Guillemard et **R. Moog.** — Nos observations ont porté sur les variations que subissent les éléments de l'urine et les rapports

urinaires quand on passe de l'altitude de Paris à celle du mont Blanc en suivant un régime alimentaire constant. Nos dosages ont été effectués séparément sur l'urine de chacun de nous, car nous avons pu constater que ces variations, quoique toujours de même sens, ce qui témoigne qu'il s'agit là de phénomènes vraisemblablement constants, étaient inégales comme intensité chez l'un et l'autre.

Dans ces conditions, nous avons remarqué que, contrairement à ce que l'on pourrait supposer, la diurèse diminue, au moins pendant les premiers jours, de même que la quantité de matériaux fixes éliminés, tant minéraux qu'organiques, y compris l'azote total et l'azote uréique; par contre, l'acide urique ne subit pas de variations caractéristiques.

En somme, ce qui ressort de ces faits, c'est que l'action des hautes altitudes sur l'organisme se traduit par une diminution des oxydations avec rétention d'éléments fixes. Mais cet effet, qui se fait sentir brusquement en même temps que se produit le changement d'altitude, n'est que passager : du quatrième au huitième jour, on assiste au retour progressif aux conditions normales.

La rate et la sécrétion biliaire.

M. N.-C. Paulesco adresse une note relative à des expériences tendant à démontrer que la rate est sans effet sur la sécrétion biliaire : la bile vésiculaire de chiens dératés ne diffère pas sensiblement, quant à sa composition, de la bile vésiculaire de chiens sains, ayant leur rate intacte; d'autre part, chez un même animal, il n'y a pas de différence notable ou constante dans la composition de la bile avant et après la splénectomie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 novembre 1905.

Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac.

M. Legueu. — J'ai observé un cas de dilatation aiguë de l'estomac chez une femme que j'avais opérée pour une tuberculose rénale. Quatre jours après mon intervention, je constatai un développement très marqué du ventre, dû à une dilatation de l'estomac, et le tube de Faucher me permit de retirer 2 litres de liquide noirâtre. Le soir même, il fallut encore évacuer 1 l. 1/2 de liquide semblable. Le lendemain et le surlendemain, on continua les lavages de l'estomac. La malade succomba en hypothermie, au douzième jour.

Il me paraît certain que, en dehors de l'infection, il se produit parfois une dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac tout à fait comparable à celle que l'on réalise expérimentalement chez le chien par la section des pneumogastriques.

M. Reynier. — Il est utile de connaître la possibilité de cette dilatation post-opératoire de l'estomac, en dehors de toute infection, de façon à avoir recours immédiatement aux lavages de l'estomac, que j'ai vu donner de véritables résurrections. Je les emploie systématiquement, dans mon service, dès que des vomissements se manifestent chez un de mes opérés, et même dès qu'un hoquet se produit, en même temps que le facies devient mauvais et que le pouls s'accélère. Si les lavages étaient insuffisants, il y aurait lieu de pratiquer une gastro-entérostomie.

Au point de vue de l'étiologie de cette dilatation post-opératoire de l'estomac, il y a des cas où l'on ne peut nier le rôle de l'infection; mais il en est indiscutablement d'autres où, ce facteur n'étant pas en jeu, on ne saurait expliquer la dilatation de l'estomac que par une excitation du plexus solaire. D'ailleurs, l'hyperchlorhydrie, liée à un tempérament nerveux, prédispose les opérés à ces accidents gastriques, si j'en juge d'après les analyses chimiques faites, dans mon service, sur un certain nombre de malades.

M. Routier. — A mon avis, les cas visés par M. Legueu et M. Reynier relèvent de la septicémie. J'ai observé des faits tout semblables; j'ai, d'ailleurs, traité mes malades par les lavages de l'estomac, et j'en ai vu guérir quelques-uns grâce à ce traitement.

M. Walther. — Je partage entièrement l'opinion de M. Routier, et, comme lui, je pense que la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac est due à de la septicémie; de même que nos collègues, j'ai recours, en pareil cas, aux lavages de l'estomac.

M. Terrier. — Au point de vue pratique, nous savons tous que, lorsque l'estomac est distendu par des liquides, il faut le vider; chaque fois qu'un malade présente des vomissements colorés en noir, on doit immédiatement faire un lavage de l'estomac; c'est là une notion élémentaire.

M. Legueu. — Je vous ai cité le cas que j'ai observé parce qu'il s'agit précisément d'un fait où le péritoine n'était pas en jeu et pour lequel on ne pouvait pas invoquer la septicémie. La plaie opératoire était absolument cicatrisée, après réunion par première intention, lorsque ma malade a succombé uniquement à des accidents gastriques.

M. Delbet. — Je me demande s'il ne faut pas rapprocher des faits qui ont été relatés au cours de cette discussion certains accidents analogues que j'ai vu se produire à la suite de la gastro-entérostomie, et qu'on a attribués, à tort, selon moi, au *circulus vitiosus*.

M. Quénu. — Il existe incontestablement, à mon avis, des cas, rares il est vrai, dans lesquels il se produit une dilatation aiguë de l'estomac que l'on ne peut attribuer en aucune façon à la septicémie. J'ai observé, pour ma part, deux faits de ce genre, notamment chez un homme qui avait subi huit jours auparavant une cure radicale de hernie, et dont la plaie était réunie par première intention. Chez mes deux malades, il a suffi de mettre une sonde dans l'estomac pour supprimer la distension de cet organe et voir les accidents disparaître.

Sur l'extirpation utéro-vaginale totale : colpo-hystérectomie abdomino-vaginale.

M. le Secrétaire général donne lecture, au nom de MM. L. Imbert et F. Piéri (de Marseille), d'une note relative à un procédé opératoire permettant d'enlever à la fois l'utérus et la totalité du conduit vaginal. Il consiste essentiellement à disséquer, dans un premier temps vaginal, une collerette de muqueuse vaginale, à partir de l'orifice vulvaire, sur une étendue de 3 centimètres environ, puis à fermer le manchon ainsi disséqué par une suture en bourse, tandis qu'un second plan de suture accole les surfaces cruentées et oblitère la vulve. Dans le deuxième temps, abdominal, on fait l'hystérectomie, après quoi l'on sépare le vagin d'avec la vessie en avant, et le rectum en arrière, de façon à rejoindre le décollement de la partie inférieure du vagin, effectué dans le premier temps de l'opération. On enlève ainsi en bloc l'utérus et le vagin à l'état de cavité close.

Il est utile, mais non indispensable, de lier les deux artères hypogastriques au cours de l'hystérectomie, de façon à arrêter le cours du sang dans le rameau vaginal de l'utérine et dans l'artère vaginale, vaisseaux qui doivent être sectionnés lors du décollement du vagin dans le temps abdominal de l'opération. Le temps vaginal de l'intervention peut de même être omis quand il ne paraît pas nécessaire d'enlever la partie tout inférieure du vagin.

MM. Imbert et Piéri, après avoir expérimenté cette opération sur le cadavre, l'ont réalisée sur le vivant dans un cas de cancer du col avec large greffe vaginale, et la malade est aujourd'hui en bonne voie de guérison.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 novembre 1905.

Neurodermite au cours d'une myélite.

M. Dufour présente un jeune homme de vingt-cinq ans, chez lequel il existe, à la face postéro-supérieure de la cuisse gauche, un large placard érythémateux faisant légèrement saillie et très douloureux. Cette plaque de dermite, qui a débuté il y a seulement quelques jours, est déjà en voie de régression spontanée. On constate, d'autre part, chez le patient un certain nombre de symptômes (parésie des membres inférieurs, légère exagération des réflexes tendineux, tendance à la trépidation épileptoïde du pied, phénomène des orteils, etc.) qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une lésion de la moelle. C'est vraisemblablement cette myélite commençante qui tient sous sa dépendance la plaque de dermite signalée plus haut.

A propos des infections paratyphoïdes.

M. Vincent communique une note de MM. Sacquépée et Chevrel (médecins militaires), dans laquelle ces auteurs montrent, en s'appuyant sur les épidémies de Tours et de Fontevrault, que les infections paratyphoïdes sont dues le plus souvent à l'ingestion d'eaux de boisson contaminées. Ces infections s'observent surtout pendant la période estivo-automnale. La durée d'incubation de la maladie varie de cinq à quinze jours; dans sa forme grave, l'affection simule la dothiénentérie, dont elle se différencie cependant par quelques particularités cliniques (début brusque, hypertrophie du foie, constipation, etc., etc.); dans sa forme légère ou bénigne elle se confond avec les embarras gastriques fébriles. Les recherches bactériologiques permettent seules jusqu'à présent de préciser le diagnostic d'infection paratyphoïde.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 novembre 1905.

Apparition des agglutinations spécifiques et des agglutinations de famille au cours des affections typhoïdes et paratyphoïdes.

MM. Netter et **Ribadeau-Dumas.** — Nous avons complété nos recherches sur les agglutinations au cours des affections typhoïdes et paratyphoïdes par un grand nombre d'examens positifs de selles, d'urines et de sang. Ces examens donnent une plus grande précision au diagnostic, mais il est facile de constater par comparaison que l'étude des agglutinations garde toute sa valeur. Nos tableaux montrent, en outre, que les agglutinations portent souvent sur diverses espèces microbiennes. Sur 37 cas dans lesquels le sang n'agglutinait qu'une seule espèce microbienne, 31 concernent des sujets guéris depuis un temps plus ou moins long, et 6 des sujets observés au début de leur maladie.

Ainsi donc, au début et longtemps après l'infection, on ne constate plus que les agglutinines spécifiques.

Chez les sujets plus récemment guéris (depuis un à six mois), l'agglutination porte sur plusieurs espèces microbiennes, mais il semble bien que l'agglutinabilité tende à se circonscrire à mesure que l'on s'éloigne du début de la convalescence et que, quand celle-ci remonte à près de deux années, l'agglutinabilité vis-à-vis d'une seule espèce soit à peu près la règle. Même après un an, le sang de beaucoup de sujets n'agglutine plus que le bacille en cause. Cette agglutination semble se maintenir plus longtemps à un taux élevé dans les infections paratyphiques à bacille A que dans les infections qui sont produites par le bacille d'Eberth.

Sur un bacille paratyphique.

MM. Guerbet et **Henry** (de Rouen). — Un soldat meurt après deux jours de maladie ayant évolué avec un tableau cholériforme. L'autopsie décèle les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde. L'ensemencement du contenu de l'intestin ne permet de déceler qu'un colibacille banal; par contre, le suc de la rate, retiré par ponction, nous a donné, après ensemencement sur gélose, une culture pure d'un bacille paratyphique dont les caractères appartenaient à la fois aux types A et B.

Culture des bacilles typhique, paratyphiques et du côlon sur milieux métalliques.

MM. Sacquépée et **Chevrel.** — Les bacilles paratyphiques cultivés sur milieux métalliques donnent des réactions de coloration comparables aux résultats obtenus sur ces mêmes milieux par M. Orlowski avec les cultures de bacille typhique.

Sur milieux renfermant du tartrate double de fer et de potasse, ou du sous-acétate de plomb, une coloration noire apparaît au bout de trois à six jours avec le bacille typhique,

après un à trois jours avec les bacilles paratyphiques, type B. Elle ne se montre ni avec les bacilles paratyphiques, type A, ni avec le colibacille.

Sur milieux additionnés de nitro-prussiate de soude, une coloration verte intense se montre en quarante-huit heures dans les cultures ensemencées de colibacilles, en deux à cinq jours avec les bacilles paratyphiques, type B. Cette même coloration est plus tardive (six à huit jours) et moins nette avec les bacilles paratyphiques, type A, et avec le bacille typhique.

Ces résultats, qui sont très nets et faciles à obtenir, peuvent être utilisés pour la différenciation des bacilles paratyphiques.

Topographie du spirochaete pallida dans les coupes de chancre syphilitique.

MM. Burnet et **Vincent.** — Dans un chancre syphilitique jeune (datant de quatre ou cinq jours), nous avons pu constater que les spirochètes, rares dans l'ulcère central, fourmillaient dans les papilles épidermiques et se trouvaient en très grand nombre dans la couche conjonctive hypertrophiée du derme où ils occupaient l'intérieur même des faisceaux conjonctifs. Ils existaient également dans tous les espaces lymphatiques et dans les parois vasculaires épaissies.

Ces constatations expliquent le processus de sclérose et l'artérite qui caractérisent la syphilis. Les spirochètes sont évidemment capables de s'insinuer entre les fibrilles conjonctives et d'envahir les faisceaux. La sclérose spécifique est due à leur présence même dans les fibres du tissu en voie de sclérose.

MM. Levaditi et **Manouélian.** — L'étude histologique de plusieurs chancres et papules syphilitiques de l'homme et de quelques lésions primitives du singe, nous a permis de faire les constatations suivantes :

Les spirochètes sont disposés en général par foyers et abondent surtout au voisinage de l'ulcération. Ils sont logés soit entre les fentes épithéliales de l'épiderme, soit en plein tissu granulaire. Les coupes d'un chancre syphilitique de l'amygdale nous ont permis de découvrir l'existence des spirochètes à l'intérieur même des vaisseaux sanguins et de suivre toutes les phases de l'endo-périartérite qui caractérise les lésions chancreuses. Les microorganismes, tout d'abord libres au milieu d'une masse albumineuse coagulée, ne tardent pas à proliférer, à s'infiltrer entre les cellules endothéliales du vaisseau et à provoquer la tuméfaction et la multiplication de ces cellules, qui obstruent bientôt ce vaisseau. La tuméfaction du tissu conjonctif, suite de l'accumulation des mononucléaires autour des vaisseaux, amène la destruction des spirochètes.

A l'encontre des spirochètes pâles, les gros spirilles à larges ondulations, également colorables par la mixture à l'argent, se localisent exclusivement à la surface de l'ulcération chancreuse.

Localisations du spirochète dans un cas de syphilis héréditaire.

MM. Levaditi et **Salmon.** — Chez un fœtus mort de syphilis peu après la naissance, les organes les plus infestés par le spirille sont le poumon, les capsules surrénales, le foie et la peau. Le spirille siège à l'intérieur des cellules surrénale, hépatique, épithéliale des bronches, etc., etc. Dans le foie, la disposition des spirochètes groupés autour des vaisseaux plaide en faveur de la pénétration de ces microorganismes par la voie vasculaire.

Le nombre considérable et la localisation des spirochètes dans le protoplasma des éléments nobles de certains organes expliquent, chez l'enfant infecté héréditairement, l'extrême gravité de cette forme de syphilis, véritable spirillose aiguë.

Autopsie d'un cas de neurofibromatose avec lésions des ganglions des racines postérieures.

MM. Simon et **Hoche** (de Nancy). — A l'autopsie d'un malade atteint de neurofibromatose généralisée, nous avons trouvé des tumeurs fibreuses de divers volumes, atteignant parfois celui d'une noix, sur les nerfs périphériques. La neurofibromatose intéressait ces différents nerfs jusqu'à leurs troncs originels, mais respectait leurs racines cérébrales ou médullaires. Sur les racines postérieures, le ganglion rachidien était également fibromateux ; entre lui et la moelle, la racine postérieure était indemne.

En outre, le système nerveux sympathique était le siège de lésions fibromateuses très prononcées, beaucoup plus accentuées encore que celles du système nerveux périphérique.

En présence de ce tableau anatomique, nous nous sommes demandé si l'on ne devait pas songer ici à une lésion primitive du système nerveux sympathique, étendue au système nerveux périphérique à la faveur des filets nombreux, d'origine sympathique, qui se mêlent aux nerfs de la vie de relation.

L'arrêt de la progression des lésions aux ganglions rachidiens s'expliquerait assez facilement, s'il était démontré, comme l'a soutenu M. Barbieri (Voir *Semaine Médicale,* 1900, p. 134), que les ganglions nerveux des racines postérieures appartiennent au système du grand sympathique.

MM. L. Bernard et **Bigart** concluent de l'étude qu'ils ont faite, chez l'homme et chez le cobaye, des processus sécrétoires de la substance corticale de la glande surrénale, que l'un de ces processus aboutit à la formation de graisse dite labile et l'autre à la production de pigments.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 15 novembre 1905.

Sur le traitement de la cryptorchidie.

M. Moritz Katzenstein fait une communication sur ce sujet, dans laquelle il déclare que, après la puberté, tout espoir de voir guérir l'ectopie testiculaire sous l'influence d'un traitement non sanglant devant être abandonné, il y a lieu d'opérer pour faire disparaître cette infirmité qui, d'une part, expose à des troubles nerveux, et, d'autre part, s'accompagne d'une prédisposition particulière du testicule ectopié à devenir le siège de tumeurs cancéreuses tout spécialement malignes. L'intervention sera indiquée plus tôt encore si, ce qui est fréquent, l'ectopie coexiste avec une hernie, la présence du testicule dans le canal inguinal empêchant, en pareille occurrence, la contention de la hernie par un bandage.

En ce qui concerne la technique opératoire, la simple fixation du testicule au fond du scrotum ne saurait être considérée, d'après l'orateur, comme donnant des résultats définitifs, car la rétraction du cordon spermatique, dont l'élasticité est mise en jeu, a tôt ou tard pour conséquence d'attirer en haut le testicule avec la portion de scrotum à laquelle on l'a fixé et qui se déprime en doigt de gant, de sorte que finalement l'ectopie se reproduit. Le but que doit se proposer le chirurgien est donc d'obtenir une extension suffisante des éléments du cordon. A cet effet, M. Katzenstein abaisse le testicule à travers le scrotum et le fixe sous un lambeau cutané pédiculé prélevé au niveau de la cuisse, ce segment de membre étant préalablement mis en flexion; ensuite le membre est progressivement amené en extension, ce qui produit un étirement des éléments du cordon; enfin, au bout de quelques semaines, le testicule, encapuchonné dans le lambeau cutané, est fixé au fond du scrotum après section du pédicule.

L'orateur a jusqu'ici employé ce procédé dans 15 cas avec d'excellents résultats.

La fréquence de la tuberculose primitive de l'intestin à Berlin.

M. Edens dit avoir recherché soigneusement, dans les autopsies pratiquées à l'hôpital Béthanie, les lésions de tuberculose intestinale primitive : sur 491 cas, il les a rencontrées 25 fois; dans 13 de ces faits, toutefois, que l'orateur qualifie de « vraisemblables » par opposition aux 12 autres qu'il considère comme « sûrs », on ne constatait qu'une calcification prononcée des ganglions mésentériques, et c'est par exclusion qu'on a rapporté cette calcification à un processus tuberculeux; du reste, il ne paraît pas douteux que cette dégénérescence ganglionnaire témoigne bien d'une tuberculose intestinale préexistante, car, à l'autopsie de 106 autres sujets ayant succombé à la tuberculose pulmonaire, l'orateur n'a jamais noté de calcification des ganglions mésentériques sans tuberculose concomitante de l'intestin.

D[r] VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 20 novembre 1905.

Lésions médullaires dues à l'anémie pyrodinique expérimentale.

M. Max Rothmann dit avoir fait des expériences visant à reproduire les lésions médullaires que l'on observe parfois dans l'anémie pernicieuse. A cet effet, il a rendu 2 chiens anémiques par la pyrodine. Chez l'un de ces animaux, qui survécut trois mois ou trois mois et demi, on constata à l'autopsie, par la méthode de Marchi, une dégénération étendue et récente des cordons de Goll et de Burdach, ainsi que des cordons latéraux, avec gonflement des gaines myéliniques; chez l'autre chien, les lésions étaient analogues, mais elles se limitaient à un segment médullaire. Dans les 2 cas, les vaisseaux sanguins étaient intacts; par contre, il existait des altérations cellulaires faciles à mettre en évidence par les méthodes de Nissl et de Bielschowsky.

D'après l'orateur, ce n'est pas à l'action toxique directe de la pyrodine qu'il convient, dans ces expériences, d'attribuer la production des dégénérescences médullaires, mais bien à l'anémie résultant de cette intoxication, ainsi qu'on peut le déduire de la filiation des accidents : les troubles médullaires, en effet, n'apparurent qu'alors que l'anémie était déjà très marquée.

Diplégie congénitale du facial et de l'oculomoteur externe.

M. Gutzmann présente un garçon de douze ans qui offre depuis sa naissance une paralysie bilatérale des nerfs facial et moteur oculaire externe. Le visage, complètement immobile, a l'aspect d'un masque, et la peau, quelque peu tuméfiée, rappelle celle des myxœdémateux; mais ce n'est là qu'une apparence, car le corps thyroïde a son volume normal et l'intelligence du sujet est régulièrement développée; les réactions électriques des nerfs et des muscles intéressés sont quantitativement diminuées. En outre, les phénomènes de paralysie gênent la parole; cependant des exercices de rééducation ont apporté quelque amélioration à cet égard.

Il s'agit selon toute vraisemblance, dans ce cas, d'une lésion nucléaire survenue pendant la vie intra-utérine.

Recherches bactériologiques sur la scarlatine.

M. Fritz Meyer rend compte des recherches bactériologiques qu'il a faites dans le service de M. von Leyden sur le sang de 6 malades atteints de scarlatine, dont 3 de formes foudroyantes et 3 de formes légères de cette affection. Dans les 6 cas, l'orateur a pu isoler des streptocoques, ce qui prouve qu'on ne saurait s'appuyer sur cette constatation, comme l'ont soutenu quelques auteurs, pour établir le pronostic de la scarlatine. Mais tandis que dans les 3 premiers cas ces microbes étaient extrêmement virulents, dans les 3 autres au contraire leur virulence était presque nulle, si bien que même par l'injection de grandes quantités de sang on ne parvenait pas à tuer des souris.

D[r] VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 25 novembre 1905.

Traitement des fractures du radius.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. von Eiselsberg** a

fait une communication dans laquelle il s'est attaché à démontrer que le traitement des fractures du radius par l'immobilisation donne fréquemment lieu à des raideurs articulaires qui exigent un long traitement consécutif et qui parfois sont irréparables. Aussi l'orateur a-t-il complètement rejeté l'immobilisation pour les cas de ce genre; il emploie la « manchette » imaginée par son assistant, M. Storch, que l'on applique de la façon suivante :

Après avoir réduit la fracture, on entoure le poignet d'une couche d'ouate, qu'on recouvre d'une bande de sparadrap adhésif formant plusieurs couches superposées. Sur le bord radial de l'avant-bras, on pratique dans l'appareil une ouverture par laquelle on passe une bande qu'on fixe autour du cou, de façon que la main soit suspendue au niveau du sternum. Les choses étant ainsi disposées, la main, sous l'influence de la pesanteur, se place en abduction cubitale; les doigts sont libres et peuvent remuer, de sorte qu'il ne survient jamais de raideur.

M. von Eiselsberg présente ensuite une femme, qui a subi 2 fois une fracture de la jambe, traitée chaque fois au moyen d'un appareil plâtré qui fut laissé en place plusieurs semaines. La jambe ayant été maintenue en flexion, la blessée conserva, après la guérison de la fracture, une contracture du genou, qui nécessita une résection.

Ce cas et d'autres analogues prouvent le bien fondé des idées de M. Lucas-Championnière sur le traitement des fractures.

M. A. Bum dit aussi avoir fréquemment observé de graves troubles fonctionnels consécutifs à l'immobilisation d'un membre.

Intoxication mortelle par le chlorate de potasse à faible dose.

M. H. Albrecht montre les pièces anatomiques d'un enfant qui avait eu la varicelle, la rubéole et un catarrhe intestinal, et qui fut traité pour une stomatite par le chlorate de potasse à l'intérieur, à la dose de 0 gr. 50 centigrammes répétée deux jours de suite. Le petit malade succomba dans le collapsus. A l'autopsie, on trouva une ancienne tuberculose des deux sommets pulmonaires, des bronchiectasies, un catarrhe intestinal, une infiltration graisseuse du foie et une coloration brun chocolat du sang et des viscères. Le sang présentait tous les caractères de la méthémoglobinémie.

La dose maxima de chlorate de potasse est de 8 grammes pour l'adulte et de 3 grammes pour l'enfant. Dans le présent cas, il s'agissait probablement d'une prédisposition créée par l'infiltration graisseuse du foie.

M. Schopf dit avoir observé un cas d'intoxication mortelle par le chlorate de potasse, chez un homme de vingt ans, à la suite de l'emploi de gargarismes à base de ce sel.

M. R. Grünfeld relate l'observation d'un malade qui prit à l'intérieur 15 grammes de chlorate de potasse sans aucune suite fâcheuse.

Lésions unilatérales dans l'épilepsie.

M. E. Redlich rend compte des recherches qu'il a faites dans 150 cas d'épilepsie franche, dans le but d'étudier les rapports éventuels de cette affection avec la paralysie cérébrale infantile et de voir notamment si les épileptiques présentent des symptômes qu'on puisse regarder comme l'expression d'une lésion hémisphérique. Les malades furent examinés pendant les accès et dans les intervalles libres. Or, dans 40 % des cas, on trouva des signes d'hémiparésie, intéressant les nerfs facial et grand hypoglosse; chez la plupart des patients il y avait également des parésies des extrémités; en outre, on nota des altérations unilatérales des réflexes tendineux et cutanés; ces derniers étaient souvent exagérés du côté hémiparétique. Comme ces réflexes sont ordinairement diminués dans les paralysies unilatérales, l'orateur estime que leur exagération chez les épileptiques est due à une excitation de l'écorce cérébrale.

Dans quelques cas les symptômes hémiparétiques et l'altération des réflexes, prononcés après les accès, disparaissaient ou diminuaient ensuite; dans d'autres cas ils persistaient aussi dans l'intervalle libre.

Même si l'on attribue les parésies et les altérations des réflexes dans le mal comitial à un état d'épuisement, ces symptômes n'en conservent pas moins leur importance, car ils plaident en faveur d'une lésion d'un hémisphère.

En raison de ces faits, M. Redlich estime qu'on ne saurait considérer tous les cas d'épilepsie franche comme des manifestations purement névrosiques.

M. Zappert croit aussi qu'il convient d'attribuer certains cas d'épilepsie à une paralysie cérébrale infantile. Tels sont les faits où les deux affections coexistent; ceux où il y a d'emblée épilepsie unilatérale, sans autres symptômes de lésion hémisphérique; ceux où, après des accès épileptiques, survient une hémiplégie qui reste stationnaire; ceux enfin où l'épileptique, en l'absence de symptômes nets de paralysie cérébrale infantile, offre dans ses antécédents telle circonstance qu'on peut rapporter à une paralysie cérébrale infantile.

M. E. Stransky dit avoir observé un homme ayant eu pendant quinze ans des accès épileptiques qui furent suivis plus tard d'une hémiparésie gauche. L'aura se manifestait également du côté gauche.

Dr Schnirer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE TOULOUSE

Adoue (J.). Du purpura rhumatoïde : troubles gastro-intestinaux; leur rôle et leur importance pathogénique.

Albarède (L.). Contribution à l'étude pathogénique expérimentale de l'athérome : athérome et hyperépinéphrie.

Andreu (Th.). De l'irresponsabilité des hystériques en matière criminelle.

Azaïs (N.). Des tumeurs liquides de l'ovaire pendant la puerpéralité; complications et traitement.

Barbot (E.). Les Chroniques de la Faculté de médecine de Toulouse du XIIIe au XXe siècle.

Battandier (E.). Considérations sur l'ulcère simple de l'estomac chez les sujets âgés.

Beaudéant (J.). Des manifestations cutanées de l'auto-intoxication gravidique.

Bordes (M.). Des eaux de Balaruc dans le traitement des affections utérines.

Boudon (L.). La hernie accident de travail.

Bourguet (J.). Anatomie chirurgicale du labyrinthe.

Boyer (J.). Stomatite à bacilles fusiformes et spirilles de Vincent.

Bray. Ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur.

Caldaguès (J.). Contribution à l'étude de la réforme de la loi de 1838 : régime des aliénés; internements et sorties.

Cantérac (J.). Contribution à l'étude des tumeurs multiples du cuir chevelu (loupes pleines).

Carrière (P.). Considérations sur le fœticide thérapeutique.

Caussou (L.). Le vésicatoire à l'iodure de méthyle; son utilité en oto-laryngologie.

Cavaillès (A.). Traitement des leucorrhées gravidiques et désinfection du vagin *præ partum* par la levure de bière.

Colombié (P.). Le régime Parmentier dans les diabètes avec albuminurie.

Constant (E.). Contribution à l'étude de la papule syphiloïde post-érosive chez l'adulte.

Cuillé (A.). Le médecin légiste et l'accouchement précipité.

Dambre (L.). Contribution à l'étude de la médication phosphorée.

Denart (L.). De l'anasarque dans les entérocolites graves.

Desanti (A.). Des traumatismes de l'estomac et de leur interprétation médico-légale.

Ducasse (A.). Recherches cryoscopiques sur la cataracte sénile.

Ducournau de Carritz. Etude du thorax et de la section thoracique chez l'enfant (de 6 à 16 ans).

Dufort (J.). Maladie de Darier.

Dupuy (L.). Du traitement de l'ankylose du coude par la résection suivie d'interposition musculaire.

Durand (Ch.). Paralysies récidivantes des muscles de l'œil comme symptôme de la période préataxique du tabes.

Duraud (P.). Contribution à l'étude de la pathogénie des paralysies dans les maladies infectieuses.

Emonet (P.). Contribution à la protection de l'enfance (étude locale).

Fabre (J.). Contribution à l'étude de l'œdème aigu du poumon.

Fabre (S.). De l'influence des émotions sur la sécrétion lactée; conséquences pour le nourrisson.

Florence (J.). Contribution à l'étude des orifices vasculaires des aponévroses.

François (G.). La résection du genou dans les ostéo-arthrites tuberculeuses à la clinique chirurgicale.

Gomma (E.). L'assistance médicale en Tunisie : essai sur l'histoire de la médecine et de l'hygiène publiques dans la Régence.

Grimoud (J.). Lutte contre le cancer de l'utérus; état actuel de la question.

Heller (J.-B.). Contribution à l'étude de la laryngite sous-glottique aiguë; nécessité fréquente du tubage.

Jasseron (F.). Contribution à l'étude du traitement chirurgical des ulcères variqueux.

Landaud (L.). Mouvement de la clinique infantile de la Faculté de Toulouse; enfants hospitalisés pendant six années (1898-1904).

Latour (E.). La palpation de l'épaule dans les O. I. G. A. et les O. I. D. P. pendant la grossesse et l'accouchement.

Laurent (R.). Evolution des réflexes chez l'enfant.

Martin (V.). Contribution à l'étude de l'achondroplasie.

Mazoyer (E.). Les tysonites blennorrhagiques.

Mélier de Labarthe (L. de). Le celluloïd en orthopédie.

Méo. Contribution à l'étude de la tension artérielle dans la cataracte.

Mir (A.). Relation d'une épidémie de variole qui a sévi à Nice pendant l'année 1902.

Molinéry (P.). Coopération des œuvres sociales à la lutte contre la tuberculose.

Mondelin (R.). Leucocytose et formule leucocytaire élément de diagnostic dans les suppurations pelviennes chez la femme.

Nerle (G.). La vaccination pendant la grossesse; son influence sur le fœtus.

Nicolas (E.). Procédés de mensuration externe de la poitrine.

Nicoloff (Y.). Contribution à l'étude de l'épuration municipale des eaux potables : filtres à sable et préfiltration.

Peretti (L. de). Les eaux de Baracci (Corse).

Pérus (J.). Contribution à l'étude de la sclérodermie; son traitement par le salicylate de méthyle.

Pigassou (J.). Contribution à l'étude des affections gastro-intestinales climatiques en Tunisie.

Prués (H.). Dysenterie amibienne et dysenterie bacillaire.

Pujat (C.). De la fréquence des signes du tabes dans la paralysie générale et inversement.

Puyaubert (G.). Ulcérations tuberculeuses chroniques du pharynx.

Rancoul (G.). De l'insuffisance respiratoire chez les adénoïdiens.

Roché (P.). De l'oligo-amnios.

Saint-Béat (J.). Contribution à l'étude du naphtol camphré; ses indications et son mode d'emploi dans les tuberculoses externes.

Sicard. Complications endocrâniennes des sinusites frontales.

Thaly (D.). Contribution à l'étude du processus histologique des orchites suppurées; abcès multiples du testicule à la suite du cathétérisme.

Titkoff (R.-T.). Des divers laits comme aliment et agent thérapeutique; application au traitement de l'entérocolite chronique.

Toujan (G.). Recherches expérimentales sur l'adrénaline; son dosage, sa formation, son origine, sa destruction.

Trélaün. Des paranoïas avec hallucinations.

Zlataroff (Ch.-G.). Du zéro physiologique et de ses rapports avec les températures sous-vestiales et cubiliales.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

McCrae (J.). A case of multiple mycotic aneurysms of the first part of the aorta. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.)

Miller (J.). Destructive and regenerative changes in the elastic tissue of the lung in inflammatory conditions. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.) — Destruction et régénération des éléments élastiques du poumon dans les inflammations.

Mironescu (Th.). Das elastische Gewebe der Magenwand und die Beziehung desselben zur Pathologie des Magens. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 août.) — Les éléments élastiques de la paroi stomacale et leurs rapports avec la pathologie de l'estomac.

Neumeister (K.). Ein Fall von primärem Plattenepithelkarzinom der Lunge mit Metastase im Schultergelenk. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 sept.) — Cancer pavimenteux primitif du poumon avec métastase au niveau de l'articulation scapulo-humérale.

Panichi (L.). Osservazioni sui tumori del rene. (*Arch. di anat. patol.*, I, 2.)

Parodi (U.). Contributo alla conoscenza dei tumori della sella turcica. (*Arch. per le scienze med.*, XXIX, 4.)

Pende (N.). Sulla patogenesi delle cosi dette cisti da ritenzione del pancreas. (*Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XXV, 3.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Astolfoni (G.) et **Valeri** (G. B.). Contributo allo studio della glicosuria da florizina. (*Morgagni*, sept.)

Biagi (N.). Dell'influenza del taglio dei nervi nella guarigione delle fratture. (*Policlinico*, partie chir., XII, 8.)

Carpentieri (T.). Legatura del dotto di Wirsung. (*Gazz. degli Osped.*, 17 sept.)

Carrel (A.). Anastomosis and transplantation of bloodvessels. (*Amer. Medicine*, 12 août.) — Anastomose et transplantation des vaisseaux sanguins.

De Vecchi (B.). Ricerche sperimentali sulla endocardite da tossine batteriche. (*Arch. di anat. patol.*, I, 2.)

Diez (S.) et **Lerda** (G.). Sul potere antitossico della tiroide. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, LXVIII, 5-6.)

Floresco (N.). Rappel à la vie par l'excitation directe du cœur. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Guyot (G.). Osservazioni sperimentali sulla guarigione delle pleuriti inflammatorie. (*Gazz. degli Osped.*, 3 sept.)

Lamb (G.) et **Hunter** (W. K.). On the action of venoms of different species of poisonous snakes on the nervous system : venom of Daboia Russellii. (*Lancet*, 23 sept.) — Action du venin de différentes espèces de serpents sur le système nerveux.

Marzocchi (V.) et **Bizzozero** (E.). Sul trapianto delle ghiandole salivari mucose. (*Arch. per le scienze med.*, XXIX, 4.)

Patta (A.). Osservazioni intorno alle iniezioni ipodermiche ed intramuscolari di adrenalina. (*Arch. di farmacol. sperim.*, IV, 7-8.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Aronsohn (E.). Allgemeine Fieberlehre. In-8°, 220 p. avec fig. Berlin. — La fièvre.

Bartel (J.). Die Infektionswege bei der Fütterungstuberkulose. In-8°, 102 p. Iéna. — Les voies d'infection dans la tuberculose par ingestion.

Bergell (P.) et **Dörpinghaus** (Th.). Zur Chemie der Krebsgeschwülste. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 sept.) — Sur la chimie des tumeurs cancéreuses.

Brezina (E.). Zur Frage der Bildungsstätte der Antikörper. (*Wien. klin. Wochensch.*, 31 août.) — Sur le lieu de formation des anticorps.

De Luna (G.). Il brivido febbrile. (*Policlinico*, 3 sept.) — Le frisson fébrile.

Dieudonné (A.). Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie; zusammenfassende Uebersicht über Immunitätslehre. 4e éd. In-8°, 210 p. Leipzig. — Immunité, vaccination et sérothérapie.

Einisse (L.). Sur les effets dérivatifs des lésions primitives ou symptomatiques des téguments (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 13 août.)

Figari (F.). Le difese naturali ed artificiali dell'uomo contro la infezione tubercolare. (*Gazz. degli Osped.*, 3 sept.)

Liebermann (L. von). Sind Toxine Fermente? (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 août.)

MÉDECINE

Labougle. La pleurite et la congestion pleuro-pulmonaire de la base gauche; fonctions de la congestion splénique et périsplénique dans le paludisme. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 20 août.)

Lemoine (G.). Traité de pathologie interne. T. II : maladies des voies digestives; foie; péritoine; pancréas; rein; système nerveux; intoxications. In-8°, 1019 p. avec fig.

Leonardi (E.). Influenza del freddo e del caldo sullo sviluppo di certe malattie. (*Gazz. degli Osped.*, 27 août.)

Lépine (R.). Le diabète non compliqué et son traitement. In-16, 96 p.

Mariotti-Bianchi (G. B.). Tiroidite e strumite suppurativa; contributo allo studio delle infiammazioni purulente della tiroide. (*Policlinico*, 13 août.)

Marmorstein (M.). La mensuration de la pression sanguine au moyen du tonomètre de Gärtner dans les cas d'asystolie (en russe). (*Prakt. Vratch*, 30 juillet et 13 août.)

Möbius (P. J.). Ueber eine rätselhafte Drüsenerkrankung. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 août.) — Affection ganglionnaire énigmatique.

Moffitt (H. C.). Affections of the thyroid in California. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 sept.)

Mongour (C.). Précis des maladies du foie et des voies biliaires. In-18, 630 p. avec fig.

Morris (R. S.). Dermoid cysts of the mediastinum. (*Med. News*, 26 août, 2, 9 et 16 sept.)

Neustab. Matériaux pour la statistique des maladies des organes respiratoires (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 6 et 13 août.)

Palasne de Champeaux (M.). Manuel de séméiologie médicale, suivi de notions de pathologie générale. In-18, 360 p. avec fig.

MALADIES INFECTIEUSES

Esau (P.). Ein Fall von Miliartuberkulose mit Staphylokokkensepsis und schweren Darmblutungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 sept.) — Granulie avec staphylococcie et hémorragies intestinales graves.

Filossofov (P.). Sur quelques particularités dans l'évolution clinique de la fièvre typhoïde; contribution à l'étude de la dothiénentérie hémorragique et des rechutes tardives de la fièvre typhoïde (en russe). (*Roussk. Vratch*, 2 et 9 juillet.)

Fischer (T.). Om difteridöden. (*Hygiea*, sept.) — Sur la mort dans la diphtérie.

Forest (M.). Diphtherie und Croup bei Neugeborenen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLII, 1-2.) — Diphtérie et croup chez le nouveau-né.

Goodall (E. W.). Two cases of glanders. (*Lancet*, 26 août.) — 2 cas de morve.

Grober (J.). Die Tonsillen als Eintrittspforten für Krankheitserreger, besonders für den Tuberkelbazillus. In-8°, 88 p. Iéna. — Les amygdales comme porte d'entrée des germes pathogènes, notamment du bacille de Koch.

Hofbauer (L.). Ueber das Vorkommen jodophiler Leukocyten bei Infektionskrankheiten. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 sept.)

Korentchevsky (V.). Un cas de pneumonie charbonneuse suraiguë (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 23 juillet.)

Mackie (F. P.). Paratyphoid fever. (*Lancet*, 23 sept.)

Magli (E.). Sulle cause della febbre tifoidea nella spiaggia balneare di Viserba nel 1904. (*Medicina italiana*, 20 et 30 mars.)

Marfan (A.-B.). Leçons cliniques sur la diphtérie et quelques maladies des premières voies. In-8°, 492 p. avec fig.

Mariotti (B.). La crioscopia delle orine nelle malattie infettive. (*Gazz. degli Osped.*, 17 sept.)

Marshall (H. T.). Endocarditis in tuberculosis. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, sept.)

Mays (T. J.). The fly and tuberculosis. (*New York Med. Journ.*, 26 août.) — Mouches et tuberculose.

McCool (J. L.). Beriberi. (*Amer. Medicine*, 26 août.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Curschmann (H.). Beiträge zur Aetiologie und Symptomatologie der Syringomyelie (traumatische Entstehung, Syringomyelie und Hysterie). (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIX, 3-4.)

Liepmann (H.). Ueber Störungen des Handelns bei Gehirnkranken. In-8°, 162 p. Berlin. — Sur les troubles observés dans les actes des aliénés.

Löb (M.). Ein abnorm verlaufender Fall von Basedow'scher Krankheit. (*Aerztl. Praxis*, 15 sept.)

Martial (R.). L'étiologie de la paralysie générale. (*Rev. de méd.*, sept.)

Meige (H.). Tics. In-8°, 39 p.

Mendel (E.) et **Jacobsohn** (L.). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie (8. Jahrgang, 1904). In-8°, 1318 p. Berlin. — Compte rendu des travaux de neurologie et de psychiatrie publiés en 1904.

Mileticiu (G.). L'hospice Madona-Doudou de Craïova; compte rendu des années 1891-1904, avec considérations sur l'assistance des aliénés en Roumanie [en roumain et en français]. In-8°, 136 p. Craïova.

Mills (C. K.) et **Frazier** (C. H.). The motor area of the human cerebrum, its position and subdivisions, with some discussion of the surgery of this area. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.)

Mirallié (Ch.) et **Gendron** (A.). Des réflexes tendineux et, en particulier, du signe de Babinski, après l'attaque apoplectique; apparition précoce; évolution. (*Gaz. méd. de Nantes*, 23 sept.)

Misch (P.). Zwei Fälle von Pachymeningitis hæmorrhagica interna. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 2.)

Mittelhäusser (E.). Unfall und Nervenerkrankungen; eine sozial-medizinische Studie. In-8°, 86 p. Halle. — Accidents et affections nerveuses.

Müller (E.). Zur Pathologie der sogenannten primären kombinierten Strangerkrankungen des Rückenmarks. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XXIX, 3-4.) — Sur les dégénérescences systématisées combinées primitives de la moelle épinière.

Neisser (C.). Zur klinischen Beurteilung der Confabulation. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 16 août.)

Obersteiner (H.). Arbeiten aus dem neurologischen Institute (Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems) an der Wiener Universität. T. XII. In-8°, 324 p. avec fig. Vienne.

Obregia (A.), **Parhon** (C.) et **Floriau** (S.). Note sur un cas de myxœdème infantile avec quelques considérations sur la pathogénie du myxœdème. (*Journ. de neurol.*, 20 août.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Kuhn (E.). Tabes und Paralyse in Beziehung zur Quecksilberbehandlung der Syphilis. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 23 sept.) — Tabes, paralysie générale et traitement mercuriel de la syphilis.

Lambkin (F. J.). Physical degeneration and syphilis. (*Brit. Med. Journ.*, 19 août.)

Marshall (C. F.). Syphilis of the third generation. (*Lancet*, 26 août.)

Sabouraud (R.). Manuel élémentaire de dermatologie topographique régionale. In-8°, 736 p. avec fig.

Schofield (S R.). Infective purpura. (*Lancet*, 23 sept.)

Sokolov. Traitement du favus par la formaline (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIII, 12.)

Terra (F.). Prurigo de Hebra. (*Brazil-medico*, 22 juillet.)

Western (G. T.). The influence of potassium iodide on the resistance of the blood fluids to staphylococcus albus. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, août.)

Wheeler (D. E.). The treatment of chancre and chancroid. (*Amer. Medicine*, 19 août.)

Wolbarst (A. L.). Extragenital chancres. (*New York Med. Journ.*, 26 août.)

Zieler (K.). Zur Pathogenese der Dehnungsstreifen der Haut (Striæ cutis distensæ). (*Münch. med. Wochensch.*, 12 sept.) — Pathogénie des vergetures.

CHIRURGIE

Duret (H.). Les tumeurs de l'encéphale; manifestations et chirurgie. In-8°, 839 p. avec fig.

Hirsch (M.). Beitrag zur Lehre von der isolierten, subcutanen Fraktur einzelner Handwurzelknochen. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 août.) — Fractures sous-cutanées des os du carpe.

Hofmann (M.). Ursachen und Bedeutung der Stellung des Fusses in Pro- oder Supination bei fungöser Erkrankung des unteren Sprunggelenkes. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 3.) — Causes et signification de l'attitude du pied en pronation ou en supination dans la tuberculose astragalo-calcanéenne.

Hovorka (O. von). Die Grenzen und Wechselbeziehungen zwischen der mechanischen Orthopädie und orthopädischen Chirurgie. In-8°, 25 p. Anvers.

Hutchinson (J.). The surgical treatment of facial neuralgia. In-8°, 136 p. avec fig. Londres.

Jeanbrau (E.) et **Riche** (V.). La survie après l'amputation interscapulo-thoracique pour tumeurs malignes. (*Rev. de chir.*, août.)

Kelly (J. A.). Dislocation forward of the atlas, with fracture of the odontoid process of the axis. (*Ann. of Surgery*, août.)

Killian (J. A.). Ueber den Sitz und die Eröffnung tiefliegender Abscesse der Gegend der Zungenbasis und des angrenzenden Pharynxabschnittes durch Operation von aussen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 août.) — Siège et incision par la voie cutanée des abcès profonds de la région de la base de la langue et des parties voisines du pharynx.

Knott (J.). Some remarks on the epiphyses of the long bones, and their bearings on the operation of resection. (*New York Med. Journ.*, 19 août.) — Sur les épiphyses des os longs, à propos des résections.

Kölliker (Th.). Ueber Coxa valga. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 sept.)

Kreuter (E.). Die angeborenen Verschliessungen und Verengerungen des Darmkanals im Lichte der Entwicklungsgeschichte. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIX, 1-3.) — Les occlusions et rétrécissements congénitaux de l'intestin au point de vue de l'embryologie.

Küss (G.). Sarcome rétro-péritonéal; observation clinique; autopsie; examen anatomopathologique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Kuttner (L.). Ueber einige praktisch wichtige Fragen zum Kapitel der Appendicitis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 sept.)

Lane (W. A.). Cleft palate and hare lip. In-4°, 63 p. avec fig. Londres. — Du bec-de-lièvre.

Le Fort (R.). Pseudo-rhumatisme infectieux et ostéomyélite chronique d'emblée. (*Echo méd. du Nord*, 27 août.)

Lenzmann. Der Standpunkt des praktischen Arztes zu der Frage der Behandlung der Appendicitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 et 24 août.)

Lexer (E.). Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. T. II. In-8°, 474 p. avec fig. Stuttgart.

Magrassi (A.). La cura radicale ambulatoria dell'idrocele. (*Gazz. degli Osped.*, 3 sept.)

Malcolm (J. D.). On the condition of the blood vessels during shock. (*Lancet*, 26 août.) — Etat des vaisseaux sanguins pendant le shock.

Marchetti (O.). Sulla narcosi cloroetilica. (*Clinica moderna*, 20 sept.)

Marcy (H. O.). The cure of hernia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 août.)

McConnell (J. W.). A case of tumor of the left first and second frontal convolutions with motor agraphia as its chief localizing symptom; successful removal of the tumor. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.)

Meyer (Willy). Appendicostomy and cecostomy in the treatment of chronic colitis. (*Med. News*, 26 août.)

Mohr (H.). Zur Kenntnis der tiefliegenden paraartikulären Lipome. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 sept.)

Morestin (H.). Cancer de la joue. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Mori (G.). Evulsione completa del cuoio capelluto. (*Policlinico*, 13 août.) — Scalp total.

Moscoso (E.). Um caso de abcesso do figado. (*Brazil-medico*, 22 juillet.)

Moullin (C. M.). 40 consecutive cases of fracture of the patella treated by wiring. (*Lancet*, 23 sept.) — 40 cas de fracture de la rotule traités par la suture osseuse.

Müller (B.). Ueber Cholelithiasis und deren chirurgische Behandlung. (*Wien. med. Presse*, 20 et 27 août et 3 sept.)

Pellegrini (A.). Ossificazione traumatica del legamento collaterale tibiale dell'articolazione del ginocchio sinistro. (*Clinica moderna*, 13 sept.) — Ossification traumatique du ligament latéral interne du genou gauche.

Pels-Leusden. Ueber abnorme Epithelisierung und traumatische Epithelcysten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 août.)

Pollak (J.). Beitrag zu den Verletzungen der Sehorgane bei Schläfenschüssen. (*Wien. med. Wochensch.*, 2, 9, 16 et 23 sept.) — Sur les lésions de l'appareil de la vision par coup de feu de la tempe.

UROLOGIE

Gaudiani (V.). La cura chirurgica nella nefrite. (*Policlinico*, partie chir., XII, 9.)

Gentzen (M.). Ueber Zylindrurie und Nephritis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 août.)

Küss (G.). Prostatectomie hypogastrique; résultats opératoires anatomiques. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

McKinnon (A. I.). Suprapubic prostatectomy. (*Med. News*, 19 août.)

Posner (C.). L'hypertrophie de la prostate et le diabète sucré (en russe). (*Prakt. Vratch*, 20 août.)

Serkovsky (S.). Grundriss der Semiotik des Harns. In-8°, 80 p. avec fig. Berlin. — Sémiologie de l'urine.

Simelew (Mlle E.). Su di un caso di ureterite cistica. (*Policlinico*, partie chir., XII, 5, 6, 7 et 8.)

Symmers (D.). An additional note on the excretion of organic phosphorus in the urine. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.)

Volpe (G.). Un caso di ascesso renale da bacillo tifosimile. (*Policlinico*, 17 sept.)

Wose (A. M.). Renal distention. (*New York Med. Journ.*, 16 sept.)

OPHTALMOLOGIE

Neves da Rocha. Cura espontanea da cataracta. (*Brazil-medico*, 22 août.)

Parsons (J. H.). Pathology of the eye. T. II. 1re partie. In-8°, 392 p. Londres.

Puccioni (G.). Oftalmoplegia totale ed atrofia del nervo ottico d'origine traumatica. (*Policlinico*, partie méd., XII, 8.)

Risley (S. D.). Subconjunctival salt injections. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 août.)

Roberts (W. H.). The correction of exophoria by development of the interni. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 août.)

Rohmer. Les granulations en Lorraine. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.)

Schleisinger (F. S.). Inyecciones sub-conjuntivales. (*Thèse de Buénos-Ayres*.)

Segal (S.). Procédés pour dépister la cécité simulée et les troubles de la vue dissimulés (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 30 juillet, 6 et 13 août.)

Stephenson (S.). Some recent developments in the surgical treatment of strabismus. (*Lancet*, 23 sept.)

Villard (H.). La tuberculose de la conjonctive. (*Ann. d'oculist.*, avril et août.)

Zentmayer (W.). Sympathetic inflammation following panophthalmitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 août.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Cusmano (F.). Diametri e morfologia del bacino nella pubiotomia. (*Ginecologia*, 15 août.)

Essen-Möller (E.). När bör ett uterus-myom opereras? (*Hygiea*, sept.)

Fischer (L. C.). Prevention and treatment of puerperal sepsis. (*Med. News*, 19 août.)

Garkisch (A.). Geburtshindernisse von Seiten der Weichteile, welche die Sectio cæsarea indizieren. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 et 21 sept.) — Les parties molles comme causes de dystocie indiquant l'opération césarienne.

Gemelli (G.). Sulla patogenesi della rottura d'imene per caduta senza impalamento. (*Morgagni*, sept.) — Pathogénie de la rupture de l'hymen à la suite d'une chute sans empalement.

Goffe (J. R.). Sterility in women; the pathological affections of the ovaries and tubes that produce it, and their treatment. (*New York Med. Journ.*, 26 août.)

Grube (H.). Der vordere Scheidenleibschnitt; seine Technik und Indikation, mit inter operationem aufgenommenen Situationsbildern. In-8°, 59 p. avec fig. Halle. — La colpotomie antérieure; sa technique et ses indications.

Heller (S.). Zur Mechanik der inneren Rotation. (*Prag. med. Wochensch.*, 21 sept.)

Maclean (E. J.). A case of elephantiasis of the vulva in association with elephantiasis of the right lower limb. (*Brit. Med. Journ.*, 23 sept.) — Eléphantiasis de la vulve et du membre inférieur droit.

Martini (E.). Ueber einen gelegentlichen Erreger von Sepsis puerperalis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 août.) — Agent occasionnel de la fièvre puerpérale.

Nash (W. G.). Ruptured interstitial pregnancy; abdominal hysterectomy; death. (*Lancet*, 26 août.)

Offergeld. Zur Behandlung gynäkologischer Erkrankungen durch Thiosinamin. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 et 19 sept.)

Parsons (J. I.). Further report on a new operation for prolapsus uteri, with notes of 93 cases. (*Brit. Med. Journ.*, 23 sept.)

Petrilli (A.). Il bicloruro di mercurio nella setticoemia puerperale (metodo Baccelli). (*Policlinico*, 24 sept.)

Polk (W. M.). Operations for procidentia uteri. (*Med. Record*, 19 août.)

Popov (D.). Grossesse ovarienne à terme (en russe). (*Roussk. Vratch*, 9, 16 et 23 juillet.)

Puech (P.). Mémoires et leçons d'obstétrique. In-8°, 466 p. Montpellier. Coulet et fils.

Tweedy (E. H.). The high range of normal temperature and pulse throughout the puerperium. (*Brit. Med. Journ.*, 23 sept.)

PÉDIATRIE

Crisafi (B.). Alcune considerazioni a proposito dell'elevazione del coefficiente ammoniacale in una bambina tubercolotica, in istato di iponutrizione e con fegato degenerato. (*Riv. di clinica pediatrica*, sept.)

Ferrata (A.). Sulla base anatomica della tetania infantile. (*Pediatria*, juillet.)

Finizio (G.). Valore della crioscopia applicata all'analisi del latte. (*Pediatria*, août.)

Fujisawa (K.). Sogenannter Mongolen-Geburtsfleck der Kreuzhaut bei europäischen Kindern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 2.) — La tache congénitale de la région sacrée, dite tache mongolique, chez des enfants européens.

Girard. Un cas d'érysipèle chez une enfant de trois mois; infection généralisée; guérison. (*Limousin méd.*, août.)

Harper (W. J. et J. R.). Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus, with an account of a case successfully treated without operation. (*Lancet*, 19 août.)

Hohlfeld (M.). Ueber den Umfang der natürlichen Säuglingsernährung in Leipzig; ein Beitrag zur Frage der Säuglingsernährung in Grossstädten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 août.) — L'allaitement maternel à Leipzig.

Hüsler (G.). Beiträge zur Lehre von den Harnblasengeschwülsten im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 2.) — Sur les tumeurs de la vessie chez l'enfant.

Kobrak (E.). Statistische Beiträge zur Morbidität, Mortalität und Therapie der Darmkatarrhe im Säuglingsalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLII, 1-2.) — La gastro-entérite du nourrisson.

Ley (A.). La ponction lombaire chez l'enfant. (*Journ. de neurol.*, 20 sept.)

Oberwarth (E.). Ueber Turmschädel. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLII, 1-2.) — De l'oxycéphalie.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Leale (M.). The employment of dry cups in the treatment of herpes zoster. (*New York Med. Journ.*, 19 août.) — L'emploi des ventouses sèches dans le traitement du zona.

Romberg. Die Behandlung der Arteriosklerose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 août.)

Russell (A. E.). The treatment of strychnine poisoning and of tetanus by spinal anæsthesia. (*Lancet*, 23 sept.)

Scarano (P.). Ricerche cliniche e sperimentali sulla siero-terapia nelle peritoniti tubercolari a forma ascitica. (*Pediatria*, août.)

Schupfer (F.). Sul trattamento del diabete associato a nefrite. (*Clinica moderna*, 2 août.)

Simon (O.). Zur Frage der diätetischen Behandlung der Azetonurie der Diabetiker. (*Prag. med. Wochensch.*, 24 août.)

Stark (H. S.). The individual treatment of diabetes mellitus. (*Med. Record*, 23 sept.)

Strélkov (A.). Traitement de l'érysipèle par la levure de bière (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, août.)

Veyrassat (A.). De l'emploi de la solution physiologique chaude dans le traitement des ulcères. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juin et août.)

Wegele (C.). Die Therapie der Magen- und Darmerkrankungen. 3e éd. In-8°, 424 p. avec fig. Iéna. — Le traitement des affections de l'estomac et de l'intestin.

Yvert (A.). Les applications médico-chirurgicales de l'adrénaline. In-18, 329 p.

Zartzyne (Th.). Du traitement de la péritonite (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 30 juillet.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Coley (W. B.). Final results in the X-ray treatment of cancer, including sarcoma. (*Ann. of Surgery*, août.)

Dal Vesco (A.). Due casi di corpi stranieri dell'esofago estratti dalla via buccale durante la radioscopia. (*Gazz. degli Osped.*, 10 sept.)

Desplats (R.). Du traitement des adénites tuberculeuses par les rayons X. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 août.)

Franke (M.). Ueber den Einfluss der Röntgenstrahlen auf den Verlauf der Leukämie (mit besonderer Berücksichtigung der Blutbefunde). (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 août.)

Girnov (A.). L'action du radium sur le virus rabique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 20 août.)

Klynens et Poirier. Vaste ulcus rodens amélioré par la radiothérapie. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, juin-juillet.)

Leduc (S.). Etude sur la résistance électrique du corps humain. (*Arch. d'électricité méd.*, 12 août.)

Luzenberger (A. de). Action physiologique de la franklinisation. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 août.)

Murat (E.). Sur l'immunité relative des sujets algériens à l'égard des rayons de Röntgen. (*Arch. des laboratoires des hôpit. d'Alger*, juin.)

Valude (E.). A propos du traitement des cancroïdes par la radiothérapie. (*Ann. d'oculist.*, août.)

Van Duyse (D.) et **De Nobele** (J.). La protection de l'œil dans le traitement radiothérapique des parties voisines de cet organe. (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, LXXXV, 2.)

BACTÉRIOLOGIE

Canon. Die Bakteriologie des Blutes bei Infektionskrankheiten. In-8°, 252 p. avec fig. Iéna. — La bactériologie du sang dans les maladies infectieuses.

Conradi (H.) et **Kurpjuweit** (O.). Ueber spontane Wachstumshemmung der Bakterien infolge Selbstvergiftung. 1. Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 sept.) — Arrêt spontané de la croissance des bactéries par auto-intoxication.

Grixoni (G.). Sulla biologia degli anaerobi; contributo alla patogenesi di alcune infezioni chirurgiche. (*Giorn. med. del R°. Esercito*, juillet.)

Levaditi (C.). Sur le mécanisme du phénomène de l'action fractionnée des toxines (phénomène de Danysz). (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

Lüdke (H.). On the dysentery toxin. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.)

NOUVELLES

FRANCE

Le nombre des naissances en France s'est encore abaissé l'année dernière de plus de 8,000 unités. Depuis vingt ans cette diminution ne s'arrête pas : en 1884, le total des naissances s'élevait à 937,000; dix ans après il n'était que de 855,000, et en 1904 on n'en compte plus que 818,000. Avec cet abaissement régulier et constant, il est évident que l'accroissement proportionnel de la population, calculé en rapportant l'excédent des naissances au chiffre de la population légale, doit être d'autant moindre que les décès sont plus élevés; or, la fluctuation de la mortalité amène de temps à autre des exercices plus lourds sous ce rapport, de telle sorte que depuis 1890 on a constaté cinq fois déjà un excédent des décès sur les naissances, car si celles-ci diminuent d'une manière progressive, les décès ne subissent pour ainsi dire pas de diminution, ou s'ils diminuent, l'abaissement est loin de marcher de pair avec la diminution de la natalité. D'où il suit que le moment ne tardera pas à venir où l'accroissement proportionnel de la population sera nul : en 1904, il a diminué de 0.01 % sur l'année précédente, parce que le chiffre des naissances est inférieur de 8,483 et le total des décès supérieur de 7,597 unités à ceux de 1903. Si l'on prend l'ensemble des statistiques officielles publiées depuis vingt ans, il en résulte que l'accroissement de la population en France, qui est toujours allé en diminuant depuis 1884 — il n'est plus aujourd'hui que de 0.15 % —, ne se règle plus que sur la diminution des décès. Mais comme l'homme n'a qu'une prise très restreinte sur cet élément — quoi qu'en disent certains médecins joints à quelques sociologues trop optimistes —, tandis qu'il possède le moyen infaillible de contre-balancer en partie le facteur mortalité en augmentant volontairement les naissances, il est à désirer qu'il s'opère bientôt un changement radical dans les mœurs de nos compatriotes, dont les oreilles ne sont ouvertes pour le moment qu'à des raisons de bien-être immédiat ou très prochain.

L'Université de Nancy vient d'instituer un certificat d'études à délivrer aux étudiants qui, après avoir suivi pendant un semestre les cours et les travaux pratiques de l'Ecole de laiterie de la Faculté des sciences, auront subi avec succès un examen comprenant, outre une épreuve orale, des épreuves pratiques sur la chimie et la bactériologie du lait et sur une des parties de l'industrie laitière.

AFRIQUE ORIENTALE ALLEMANDE

On se rappelle que d'après les travaux de la mission anglaise chargée d'étudier la maladie du sommeil dans l'Ouganda, la *Glossina palpalis* serait le principal agent de propagation de la fièvre à trypanosomes; mais ladite commission n'avait pu établir si une espèce très voisine de la précédente, la *Glossina morsitans*, n'aurait pas, elle aussi, sa part dans la transmission de cette maladie (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 444). Or, à en croire les résultats auxquels est arrivé M. R. Koch au cours des recherches dont il a été chargé par le gouvernement impérial allemand et dont nous avons naguère fait mention (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 336), les espèces de glossines devant être considérées comme les principaux vecteurs de la maladie du sommeil dans l'Afrique orientale allemande seraient la *Glossina morsitans*, la *G. pallidipes* et surtout la *G. fusca*.

D'autre part, en étudiant la biologie des mouches tsé-tsé, M. Koch a constaté que la reproduction de ces diptères est beaucoup plus lente que celle de la généralité des insectes. C'est là une constatation intéressante au point de vue de la prophylaxie de la maladie du sommeil, car cette lenteur de la reproduction des glossines constitue un point faible du cycle infectieux des trypanosomes, et paraît susceptible de faciliter grandement l'extermination de l'hôte intermédiaire de ces parasites.

CHINE

Il n'est plus contesté que le meilleur moyen de pénétration pacifique dans un pays loin situé et plus ou moins fermé aux idées modernes consiste à y envoyer des missions destinées à soigner l'âme ou le corps. Les missionnaires protestants, qui souvent pratiquent aussi la médecine, ont été les agents efficaces de l'extension des Anglais sur le globe, et l'influence des missionnaires catholiques ou chrétiens est reconnue également comme très favorable pour la nation dont ils sont originaires. De leur côté les médecins jouent dans la lutte internationale, constamment ouverte dans les pays où s'exerce la convoitise des grandes puissances, un rôle manifeste que nous avons déjà eu l'occasion de signaler, notamment pour la Chine.

Se basant sur le fait que l'empire chinois ne possède pas de médecins militaires pour son armée, on a eu l'idée d'organiser à Tchentou, capitale du Setchouen, très importante et très riche province de l'empire du Milieu, une Ecole de médecine militaire exclusivement destinée à former des médecins chinois. Pour arriver à cette réalisation, il était indispensable d'organiser d'abord l'Ecole en petit, pour en faire reconnaître l'utilité aux Chinois. Grâce à l'activité et aux instances d'un consul français et de M. Legendre (médecin des troupes coloniales françaises), le vice-roi du Setchouen consentit, à titre d'essai, à confier quelques élèves à notre confrère et à signer avec lui un traité d'un an.

Le succès de cette première expérience fut tel que le vice-roi signa, en 1904, un nouveau contrat par lequel le gouvernement chinois s'engage à concourir par des subventions à une partie des frais de l'Ecole et de l'hôpital, à fournir un local pour le logement et l'instruction des trente-deux élèves chinois, et à contribuer à l'achat d'instruments et de médicaments. La subvention annuelle s'élève pour le gouvernement chinois à 54,600 fr. et sa part dans les dépenses de premier établissement à 70,000 fr.

La France s'est engagée à fournir le personnel médical pour instruire les médecins militaires de l'armée provinciale — dont la durée des études sera de trois ans —, et les constructions nécessaires pour laboratoires, pharmacie, salle d'opération, ainsi que le matériel technique d'enseignement. Au total les dépenses de personnel, renouvelables, s'élèvent à 32,000 fr. et celles de premier établissement à 123,000 fr., soit un crédit de 155,000 fr., qui a été voté ces jours derniers par le Parlement français.

Mais les subventions annuelles des gouvernements français et chinois ne sont pas suffisantes pour assurer le fonctionnement complet. L'Indo-Chine, la plus intéressée à la réussite de cette œuvre qui est pour ainsi dire la sienne propre, fournit une subvention de 15,000 fr. par an.

Le budget des recettes et des dépenses de l'Ecole de médecine de Tchentou, qui commencera à fonctionner avec ses nouvelles ressources au début de l'année scolaire chinoise (fin février ou commencement de mars 1906), s'élève ainsi à plus de 100,000 fr. Ajoutons que l'Institut Pasteur se propose d'envoyer à ses frais, dès que l'Ecole sera réorganisée, un bactériologiste pour y faire des recherches microbiologiques.

Tout concourt donc à assurer l'influence française dans le pays; cependant il ne faut pas se dissimuler que si nous avons été les premiers à nous établir dans la capitale du Setchouen, la lutte est maintenant engagée à Tchentou entre les différents éléments internationaux venus à notre suite : les missionnaires anglo-américains y ont bien créé un embryon d'Université, mais le vice-roi a confié à des Français deux chaires à l'Université chinoise et fait place à nos compatriotes dans la grande école d'officiers. En répandant l'enseignement de la médecine française et en donnant à la population chinoise les soins médicaux plus largement que par le passé, l'Ecole de médecine militaire de Tchentou ne peut manquer d'avoir dans l'avenir une action encore plus bienfaisante parmi les partis indigènes hostiles aux étrangers.

PANAMA

On nous signale que le gouverneur de la zone du Canal interocéanique, envoyé au mois de mai dernier par le président des Etats-Unis d'Amérique pour assurer l'assainissement de la région comprise entre Colon et Panama, a avisé la population qu'il serait alloué jusqu'au 1er décembre la somme de 250 fr. à quiconque, hors les employés sanitaires, ferait la déclaration d'un cas de fièvre jaune à Colon, à Panama ou dans la zone. Cet avis n'a pour but que de faire constater à la population, par l'appât d'un gain que le gouverneur juge illusoire, que, grâce aux mesures très rigoureuses prises par notre confrère M. Gorgas d'abord, par le gouverneur ensuite, pour la destruction des moustiques et la désinfection des maisons contaminées, la fièvre jaune est à la veille de disparaître de l'isthme, vu que le dernier cas signalé à Colon remonte au 27 août, et le dernier constaté à Panama au 14 septembre.

est laissée derrière le duodénum rabattu. Il n'est pas douteux qu'une conclusion générale ne saurait être émise et que, dans certaines conditions, la duodénotomie reste seule applicable; mais ces nouveaux faits, s'ajoutant à un certain nombre d'autres, déjà publiés, n'en démontrent pas moins qu'une part plus large doive être réservée désormais, en chirurgie biliaire, à la mobilisation duodénale. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIX, 4-6.) — L.

Sur les dangers de la ponction des kystes hydatiques, par M. A. Zirkelbach.

On sait que la ponction des kystes hydatiques est souvent suivie d'accidents fâcheux, qui tantôt se manifestent sous la forme d'une éruption d'urticaire ou d'une poussée fébrile, tantôt revêtent un caractère plus grave (dyspnée, prostration, collapsus, etc.). Les deux faits relatés par M. Zirkelbach montrent, une fois de plus, qu'à côté de ces complications, qui sont de notion courante, une autre éventualité — heureusement beaucoup plus rare — est à craindre : c'est la mort aussitôt ou peu de temps après la ponction.

L'un de ces faits a trait à un homme de trente-six ans, qui fut admis dans le service de M. Ketly, à Budapest, pour une toux datant de six ans et accompagnée d'hémoptysies fréquentes et de douleurs pongitives violentes dans le côté droit. A l'examen, on constata, au niveau du sommet pulmonaire droit, l'existence d'une zône de matité qui s'étendait, en arrière, jusqu'à la neuvième côte, et, en avant, jusqu'à la deuxième, où elle faisait place à un son métallique, mais, à partir de la troisième côte, on retrouvait la matité absolue. Le jour même de l'admission, on pratiqua, dans le septième espace intercostal, en arrière, une ponction exploratrice, qui fournit un liquide clair comme de l'eau, ayant une densité de 1,011 et contenant beaucoup de chlorure de sodium et des traces d'albumine. Le surlendemain, on fit une seconde ponction, qui donna issue à 1,700 c.c. d'un liquide légèrement opalescent et renfermant une grande proportion de sel marin et de nombreux crochets d'hydatides. Aussitôt après l'intervention, les signes physiques subirent une modification, la matité étant remplacée par un son tympanique; de plus, en secouant le malade, on obtenait le bruit de succession hippocratique. En même temps, les troubles respiratoires s'accentuèrent : il se produisit des accès de dyspnée et des nausées, les lèvres devinrent cyanosées, le pouls lent et très faible; cet état ne tarda pas à s'aggraver par une poussée d'hyperthermie (39°) avec somnolence, et, neuf heures après la ponction, le patient succomba. A l'autopsie, on trouva un kyste hydatique siégeant dans le lobe inférieur du poumon droit et communiquant avec les bronches, mais il n'existait pas la moindre trace de tuberculose ni de pneumothorax. Pour ce qui est de la cause du décès, l'examen nécroscopique fut impuissant à en fournir l'explication.

Dans le second cas, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-cinq ans, atteint d'un kyste hydatique du foie. La ponction exploratrice donna un liquide clair, quelque peu opalescent, riche en chlorure de sodium et d'une densité de 1,009. Immédiatement après, le malade éprouva un malaise; puis, on vit survenir des nausées, le patient perdit connaissance, en même temps qu'il se produisait un arrêt de la respiration, avec pouls filiforme, et que les extrémités, le nez et les oreilles devenaient violacés et froids. Ce n'est qu'au bout d'une heure et demie que l'on parvint, grâce à la respiration artificielle associée à des inhalations d'oxygène et à des injections d'éther et de camphre, à ranimer le malade, qui fut alors transporté dans un service de chirurgie, où l'on procéda aussitôt à l'opération du kyste. Malgré l'intervention, les symptômes morbides ne firent que s'aggraver et, au cinquième jour, l'opéré succomba.

Comme, dans les deux cas, la ponction avait été pratiquée avec toutes les précautions d'asepsie et que l'autopsie, pas plus chez le second malade que chez le premier, ne révéla d'altération susceptible d'être considérée comme la cause de la mort, force est d'admettre que les phénomènes graves observés pendant la vie et l'issue fatale elle-même doivent être attribués à la toxicité du liquide échinococcique : l'orifice de ponction s'étant probablement élargi sous l'influence de la pression du liquide, celui-ci a pu pénétrer dans la cavité thoracique chez le premier patient, dans la cavité péritonéale chez le second; une fois résorbé, il dut amener, en raison de ses propriétés toxiques, tout le cortège de symptômes sus-mentionnés.

Quoi qu'il en soit, l'auteur estime qu'il convient, dans la clientèle de ville, de s'abstenir de toute ponction des kystes hydatiques et, dans les hôpitaux, de ne recourir à ce moyen qu'en présence d'un diagnostic douteux, alors seulement qu'il y a possibilité de faire suivre aussitôt la ponction d'une opération radicale. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 septembre 1905.) — L. CH.

Un cas de grossesse dans un utérus bicorne double, par M. H. Peham.

Il nous paraît intéressant de signaler les diverses complications qui se manifestèrent, à l'occasion d'une grossesse, dans le cas d'utérus didelphe observé par M. Peham.

Une femme de vingt-quatre ans, régulièrement menstruée depuis l'âge de seize ans, se trouvait apparemment enceinte de quatre mois, quand elle fut prise de douleurs persistantes dans la moitié gauche de l'abdomen. Depuis deux ans, elle offrait des pertes jaunâtres qui avaient augmenté d'abondance dès le début de sa grossesse. Au palper, on trouvait à droite une tumeur dépassant le niveau de l'ombilic; à gauche, il en existait une seconde, ne s'élevant qu'à 2 centimètres au-dessous du même point. Toutes deux étaient de consistance ferme, mais alors que la première était indolente, la seconde était le siège d'une assez vive sensibilité. Le toucher apprit que le col, un peu court et en relation avec la tumeur abdominale droite, était rejeté de ce côté par la tumeur de gauche, laquelle remplissait les culs-de-sac antérieur et latéral gauche du vagin, et présentait les caractères d'une tumeur kystique. En comprimant cette dernière par voie abdominale, on crut voir sortir du pus par l'orifice du col.

Des symptômes de péritonite n'ayant pas tardé à se développer, l'abdomen fut ouvert : on trouva du pus dans le petit bassin et un utérus double; la trompe de l'utérus gauche, transformée en pyosalpinx, était plongée au milieu d'adhérences. Malgré une hystérectomie totale, la patiente succomba aux progrès de sa péritonite.

L'examen de la pièce et l'autopsie montrèrent que le vagin était également double. Mais tandis que le conduit vaginal de droite, à peu près normal, aboutissait à l'utérus correspondant, celui de gauche n'arrivait pas jusqu'à la vulve et se terminait en cul-de-sac; par en haut, il s'insérait sur le col de l'utérus gauche. Dans la cloison intervaginale, il n'existait qu'un petit pertuis, à peine perméable pour une sonde. L'utérus et le vagin gauche étaient pleins de pus. Il est donc probable que, par suite de la sécrétion de plus en plus abondante provoquée par la grossesse dans l'utérus et le vagin gauches, l'écoulement par le pertuis intervaginal était devenu insuffisant, ce qui avait amené la formation d'un pyomètre, d'un pyosalpinx et finalement l'apparition d'une péritonite suppurée. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, octobre 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Ulcération tuberculeuse du côlon ascendant simulant une appendicite, par M. G. G. Turner.

L'auteur fut appelé à opérer une femme âgée de trente-quatre ans, qui, quatre jours auparavant, avait été prise brusquement de douleurs violentes dans le côté droit de l'abdomen, et chez laquelle le médecin traitant avait diagnostiqué une appendicite. A l'examen, M. Turner constata, dans la fosse iliaque droite, la présence d'une petite masse dure et sensible, qu'il prit pour l'appendice infecté et recouvert d'épiploon. Or, en procédant à l'opération, il fut à même de se rendre compte que l'appendice était absolument normal et que la tuméfaction perçue à la palpation de la fosse iliaque siégeait, en réalité, au niveau de la paroi du côlon ascendant. Le début brusque de la maladie et l'œdème des tissus avoisinant le foyer morbide semblaient militer en faveur de l'origine inflammatoire du processus, mais, la dureté insolite de la tuméfaction faisant craindre l'existence d'un néoplasme, l'auteur se décida à pratiquer une résection intestinale avec entéro-anastomose latérale.

En examinant la portion réséquée de l'intestin, M. Turner constata que la tumeur en question se composait tout simplement de tissus indurés entourant une ulcération tuberculeuse qui s'était vraisemblablement développée au niveau d'un diverticule : l'existence d'un autre diverticule, dans le cæcum, immédiatement au-dessous de l'abouchement de l'iléon, rendait cette hypothèse encore plus plausible.

Au cours de ces deux dernières années, l'auteur a eu l'occasion d'observer 2 autres cas du même genre, où le tableau clinique fit croire à une appendicite et où il existait, au niveau de la région cæcale, une masse dure dans laquelle on reconnut finalement un néoplasme malin.

Le diagnostic différentiel ne laisse pas que d'être fort embarrassant en pareille occurrence, une tumeur maligne ou la tuberculose intestinale pouvant parfaitement simuler une appendicite. Il convient, toutefois, de se tenir sur la réserve lorsqu'on voit, chez une personne d'âge moyen, des accès légers coïncider avec l'existence d'une tumeur dure, nettement délimitée, se montrant *dès le début* d'une crise, et que cette tumeur augmente de volume sans devenir plus douloureuse; il en est de même lorsqu'il y a occlusion intestinale ou diminution considérable du poids du corps. (*Lancet*, 16 septembre 1905.) — L. CH.

Hernie transmésentérique de l'appendice vermiforme, par M. A. C. Wood.

Nous croyons devoir résumer le fait de hernie appendiculaire interne relaté dans le présent mémoire, car il ne semble pas qu'on ait jusqu'ici observé cette lésion.

Un homme de vingt-deux ans, de bonne santé habituelle, avait eu déjà à deux reprises des crises de douleurs abdominales, à la suite desquelles il avait conservé une certaine sensibilité dans le côté droit de l'abdomen. Il était à peine remis depuis huit jours de la seconde crise, quand il fut repris de douleurs, surtout épigastriques, accompagnées de vomissements et de quelques frissons : la température oscillait entre 37°7 et 39°1, le pouls battait à près de 90, la leucocytose variait de 15,000 à 18,000; l'intestin fonctionnait assez bien. Après une semaine d'expectation, durant laquelle l'état général se maintint stationnaire, mais où l'on vit apparaître une volumineuse tumeur dans la fosse iliaque droite, on pratiqua une laparotomie dans la pensée qu'il existait un abcès appendiculaire. L'abdomen une fois ouvert, on tomba sur une masse d'adhérences épiploïques parsemées de petits abcès et l'on finit par découvrir le cæcum rejeté un peu en haut et en arrière; à son extrémité se voyait l'appendice replié sur lui-même, adhérent et étranglé à sa base dans une fente du mésentère; au point de constriction existait une petite perforation. Après qu'on l'eut dégagé il fut réséqué; la fente mésentérique fut ensuite suturée et l'abdomen drainé. La guérison survint sans encombre.

Le paquet d'adhérences plus haut mentionné se trouvait à 5 centimètres de l'appendice, et il n'y avait entre celui-ci et celles-là aucune altération inflammatoire apparente. Cet isolement des deux ordres de lésions est assez singulier et d'une explication difficile; il est cependant admissible que — grâce, par exemple, à l'attitude du malade — les produits infectieux déversés par l'appendice rompu aient glissé en avant du cæcum pour venir se collecter contre la paroi antéro-externe de l'abdomen. (*Ann. of Surgery*, août 1905.) — R. DE B.

Mastite interstitielle chronique,
par M. W. P. Carr.

Les difficultés du diagnostic de la mastite chronique et les obscurités étiologiques qui entourent encore cette affection nous engagent à résumer l'étude que lui consacre M. Carr.

La mastite interstitielle chronique se caractérise, au point de vue anatomo-pathologique, par le développement du tissu conjonctif périacineux de la glande mammaire, d'où formation de bandes scléreuses, et par l'étranglement des *acini* par ce même tissu scléreux, d'où production de kystes ordinairement peu volumineux, dans lesquels se collecte un liquide plus ou moins épais et brunâtre. Cliniquement, l'affection se reconnaît à la présence de nodules généralement petits, multiples et bilatéraux, non adhérents à la peau, faciles à saisir entre les doigts, alors que par la palpation ou la pression directe sur le sein on a quelque peine à les découvrir. Parfois indolents, ces noyaux sont plus souvent le siège d'une sensibilité assez vive, surtout à la pression, notamment au moment des époques menstruelles. On perçoit en outre dans le sein des travées indurées, plus ou moins irrégulièrement rayonnées, et qui sont la traduction de l'état de sclérose dont la glande est le siège.

La mastite interstitielle se développe de préférence chez les nullipares ou les vierges, et son apparition est souvent précoce, vers l'âge de dix-huit ans. Sur 18 opérées de M. Carr, 10 étaient célibataires, 6 étaient des nullipares, 2 seulement avaient eu des enfants; 14 avaient moins de trente ans. Presque toujours coexistaient des troubles dysménorrhéiques dus eux-mêmes le plus souvent à de l'antéflexion utérine, accompagnée de sténose du col. La genèse de l'affection mammaire serait donc favorisée par un réflexe parti de l'utérus, ce que semblent confirmer l'augmentation de la sensibilité durant les périodes menstruelles, l'aggravation des lésions pendant ou après ces mêmes périodes, et quelquefois leur atténuation ou leur disparition à la suite du traitement des troubles génitaux.

Bien que très probablement due à une altération conjonctive primitive, la mastite chronique aboutit fréquemment au cancer, par altération secondaire des éléments épithéliaux de la glande. Aussi, chez une femme ayant dépassé la trentaine, le mieux sera d'amputer le ou les seins. Au-dessous de cet âge, et surtout chez les jeunes filles, on pourra se contenter de traitements palliatifs ou de l'ablation isolée des nodules. Mais, en tout cas, il faudra songer à l'affection utérine concomitante : dans 2 faits au moins M. Carr a vu le seul traitement de cette dernière amener la disparition des nodules de mastite. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, octobre 1905.) — R. de B.

Rappel à la vie par le massage du cœur dans un cas de shock en apparence mortel, par M. W. S. Conkling.

Le fait relaté par l'auteur a trait à un mineur de quarante-sept ans, qui, après avoir reçu un coup de couteau, fut admis à l'hôpital, où l'on constata l'existence d'une plaie pénétrante du thorax, s'étendant de la clavicule gauche jusqu'à 10 centimètres environ au-dessous du mamelon droit. Cette plaie intéressait non seulement les parties molles, mais encore les os, les deuxième, troisième et quatrième côtes gauches se trouvant sectionnées dans leur partie cartilagineuse. A chaque inspiration, on voyait une portion considérable du poumon prolaber par la blessure. Le patient avait perdu beaucoup de sang et présentait, au moment de son admission, des phénomènes de *shock* grave. Mais, sous l'influence d'injections de sérum artificiel, de strychnine, de nitroglycérine, etc., son état ne tarda pas à s'améliorer et l'on jugea possible d'intervenir séance tenante pour réparer les lésions. Ayant administré un peu d'éther (sans pousser jusqu'à l'anesthésie complète), on procéda à l'opération, au cours de laquelle le cœur cessa de battre. M. Conkling introduisit alors la main dans la plaie et, après avoir saisi le cœur entre le pouce et l'index, il le soumit à une série de compressions rythmées. Au bout de quarante à soixante secondes, les contractions cardiaques se rétablirent et le malade fut sauvé.

Ce fait mérite d'autant plus d'être retenu qu'entre la cessation complète de l'activité du cœur et le moment où l'auteur commença la manœuvre en question il s'était écoulé deux minutes au moins. (*New York Med. Journ.*, 2 septembre 1905.) — L. Ch.

Le suc gastrique dans les cas d'urticaire,
par M. L. K. Hirshberg.

Partant de ce fait que les troubles vasomoteurs qui caractérisent l'éruption ortiée paraissent être le plus souvent sous la dépendance d'une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, l'auteur a entrepris une série de recherches en vue d'étudier le contenu stomacal chez les sujets atteints d'urticaire.

Ces investigations ont porté sur 7 cas (dont 3 urticaires chroniques et 4 fugaces) et ont consisté en 14 analyses du suc gastrique. La plupart de ces examens ont décelé l'existence d'une hyperacidité, particulièrement marquée dans les formes chroniques de l'état morbide en question.

Sans vouloir attribuer une portée générale à ces constatations, M. Hirshberg serait cependant enclin à croire que l'hyperacidité du suc gastrique n'est pas sans jouer un certain rôle dans la pathogénie de l'urticaire et qu'il convient de la combattre, chez les malades dont il s'agit, par l'emploi systématique des alcalins. (*Amer. Medicine*, 2 septembre 1905.) — L. Ch.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Sur une adénite particulière dans l'appendicite,
par M. N. Berardinone.

L'auteur a eu l'occasion d'observer à peu près constamment, chez les sujets atteints d'appendicite, un symptôme qui ne paraît pas avoir été signalé jusqu'ici et qui semble, cependant, présenter une certaine importance clinique, surtout dans les cas où le diagnostic reste douteux.

Ce symptôme consiste en une adénite monoglandulaire, localisée à la région inguinale, au-dessus du ligament de Poupart, dans le voisinage de l'orifice externe du canal inguinal. Par sa position sous-cutanée, cette adénite ne saurait donc être confondue avec les adénopathies appendiculaires profondes, décrites par M. Auguy et M. Bonjour, et qui se développent dans le méso-appendice, au niveau de l'angle iléo-cæcal, ainsi que le long du mésentère, autour de l'artère mésentérique supérieure.

Habituellement, l'engorgement ganglionnaire en question devient appréciable à la palpation dès le second jour de la maladie et atteint, dans l'espace de quarante-huit heures, le maximum de son volume, qui varie entre celui d'un pois et celui d'une petite cerise. Sa forme est arrondie, sa consistance dure et élastique. Pendant la période où il augmente ainsi de volume, le ganglion engorgé est douloureux, la douleur se révélant seulement à la pression si l'adénopathie reste peu volumineuse ou bien lorsque les douleurs propres à l'appendicite sont intenses, tandis que dans les cas où l'hypertrophie ganglionnaire est plus considérable et où les autres phénomènes douloureux sont légers, l'adénite se manifeste par des douleurs spontanées. Il s'agit, en tous cas, d'une douleur relativement peu accentuée, d'une sensation circonscrite de tension douloureuse, qui reste parfaitement supportable.

Quant au volume de l'engorgement, il paraît être sous la dépendance à la fois des conditions locales et de l'état général. Pour ce qui est des premières, M. Berardinone a remarqué que l'adénopathie est d'autant plus volumineuse que les phénomènes inflammatoires sont moins étendus au niveau de la fosse iliaque. Lorsque le gonflement, la résistance, l'altération de la sonorité, en un mot tous les signes de la participation du péritoine sont plus accentués, l'adénite est moins facilement accessible à la palpation et, réellement, moins développée. Par contre, c'est dans les cas où les signes de la réaction péritonéale sont moins frappants, la phlegmasie restant plus ou moins nettement limitée à l'appendice, que l'engorgement ganglionnaire atteint son volume maximum. Cette particularité n'est pas sans augmenter la valeur séméiologique de l'adénite en question, surtout dans les cas de la seconde catégorie où l'appendice ne se laisse pas bien palper : l'existence d'un processus inflammatoire étant alors établie, on peut, d'une manière plus certaine, exclure l'idée d'une pseudo-appendicite.

Reste à se demander quelle est la cause de cette différence dans le volume de l'adénopathie. D'après l'auteur, la chose s'expliquerait ainsi qu'il suit : lorsque l'infiltration péritonéale est plus ou moins considérable, il en résulte une compression, voire une occlusion, des vaisseaux lymphatiques, ce qui entrave la transmission de l'infection par cette voie; le contraire doit naturellement arriver dans les cas où la localisation purement appendiculaire du processus laisse les vaisseaux lymphatiques perméables et n'apporte aucune gêne à la circulation correspondante.

Au point de vue de l'état général du malade, ce qui paraît surtout influencer le volume de l'adénite, c'est le lymphatisme : plus celui-ci est marqué, plus grandes sont les dimensions qu'atteint l'engorgement ganglionnaire.

Une fois arrivée à son apogée, l'adénopathie dont il s'agit reste stationnaire pendant toute la durée de la période d'état de la maladie, mais aussitôt que celle-ci commence à évoluer vers la guérison, le volume de l'adénite et les douleurs spontanées diminuent progressivement, laissant seulement subsister une certaine sensibilité à la pression. La crise terminée, l'engorgement résiduel devient complètement indolore, tout en restant — pendant un laps de temps très variable et qui peut dépasser trois ou quatre mois — appréciable à la palpation.

En cas de récidive de l'appendicite, le phénomène en question ne fait jamais défaut : si l'adénopathie a disparu, elle se reproduit de nouveau, et si elle subsistait encore, quoique diminuée de volume, elle ne tarde pas à augmenter. Mais toujours est-il qu'elle n'est jamais aussi volumineuse que lors de la première atteinte du mal, ce qui tient probablement à un processus de sclérose secondaire se développant dans le ganglion à la suite de son premier engorgement et en limitant l'hypertrophie dans les récidives.

Sur 6 cas d'appendicite que M. Berardinone a récemment eu l'occasion d'observer, il n'a noté qu'une fois l'absence de l'adénite susmentionnée : il s'agissait d'une appendicite très légère, avec fièvre modérée et peu durable, de sorte que l'auteur serait porté à mettre le défaut de réaction ganglionnaire précisément sur le compte de la virulence peu accentuée que l'infection a présentée dans ce fait.

D'autre part, M. Berardinone a constaté l'existence de l'adénite en question chez un enfant de douze mois, qui offrait un tableau symptomatique justifiant parfaitement le diagnostic d'appendicite, mais chez lequel on n'a pas remarqué, depuis — et le fait remonte déjà à un an —, le moindre signe de récidive. Le cas paraissant donc quelque peu douteux, il y a lieu de se demander si l'adénopathie ganglionnaire dont il s'agit ne pourrait pas se rencontrer dans des processus inflammatoires de la fosse iliaque autres que l'appendicite, et cela d'autant plus que l'auteur l'a notée 1 fois (du côté gauche) sur 6 entéro-sigmoïdites. Aussi M. Berardinone est-il prêt à reconnaître que cette adénite peut se présenter toutes les fois que la phlegmasie réalise les conditions d'acuité et de virulence toxi-infectieuse de l'appendicite, mais, comme la chose est loin d'être fréquente, il n'en reste pas moins que l'engorgement ganglionnaire en question n'est pas dépourvu de valeur pour le diagnostic de l'appendicite. (*Riforma med.*, 11 novembre 1905.) — L. Ch.

Les vers intestinaux et la fièvre typhoïde,
par MM. M. Vivaldi et A. Tonello.

Les constatations faites par M. Guiart relativement à la grande fréquence des trichocéphales dans l'intestin des dothiénentériques

(Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 333) ont engagé MM. Vivaldi et Tonello à instituer une série de recherches systématiques sur un grand nombre de sujets atteints soit d'une fièvre typhoïde, soit d'une autre affection avec ou sans localisations intestinales, et à comparer les résultats obtenus avec ceux que donne l'examen des fèces d'individus bien portants.

A cet effet, ils prélevèrent les matières fécales de 50 typhoïdiques, de 50 malades atteints d'affections autres que la dothiénentérie (gastro-entérite aiguë, dysenterie, tuberculose intestinale, anémie) et de 25 personnes saines. Or, sur les 50 échantillons de matières fécales provenant de dothiénentériques, 40 contenaient des œufs de trichocéphale, avec une moyenne de douze œufs pour dix préparations microscopiques, tandis que, sur les 50 échantillons provenant de sujets atteints de maladies diverses, 22 seulement renfermaient des œufs de trichocéphale, la moyenne de ceux-ci n'étant que de 0.4 pour dix préparations; pour ce qui est des individus bien portants, on ne rencontra que chez 8 d'entre eux lesdits œufs, et cela avec une moyenne de 0.3 pour dix préparations.

En d'autres termes, la présence des œufs de trichocéphale fut constatée chez 80 % des typhoïdiques, alors que chez les autres malades cette proportion tombait à 44 % et, chez les sujets bien portants, à 32 %, sans compter que le nombre moyen d'œufs trouvés dans ces deux dernières catégories était de beaucoup inférieur à celui que l'on releva chez les dothiénentériques.

En se basant sur ces résultats — qui corroborent les constatations faites récemment par M. Spezia (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 557) —, MM. Vivaldi et Tonello estiment que les individus qui hébergent des trichocéphales sont, en raison des lésions que ces parasites déterminent du côté de la muqueuse intestinale, plus exposés que les autres aux infections générales, et, en particulier, à l'infection eberthienne. (*Gazz. degli Osped.*, 29 octobre 1905.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Dangers des injections vaginales à l'alun.

Si les faits d'intoxication par l'alun introduit dans les voies digestives, sans être communs, ne sont du moins pas exceptionnels, il ne paraît pas en être de même des cas où l'empoisonnement survient à la suite de l'usage externe du même médicament. A cet égard, un fait observé par un médecin italien, M. le docteur Chiadini, mérite de retenir l'attention, et cela d'autant plus que, en l'espèce, les phénomènes toxiques survinrent après absorption d'alun par les voies génitales; or, nombre de femmes usent *sponte sua*, en dehors de toute prescription médicale, de solutions alunées pour leur toilette intime, sans se douter qu'elles s'exposent ainsi à de graves inconvénients.

La malade de M. Chiadini — une femme de trente-huit ans — était atteinte de métrite chronique avec ulcération du col, que notre confrère traitait par des injections vaginales avec le liquide suivant :

Sulfate d'hydrastine....	0 gr. 60 centigr.
Acide phénique pur.... } Essence de térébenthine }	ââ 20 gouttes.
Alun calciné......... } Borax.............. } Acide borique......... }	ââ 30 grammes.
Infusion de camomille...	2 litres.

Ces injections, répétées quotidiennement, étaient suivies de tamponnement du vagin à la glycérine ichtyolée.

Après un certain nombre de pansements de ce genre, M. Chiadini eut un jour l'idée de faire l'injection du liquide aluno-borique, ci-dessus mentionné, moitié dans le vagin, comme à l'ordinaire, et moitié dans la cavité utérine, au moyen de la sonde à double courant. Six heures après, il était rappelé d'urgence auprès de sa malade, qu'il trouva en proie à des douleurs utérines et lombaires avec vomissements, sensation styptique dans la bouche, constriction de la gorge, polyurie et brûlure à la miction, pouls petit et fréquent. Ces phénomènes disparurent au bout d'une demi-heure, en laissant la patiente très prostrée.

Trois jours plus tard, l'injection intra-utérine ayant été renouvelée, les mêmes phénomènes toxiques se reproduisirent.

A dire vrai, la recherche chimique de l'alun dans les vomissements donna dans ce cas des résultats assez douteux, mais notre confrère put par ailleurs se convaincre que les accidents étaient bien dus à l'alun et ne pouvaient être imputés ni à l'action mécanique de l'injection, ni à aucune des autres substances qui entraient dans sa composition; et ce dernier point mérite considération, car on connaît bien aujourd'hui les effets toxiques produits par l'acide borique, notamment quand il est administré en lavements (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 16 et 1902, p. 232). Quoi qu'il en soit, M. Chiadini estime que le titre relativement élevé de la solution alunée (1.5 %) a dû déterminer chez cette femme des lésions de l'épithélium utérin susceptibles de permettre l'absorption du toxique.

Ajoutons que ce fait, pour rare qu'il soit, n'est cependant pas isolé : il y a trois ans, un autre médecin italien, M. le docteur G. Morelli (de Caprese di Arezzo), a relaté l'observation d'une femme de vingt-quatre ans, atteinte d'endométrite chronique avec prolapsus utérin, ulcération du col et catarrhe vaginal, le tout survenu trois mois auparavant, à la suite d'un accouchement, et à laquelle on prescrivit des injections *purement vaginales* avec la solution d'alun à 1.5 %. Or, huit heures après avoir pris sa cinquième injection, cette femme présenta des accidents en tout point comparables à ceux dont il vient d'être question, quoique peut-être plus graves encore, et particulièrement marqués du côté du système nerveux (état de subconscience, loquacité, baillements, tremblement des membres, myosis). Au bout d'un mois d'interruption, le même traitement put toutefois être recommencé sans inconvénient appréciable, pour la mère du moins, mais la fillette que cette femme allaitait, et qui jusque-là avait eu un superbe développement, ne tarda pas à offrir des signes manifestes de rachitisme, et notre confrère se demande s'il ne conviendrait pas d'attribuer l'apparition de cette affection au passage de petites quantités d'alun dans le sang, puis dans le lait de la mère.

Quelques réserves qu'il convienne de faire sur ce dernier point, il n'en reste pas moins qu'il importe de n'user qu'avec une certaine circonspection des injections alunées, puisque, dans le fait de M. Morelli, plus démonstratif encore que celui de M. Chiadini, des injections ne renfermant aucune substance autre que de l'alun, et pratiquées exclusivement dans le vagin, déterminèrent — sans doute à la faveur de l'ulcération cervicale qui permit l'absorption du sel — de graves phénomènes toxiques.

Traitement de l'amygdalite par la stase hyperémique.

En présence des succès que M. Bier a obtenus dans le traitement des affections inflammatoires aiguës, notamment des mastites, des panaris, des phlegmons, etc., par la stase hyperémique déterminée à l'aide d'appareils de succion ou d'aspiration (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 209), M. le docteur O. Prym, assistant de M. le professeur H. Leo, directeur de la policlinique médicale de la Faculté de médecine de Bonn, a imaginé d'étendre ce moyen thérapeutique au traitement des amygdalites.

L'appareil dont se sert notre confrère est constitué par une sorte de ventouse plate qui est munie d'un tube en verre. Par la compression d'une poire en caoutchouc adaptée à ce tube, on crée un vide relatif qui suffit pour assurer l'adhérence de l'appareil au moment de l'application. Chaque séance d'aspiration est prolongée pendant cinq minutes; lorsqu'une seule amygdale est touchée, on se contente de laisser un certain intervalle entre deux applications successives; on alterne d'un côté à l'autre, si elles sont atteintes toutes deux. Il n'y a pas d'inconvénient à faire plusieurs séances par jour.

Lorsque l'appareil a été appliqué comme il convient et qu'il présente les dimensions voulues pour bien embrasser l'amygdale dans sa totalité sans toutefois butter contre la luette ni contre le voile du palais, l'application n'en est nullement douloureuse. Il détermine seulement une sialorrhée assez abondante qui oblige à faire coucher sur le ventre les malades qui sont confinés au lit, et à faire pencher en avant ceux qui sont assis. A part cela, le traitement en question ne présenterait aucun inconvénient; il serait d'ailleurs parfaitement inoffensif.

Généralement, l'aspiration a pour effet d'exprimer en quelque sorte l'amygdale; elle permet de recueillir un liquide trouble qui s'accumule dans la ventouse. L'amélioration est alors presque immédiate et la dysphagie disparaît très rapidement. C'est ainsi qu'un ouvrier de seize ans, chez lequel une angine aiguë déterminait depuis cinq jours une dysphagie très prononcée, put s'alimenter sans difficulté après une séance d'une demi-heure, et, au bout de trois jours, la guérison était complète.

Efficace dans la majorité des cas d'angine aiguë, l'aspiration donnerait également de bons résultats dans certains faits chroniques : une malade, notamment, que M. Prym a soumise à ce mode de traitement pour une amygdalite récidivant constamment depuis de nombreuses années, est demeurée indemne depuis six mois.

Traitement du lupus par le natron résiné des anciens Egyptiens.

Partant de cette considération que le natron résiné dont les anciens Egyptiens se servaient pour momifier les cadavres des hommes et des animaux présentait de remarquables propriétés antiputrides, M. le docteur Lortet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, a eu l'idée de faire usage de ce savon résineux — dont M. Hugounenq a récemment pu établir la composition (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 252) — dans le traitement du lupus. Voici le mode de préparation adopté par notre confrère :

On fait dissoudre dans environ 750 c.c. d'eau 40 grammes de chlorure de sodium, 50 grammes de sulfate de soude et 60 grammes de carbonate de soude; on porte à l'ébullition, puis on ajoute 50 grammes de myrrhe, 50 grammes d'oliban et autant de bdellium. Le savon résineux ainsi obtenu ayant tendance à s'accumuler au fond du vase, il faut agiter la préparation avant de s'en servir.

Dans des cas de lupus datant de douze à quinze ans et rebelles à tous les procédés habituels, il a suffi de quelques applications de compresses de coton arrosées de natron résineux pour amener une guérison complète.

L'eau oxygénée contre la trichorrhexie noueuse.

Chez un planteur de Dehli qui depuis dix ans était atteint d'une trichorrhexie noueuse de la barbe ayant résisté aux traitements les plus variés et même les plus énergiques, un confrère exerçant à Sumatra, M. le docteur Zellweger, a obtenu un succès aussi rapide qu'inespéré en faisant faire à son malade des lotions d'eau oxygénée à 3 %. Dès le premier lavage, les poils ont perdu leur friabilité; néanmoins, depuis trois mois, on continue les lotions de bioxyde d'hydrogène, et actuellement la repousse des poils s'effectue d'une façon absolument normale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 décembre 1905.

Résultats de l'ablation du cristallin transparent dans la myopie forte.

M. Chauvel lit, à propos d'une note sur ce sujet de M. de Font-Réaulx, un rapport dans

lequel il admet, comme cet auteur, que l'ablation du cristallin transparent est une intervention grave, souvent suivie de mécomptes, et dont les indications sont moins larges qu'on ne le croit. Cette opération ne doit pas être appliquée indistinctement à toutes les myopies fortes, et celles qui atteignent ou dépassent 20 dioptries semblent seules en tirer profit. Encore devra-t-on s'en abstenir chez les sujets dont la profession nécessite la vision de près, car, si l'œil sans cristallin voit de loin, il ne sert à rien le plus souvent pour le travail rapproché. Enfin, il ne faut jamais opérer les deux yeux en même temps; on doit laisser s'écouler plusieurs années avant de toucher au second œil, et ne le faire que sur la demande expresse du patient, l'intervention étant suivie quelquefois d'un décollement de la rétine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 novembre 1905.

De l'iléo-colostomie et de l'iléo-rectostomie dans les cancers inopérables du gros intestin.

M. Chaput. — L'iléo-colostomie par sutures n'est une bonne opération que si on l'exécute sur un segment d'intestin mobile et situé à une faible profondeur derrière la paroi; c'est dire que l'iléo-rectostomie est très difficile à pratiquer, si l'on admet que le rectum commence au niveau de la troisième vertèbre sacrée.

L'intervention est aussi très malaisée par le bouton de Murphy et par le procédé de Lardennois.

L'iléo-rectostomie ne s'exécute pas seulement par la voie abdominale. J'ai fait cette opération très facilement par la voie sacrée après résection du coccyx; j'ai ouvert le péritoine et attiré une anse grêle que j'ai fixée au rectum un peu au-dessus de l'anus.

Cette opération est plus sérieuse que celle de l'anus iliaque; elle exige une certaine résistance vitale de la part de l'opéré.

M. Hartman. — J'ai reçu une observation de M. Demmler, qui montre bien la bénignité de l'anus iliaque; il s'agit, en effet, d'un malade qui a été opéré il y a quatre ans et chez lequel la création d'un anus iliaque a été suivie d'un excellent résultat.

Quant à l'iléo-rectostomie, je l'ai pratiquée récemment avec la plus grande facilité, grâce à la pince de Lardennois qui permet de placer le bouton très rapidement et commodément.

De la résection du ganglion cervical supérieur dans le traitement des tics convulsifs.

M. Delbet. — Je désire insister sur quelques points de la communication que M. Poirier nous a faite relativement à la sympathicectomie dans le traitement des tics convulsifs (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 512). C'est surtout sa troisième observation qui me paraît intéressante; chez ce malade, en effet, le ganglion cervical supérieur n'a pu être réséqué, mais le sympathique a été certainement sectionné; or, le résultat a été insignifiant, ce qui permet de conclure que l'ablation du ganglion cervical supérieur a véritablement une action spécifique.

J'ai fait un certain nombre de recherches sur la technique opératoire de la sympathicectomie, notamment au point de vue de la préférence qu'il convient de donner à la voie antérieure ou à la postérieure, par rapport au muscle sterno-cléido-mastoïdien; la voie antérieure est, chez certains sujets, très directe et très facile, mais, chez d'autres, elle offre, au contraire, des difficultés telles que l'on doit, à mon avis, lui préférer la voie postérieure. Dans ces recherches cadavériques, j'ai rencontré un cas tout à fait comparable à celui de M. Poirier : le sympathique se présentait sous forme d'un cordon qui n'avait en aucune façon l'aspect que l'on observe habituellement.

Hernie inguinale étranglée avec participation du diverticule de Meckel chez un enfant de quatre semaines.

M. Rieffel. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation de cure radicale de hernie inguinale étranglée avec participation du diverticule de Meckel, qui nous a été communiquée par M. Auvray. Indépendamment de l'intérêt qu'offre ce fait au point de vue pathogénique, je dois insister, au point de vue pratique, sur la question de l'anesthésie. Comme il s'agissait d'un enfant de quatre semaines, notre confrère ne crut pas devoir le soumettre à l'anesthésie générale, mais, au cours de l'intervention, il dut endormir son petit malade. Je crois qu'il aurait été préférable de pratiquer l'anesthésie dès le début.

M. Broca. — C'est à tort qu'on considère l'anesthésie générale comme contre-indiquée chez les nourrissons; ceux-ci, en effet, supportent parfaitement bien le chloroforme.

M. Kirmisson. — Je tiens à appuyer l'opinion de M. Broca; la chloroformisation ne me paraît avoir aucun inconvénient chez les très jeunes enfants, chaque fois qu'il s'agit d'une opération de quelque importance.

Splénectomie totale pour rupture de la rate.

M. le Secrétaire général donne lecture, au nom de M. Latouche (d'Autun), d'une observation de splénectomie totale, pour rupture de la rate survenue à la suite d'une contusion violente de l'abdomen (chute de 5 mètres de hauteur) chez un garçon de dix ans. L'intervention, pratiquée vingt et une heures après l'accident, eut un plein succès; depuis lors, l'examen hématologique révèle chez le petit opéré de la leucopénie (3,809 globules blancs par millimètre cube) avec diminution notable de la proportion des lymphocytes (25 %).

M. Broca fait un rapport sur une observation de M. Gaudier (de Lille) relative à un cas de vomique, chez une petite fille de sept ans, où l'intervention chirurgicale n'a pas permis de trouver dans le poumon la cavité purulente dont on soupçonnait l'existence et a été néanmoins suivie de guérison.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er décembre 1905.

De la ponction lombaire dans le traitement de quelques dermatoses prurigineuses.

M. Thibierge montre, en son nom et au nom de M. Ravaut, un homme de soixante et un ans, atteint depuis deux ans de psoriasis avec prurit très intense ayant résisté à tous les traitements habituels, et qui s'est amendé notablement à la suite de deux ponctions lombaires.

Lors de la première ponction, faite il y a vingt jours, on donna issue à 10 c.c. de liquide céphalo-rachidien. Quelques heures après le prurit avait complètement cessé et les jours suivants on constata un affaissement très net des placards psoriasiques. Une seconde ponction pratiquée onze jours plus tard fit disparaître les légères sensations prurigineuses qui avaient reparu. Depuis deux jours le malade éprouve de nouveau des démangeaisons, mais son état n'est plus comparable à ce qu'il était avant cette double intervention.

L'orateur dit avoir obtenu déjà des résultats semblables dans plusieurs cas de lichen plan, de lichen circonscrit, d'eczéma sec prurigineux, etc.

M. Brocq estime que ces faits viennent à l'appui de l'opinion qu'il a soutenue autrefois avec M. Jacquet, à savoir que beaucoup d'affections prurigineuses, en particulier les lichens, sont en rapport avec des modifications du système nerveux.

Un cas d'artérite typhoïdique.

M. Rist dit avoir examiné récemment, avec M. Ribadeau-Dumas, un membre inférieur provenant d'une amputation pratiquée au tiers supérieur de la cuisse chez une fillette atteinte d'artérite fémorale au décours d'une fièvre typhoïde. La nécrobiose et la momification du membre étaient la conséquence de l'oblitération vasculaire due à une panartérite avec prédominance des lésions au niveau de la tunique interne. Il y avait, en outre, deux foyers de myosite dans les muscles de la cuisse. Toutes ces lésions étaient le fait du bacille d'Eberth, qui fut trouvé en culture pure ; le sérum de la malade agglutinait son propre bacille au taux de 1 : 2.400.

L'orateur conclut de ces constatations que les artérites typhoïdiques ne sont pas toujours le résultat d'infections secondaires, comme on l'admet généralement, et qu'elles peuvent être créées de toutes pièces par le bacille d'Eberth, mais seulement au décours de la maladie, lorsque l'immunité a commencé à s'établir et à transformer la dothiénentérie, maladie septicémique au début, en une infection localisée.

A propos des infections paratyphoïdes.

M. Netter fait remarquer, à propos de la note présentée au cours de la dernière séance au nom de MM. Sacquépée et Chevrel, qu'en outre des infections gastro-intestinales aiguës ou suraiguës, il existe d'autres manifestations du bacille de Gärtner qui peuvent être groupées sous les catégories suivantes : 1° fièvres intermittentes et rémittentes; 2° fièvres continues; 3° fièvres accompagnées.

Dans les formes intermittentes ou rémittentes de l'infection gärtnérienne, la fièvre peut s'élever à 40° et au-dessus, se répétant à des époques régulières, séparées par des périodes d'apyrexie plus ou moins longues. Dans tous ces cas, la rate est augmentée de volume et le diagnostic ne peut être établi que grâce à la séro-agglutination positive vis-à-vis du bacille de Gärtner à un taux plus ou moins élevé.

L'orateur ajoute que le sulfate de quinine administré aux malades ne donne aucun résultat et que l'examen de leur sang est toujours resté négatif au point de vue de la recherche des hématozoaires.

Cholécystite et appendicite.

M. D. Goldschmidt (de Strasbourg) adresse la relation d'un fait du même genre que ceux qui ont été communiqués récemment par MM. Le Gendre et L. Bernard (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 536 et 548). Il s'agit d'une jeune fille qui, ayant eu déjà deux crises douloureuses dans la fosse iliaque droite, simulant de très près l'appendicite, fut soumise à une appendicectomie à l'occasion d'une troisième crise; l'appendice enlevé ne paraissait pas altéré. Cette opération n'empêcha pas les douleurs de revenir une quatrième fois; M. Goldschmidt, appelé à ce moment, fit le diagnostic de cholécystite, et le traitement institué en conséquence eut raison de tout le syndrome.

M. Siredey fait observer que le simple examen macroscopique de l'appendice ne permet pas d'affirmer l'état d'intégrité de cet organe, dont les lésions ne sont parfois appréciables que sous le microscope.

M. Galliard communique le cas d'une malade qui, elle, eut au contraire une appendicite ayant successivement simulé une salpingite droite, puis une inflammation de l'appareil biliaire; or, l'opération montra que les annexes aussi bien que la vésicule ou le péritoine sous-hépatique étaient sains, et que seul l'appendice, retenu par des adhérences, présentait des lésions inflammatoires très accentuées.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 décembre 1905.

De la toxicité des œufs.

M. Linossier. — L'action toxique des œufs se manifeste parfois chez l'homme à la suite de l'ingestion d'œufs de poule parfaitement frais. Les symptômes de l'intoxication sont exclusivement d'origine gastro-intestinale. Le nombre des sujets aptes à éprouver ces accidents toxiques est assez restreint, mais lorsque cette aptitude existe elle se manifeste chaque fois que le sujet ingère des œufs, même à faible dose. Dans certains cas, on peut supposer l'intervention de phénomènes d'auto-suggestion, cependant j'ai pu me convaincre que les symptômes d'intoxication se produisent même quand l'œuf est ingéré à l'insu du sujet. Il y a la plus grande analogie entre la toxicité des œufs et celle des substances urticariantes qui ne se manifeste également que chez un petit nombre de sujets prédisposés. M. Brocq considère, du reste, le blanc d'œuf comme capable de provoquer l'urticaire.

M. Loisel. — Il résulte de mes recherches que les phénomènes d'intoxication dus à l'in-

gestion des œufs de différents animaux : poule, canard, tortue, etc., doivent être attribués à la présence de névrine pour une faible part, et de toxalbumines pour une plus grande part. Absorbées lentement et modifiées par les sucs digestifs, les toxines ovulaires stimulent le système nerveux et relèvent la nutrition; malgré ces avantages, il y aurait un réel danger à prescrire des œufs chez les sujets dont l'épithélium digestif en mauvais état permettrait une absorption trop rapide de ces toxines ovulaires.

Ulcère de l'estomac et pansement au bismuth.

MM. Leven et **Barret.** — De nombreuses recherches radioscopiques, confirmées par l'expérimentation sur le chien, nous ont montré que la technique classique du pansement au sous-nitrate de bismuth ne réalise jamais le pansement de l'ulcère gastrique.

L'imprégnation totale, même légère, de la muqueuse n'est pas obtenue. Le bismuth s'entasse sur lui-même, de sorte que la surface de contact du bismuth et de la paroi est trop restreinte pour que, même dans le cas où le diagnostic du siège exact de l'ulcération est fait, l'on puisse espérer mettre le bismuth en présence de l'ulcère. Enfin, en supposant que, par hasard, l'ulcère ait été recouvert par le bismuth, les contractions constantes de l'estomac, si nettement visibles à l'examen radioscopique, font cesser ce contact au bout d'un temps très court.

Il faut donc renoncer, dans le traitement de l'ulcère de l'estomac, aux doses massives de bismuth et conserver seulement l'emploi des doses minimes qui suffisent à calmer les phénomènes douloureux.

Examen de 43 cas de paludisme provenant de régions tropicales.

M. Billet (de Marseille). — J'ai étudié depuis un an, au point de vue clinique et hématologique, 43 observations de paludisme chez des malades provenant de régions tropicales (Madagascar, Sénégal, Tonkin, etc.).

Ces observations se répartissent de la façon suivante : 20 cas de paludisme tierce primaire ou de première invasion, caractérisés par des *schizontes* petits et des gamètes semi-lunaires; 18 cas de paludisme tierce secondaire ou d'invasion ancienne, caractérisés par des schizontes et par des gamètes arrondis, et 5 cas de paludisme quarte caractérisés par des schizontes pigmentés et par des gamètes également arrondis, mais moins volumineux.

Il résulte de ces constatations que le type fébrile tierce, qui domine de beaucoup la pathologie palustre de nos colonies tropicales, comme du reste celle de l'Algérie, reconnaît un seul et même hématozoaire évoluant chez le même individu mais ayant deux cycles bien distincts, l'un de durée relativement courte, avec formes parasitaires petites, peu ou point pigmentées qui caractérisent la période d'invasion primaire ou récente, et l'autre, définitif, succédant au premier, avec gros parasites amiboïdes et fortement pigmentés caractérisant la période de rechutes parfois indéfinies du paludisme invétéré ou secondaire.

Quant au parasite de la fièvre quarte, j'incline à le considérer comme une espèce spéciale et autonome, bien distincte du parasite de la fièvre tierce.

ÉTRANGER

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 25 novembre 1905.

Influence de l'innervation sur la transsudation vasculaire, notamment au point de vue de la pathogénie de l'ictère partiel.

M. Boddaert. — Il y a près de trois ans, j'ai montré que la fluorescéine introduite par voie hypodermique passe plus abondamment dans l'œil si l'on a soin de sectionner le sympathique cervical du côté correspondant (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 181).

J'ai depuis lors poursuivi ces recherches, et je les ai notamment étendues à la transsudation d'un pigment qui est normalement produit en grande quantité par l'organisme, je veux parler du pigment biliaire. Or, j'ai pu constater, malgré les difficultés inhérentes à ces expériences, que l'ictère conjonctival — c'est sur la conjonctive bulbaire qu'il est le plus facile d'apprécier l'intensité de l'ictère — déterminé par la ligature du canal cholédoque est plus précoce, plus prononcé et plus durable du côté où l'on a sectionné le sympathique cervical que du côté opposé.

Ces faits me paraissent de nature à élucider la pathogénie d'une partie au moins des cas d'ictère dit partiel, trouble dont la réalité a été niée par bon nombre d'auteurs. Par exemple, c'est par l'influence de l'innervation sur la transsudation vasculaire qu'il me paraît légitime d'expliquer l'*hémi-ictéricie* parfois constatée chez les hémiplégiques. Il y a longtemps du reste que l'on a signalé (Vulpian) les modifications vasomotrices survenant dans certains cas d'hémiplégie du côté paralysé (élévation de température, dilatation vasculaire, etc.); ce sont là des phénomènes de même ordre que ceux que nous avons expérimentalement étudiés.

Valeur comparée des réactions agglutinante, sensibilisatrice et bactéricide pour le diagnostic de la fièvre typhoïde.

M. Van Ermengem. — Dans le mémoire qui fait l'objet de ce rapport, Mlle L. Fassin (de Liège) expose le résultat de ses recherches sur le pouvoir bactéricide et le pouvoir sensibilisateur du sang de 20 dothiénentériques, de 16 malades divers et de 8 sujets sains, comparés avec le pouvoir agglutinant du même liquide sur le bacille d'Eberth-Gaffky.

De ses diverses observations, il résulte que la réaction agglutinante reste la méthode de choix pour le diagnostic de la fièvre typhoïde; cependant la recherche de la sensibilisatrice peut être utile, de même que celle du pouvoir bactéricide, notamment dans les cas où l'agglutination fait défaut ou se produit à des dilutions qui la rendent peu significative.

Dr KEIFFER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE LAUSANNE

Abokoumova (Mlle). Péritonite primaire à streptocoques chez l'enfant.

Baclanowski (Mlle). Contribution à l'étude du mode d'infection du larynx dans la tuberculose laryngée.

Buman (E. de). Le curettage dans la fièvre puerpérale.

Chamlian. Sur la conjonctivite granuleuse ou trachome.

Dicker (Mlle B.). Les vomissements incoercibles de la grossesse.

Faezy (Mlle). L'anévrysme poplité.

Feyler (Mlle). Rétraction de l'aponévrose palmaire : maladie de Dupuytren; traitement par l'autoplastie.

Kouvitchinsky (Mlle). La blennorrhagie infantile.

Kraiselsky. Influence de la section du sympathique sur la cicatrisation des plaies de l'œil.

Léontieff (Mlle). Contribution à l'étude de la phlébite crurale d'origine appendiculaire.

Lopuski (S. von). Der Einfluss des Vacuums auf die Virulenz der pathogenen Bakterien.

Matinian (Mlle). Contribution à l'étude de la tuberculose chondro-costale; procédé opératoire du professeur Roux.

Michalowska (Mlle). De la diazoréaction d'Ehrlich.

Orloff (Mme). Contribution à l'étude de l'incontinence dite essentielle.

Philippoff (Mlle). La méniscite traumatique.

Pilpoul (P.). Cellules et terminaisons nerveuses de l'organe gustatif de la grenouille.

Popoff (Mlle S.). Contribution à l'étude de la sténose du col utérin.

Reymond (H.). Contribution à l'étude du traitement de la diphtérie.

Rossier (A.). Un cas d'ostéomalacie puerpérale; opération césarienne et oophorectomie.

Roudaeff (Mlle B.). Contribution à l'étude du rhinosclérome en Suisse.

Rusiecka (Mlle de). Recherches sur la fixation de la limite de la déterminabilité micro-chimique du mercure dans l'urine, le lait et le sang.

Saizeff (Mlle). Aetiologie und Therapie des Aborts.

Théodoroff. Les exanthèmes post-sérothérapiques.

Tomoff. Contribution au traitement du prolapsus du rectum.

Turini (G.). Contribution à l'étude de l'amputation ostéoplastique de Gritti.

PHYSIOLOGIE

Chittenden (R. H.). Physiological economy in nutrition, with special reference to the minimal proteid requirement for the healthy man. In-8°, 478 p. avec fig. Londres.

Dettling. Le corps humain (anatomie et physiologie; influence de l'exercice sur l'organisme). In-8°, 428 p. avec fig.

Lépine (R.) et **Boulud.** Sur l'acide glycuronique du sang. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Loeb (J.). Studies in general physiology. In-8°, 782 p. Londres.

Paton (D. N.). Essentials of human physiology. 2e éd. In-8°, 458 p. Londres.

Schade (H.). Ueber die katalytische Beeinflussung der Zuckerverbrennung : Ueber die Katalyse der Zuckerverbrennung im Haushalt der organischen Natur. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 sept.)

Schütz (R. E.). Untersuchungen über die Schleimsekretion des Darms. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 août et 5 sept.) — Sur la sécrétion du mucus par l'intestin.

Simon (Ch. E.). A textbook of physiological chemistry. 2e éd. In-8°, 500 p. Londres.

Starling (E. H.). On the chemical correlation of the functions of the body. (*Lancet*, 5, 12, 19 et 26 août.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Paris (A.). La paralysie générale progressive; sa parenté avec la confusion mentale primitive; sa pathogénie, son pronostic; orientation à donner à sa thérapeutique (cause de l'échec complet de la thérapeutique actuelle). In-8°, 77 p. Nancy.

Philippe (J.) et **Paul-Boncour** (G.). Les anomalies mentales chez les écoliers; étude médico-pédagogique. In-16, 162 p.

Potts (G. S.). A case of amyotrophic lateral sclerosis in which the symptoms were unilateral and ascending. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.)

Salerni (A.). Sulla demenza primitiva semplice. (*Giorn. di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, XXXIII, 3 et 4.)

Spiller (W. G.). The occasional clinical resemblance between caries of the vertebræ and lumbothoracic syringomyelia, and the location within the spinal cord of the fibres for the sensations of pain and temperature. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.)

Stadelmann (H.). Das Wesen der Psychose auf Grundlage moderner naturwissenschaftlicher Anschauung. Fasc. 5 et 6. In-8°, p. 185 à 277. Munich. — La nature des psychoses envisagée au point de vue des conceptions scientifiques actuelles.

Stransky (E.). Ueber Sprachverwirrtheit; Beiträge zur Kenntnis derselben bei Geisteskranken und Geistesgesunden. In-8°, 110 p. Halle. — Des erreurs de langage chez les sujets sains d'esprit et chez les aliénés.

Vigouroux et **Pascal** (Mlle). Formes atypiques de paralysie générale; hémiplégie par prédominance des lésions de méningo-encéphalite dans la zone motrice. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, mai.)

Walker (W. K.). Beginnings of the psychoses. (*Med. News*, 5 août.) — Début des psychoses.

Weisenburg (T. H.). A study of the contractures in organic nervous diseases, and their treatment. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, juillet-août.)

Wray (C.). The treatment of word blindness. (*Lancet*, 23 sept.) — Le traitement de la cécité verbale.

PARASITOLOGIE

Balfour (A.). Trypanosomiasis in the Anglo-Egyptian Sudan. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.)

Barbieri (V.). Convulsioni epilettiformi ed oxiuriasi. (*Gazz. degli Osped.*, 28 sept.)

Bassewitz (E. von). Spielen die Krätzmilben eine Rolle bei der Verbreitung der Lepra? (*Münch. med. Wochensch.*, 10 oct.) — L'acarus de la gale joue-t-il un rôle dans la propagation de la lèpre?

Bonhoff (H.). Die Spirochæta vaccinæ. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 sept.)

Brönnum (A.) et **Ellermann** (V.). Spirochæte pallida i milten af et syfilitisk foster. (*Hospitalstidende*, 27 sept.)

Eisendrath (D. N.) et **Ormsby** (O. S.). A case of systemic blastomycosis, with blastomycetes in the sputum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 oct.)

Herxheimer (K.). Zur Kenntnis der Spirochæte pallida. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 sept.)

Korentchevsky (V.). Un cas de *Distomum sibiricum* dans le foie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 3 sept.)

Kraus (R.) et **Prantschoff** (A.). Ueber das konstante Vorkommen der Spirochæta pallida im syphilitischen Gewebe bei Menschen und Affen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 sept.)

Krzysztalowicz (F.) et **Siedlecki** (M.). Spirochæte pallida Schaudinn in syphilitischen Erscheinungen. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 sept.)

Merk (L.). Ueber den Cytoryktes luis (Siegel). (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 sept.)

Moritz (O.). Ein Spirochätenbefund bei schwerer Anämie und carcinomatöser Lymphangitis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 5-6.)

Mulzer (P.). Ueber das Vorkommen von Spirochäten bei syphilitischen und anderen Krankheitsprodukten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 sept.)

CHIRURGIE

Alessandri (R.). Neues operativ-autoplastisches Verfahren bei narbiger Kieferklemme. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIX, 4-6.) — Nouveau procédé autoplastique pour le traitement de la constriction des mâchoires.

Alves de Lima. Chirurgie du cœur. (*Gazeta clinica de S. Paulo*, sept.)

Anderson (A. R.). Some observations on 26 consecutive cases of gastroenterostomy. (*Lancet*, 30 sept.)

Arce (J.). Un nouveau procédé commun à la gastrostomie et à la jéjunostomie. (*Rev. de chir.*, sept.)

Armitage (E. H.). Complete extirpation of the penis for epithelioma in a Hawaiian, aged 28 years; recovery. (*Lancet*, 30 sept.)

Atkins (T. G.). Report on the surgical treatment of chronic gastric ulcer and gastric dilatation by the operation of gastro-jejunostomy and jejuno-jejunostomy. (*Brit. Med. Journ.*, 30 sept.)

Auerbach (S.) et **Brodnitz**. Ueber einen grossen, intraduralen Tumor des Cervikalmarkes, der mit Erfolg exstirpiert wurde. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XV, 1-2.) — Volumineuse tumeur intra-duremérienne de la moelle cervicale; ablation; guérison.

Babcock (W. W.). Cervical rib with resulting gangrene of the fingers. (*Amer. Medicine*, 7 oct.) — Côte cervicale avec gangrène consécutive des doigts.

Bacon (J. H.). A procedure for opening the pericardium. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — Technique de l'incision du péricarde.

Schwarz (B.). Zur Statistik und Behandlung der Mammacarcinome. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 3.)

Seelig (G.). Scopolamine-morphine as an adjuvant in the administration of general anæsthesia. (*Ann. of Surgery*, août.)

Stewart (J. C.). Anaerobic cellulitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 août.)

Stokes (W. R.) et **Amick** (A. L.). Typhoid appendicitis without other intestinal lesions. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, août.) — Appendicite typhoïdique sans autres lésions intestinales.

Stubenrauch (von). Ueber die prophylaktische Ernährung Laparotomierter, mit Bemerkungen über die Punktionsdrainage des Darmes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 août.) — Sur l' « alimentation prophylactique » après la laparotomie.

Tarantino (S.). Sopra un caso di appendicite con fuoriuscita di un calcolo dalla grande incisura ischiatica. (*Policlinico*, 3 sept.)

Temkine (G.). Gangrène du poumon, guérie à la suite d'une intervention opératoire (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 25 et 30 juin et 9 juillet.)

Van Lier (E. H.). Ueber Nervenkompression. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLVI, 3.)

Ware (M. W.). The treatment of fractures of the femur in infancy and childhood. (*Ann. of Surgery*, août.)

Warren (J. C.). 3 cases of tumor of the spinal cord, operated on with good result. (*Amer. Medicine*, 26 août.)

Wessel (C.). Appendicitistilfældene i 25 aar paa kommunehospitalet i Köbenhavn. (*Hospitalstidende*, 28 juin, 5, 12, 19 et 26 juillet, 2, 9 et 16 août.)

Willis (P. W.). Treatment of congenital dislocation of the hip. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 août.) — Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

Wood (A. C.). Transmesenteric hernia of the appendix vermiformis. (*Ann. of Surgery*, août.)

Young (S. J.). Acute diffuse suppurative peritonitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 août.)

Zondek (M.). Beitrag zur Lehre vom Meckelschen Divertikel. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 août.)

UROLOGIE

Bärmann (G.). Weiterer Beitrag zur Pathologie der gonorrhoischen Epididymitis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXVII, 1.)

Brandenstein et **Chajes**. Ueber die Folgen subkutaner Kochsalzzufuhr nach Nephrektomie; ein Beitrag zur Entstehung des Hydrops renalis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVII, 3-4.)

Cathelin (F.). Pyonéphrose fermée dans un rein anciennement néphropexié; néphrectomie; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Engelmann (G. von). Die Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 23 et 30 août.)

Freyer (P. J.). Total enucleation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ, with a review of 206 cases of the operation. (*Brit. Med. Journ.*, 7 oct.)

Küss (G.). Prostatectomie périnéale; résultats opératoires anatomiques. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Lecène (P.). Epithélioma de l'urèthre balanique propagé au gland. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Meyer (Willy). The choice of method in operating upon the hypertrophied prostate. (*Med. Record*, 7 oct.)

Oppenheim (M.) et **Löw** (O.). Klinische und experimentelle Studien zur Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis. (*Virchows Arch.*, CLXXXII, 1.)

Pousson (A.). Sur un cas de rupture de l'urèthre. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 3 sept.)

Rauenbusch (L.). Ueber Gallertkrebs der Harnblase. (*Virchows Arch.*, CLXXXII, 1.) — Sur le cancer colloïde de la vessie.

Sato (T.). Ueber einen Fall von zystischer Degeneration der Niere aus Pyelonephritis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 oct.) — Dégénérescence kystique d'un rein atteint de pyélonéphrite.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld (F.). Beitrag zur Lehre vom Scheintod der Neugeborenen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LVI, 1.) — Sur la mort apparente du nouveau-né.

Anoufriev (A.). Quelques remarques sur le catgut iodé comme matériel de suture en gynécologie (en russe). (*Roussk. Vratch*, 24 sept.)

Audebert (J.). Bride amniotique et malformations multiples de la face et du crâne. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, juin.)

Baldwin (Helen). The excretion of acetone and diacetic acid in a case of pernicious vomiting of pregnancy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Baldy (J. M.). The mortality in operations upon fibroid tumors of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept. et oct.)

Ballantyne (J. W.). Essentials of gynecology. In-8°, 280 p. Londres.

Barrett (C. W.). Infantile uterus and its treatment, with a new operation for anteflexion and stenosis of the internal os. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Baumm (P. O.). Ueber Dammnaht. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — De la périnéorrhaphie.

Bender (X.). Les métastases dans les kystes mucoïdes de l'ovaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Biélinky (L.). Rupture du vagin, avec intégrité de l'hymen, pendant le coït (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 10 sept.)

Bochenski (K.) et **Gröbel** (M.). Ein Fall von intrauterin acquirierter Pneumonie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.)

Bovin (E.). Zur Kenntnis der Ectopia ovarii inguinalis. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVIII, 1.)

Broeksmit (J.). Over de geboorten volgens de maanden. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 23 sept.) — Les naissances envisagées d'après leur répartition par mois.

Byers (J. W.). The pathology and treatment of eclampsia. (*Lancet*, 9 sept.)

Hermann (I.). Un cas de position transverse du fœtus avec prolapsus de la main (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 30 juillet.)

Rachkess (A.). Incarcération de l'utérus rétroversé et rétrofléchi chez une femme enceinte de six mois; inflammation gangreneuse de la muqueuse vésicale; accouchement provoqué par le procédé de Bossi; guérison (en russe.) (*Vratcheb. Gaz.*, 16 et 23 juillet.)

Roland. De l'influence de l'entérocolite sur la grossesse. (*Poitou méd.*, sept.)

Sarwey (O.). Weitere Erfahrungen über die frühzeitige Hörbarkeit der fötalen Herztöne. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 août.) — Nouvelles recherches sur l'auscultation précoce des bruits du cœur fœtal.

Schäffer (O.). Kontraktionsring und innerer Muttermund. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 sept.) — Anneau de Bandl et orifice interne du col utérin.

Vallois (L.). Travaux d'obstétrique. In-8°, 414 p. avec planches. Montpellier. Coulet et fils.

Wallace (W. L.). Chorioepithelioma malignum. (*Amer. Medicine*, 16 sept.)

Wilson (T.). The treatment of cervical cancer in the last 2 months of pregnancy, with special reference to vaginal cæsarean section. (*Brit. Med. Journ.*, 23 sept.)

PÉDIATRIE

Gallo (G.). Ricerche crioscopiche sul latte di donna. (*Pediatria*, août.)

Meyer (O.). Beiträge zur Kenntnis der Hysterie im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 2.)

Modigliano (E.). L'igiene dello sviluppo intellettuale nei bambini, con speciale riguardo alla gelosia. (*Pediatria*, août.)

Morquio (L.). Quiste hidático del pulmón en un niño; muerte post-operatoria por intoxicación hidática. (*Rev. méd. del Uruguay*, juin.)

Ostheimer (M.). The prevention of summer diarrhea. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 août.) — Prophylaxie de la diarrhée estivale.

Patton (S. de). Etude sur la cytologie du lait de femme et le cytopronostic de la lactation. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, août.)

Robertson (J. McG.). Hypertrophic pyloric stenosis in the infant. (*Ann. of Surgery*, août.)

Sill (E. M.). Adenoids, as seen from the pædiatrist's standpoint; the frequency in childhood and importance of early diagnosis and treatment; observations based on 1000 personal cases operated in. (*New York Med. Journ.*, 12 août.)

Szalárdi (M.). Geheilter Fall von Tetanus neonatorum. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 2.)

Tedeschi (E.). Sopra un caso di meningite tubercolare. (*Gazz. degli Osped.*, 20 août.)

Thévenet (V.). Le hoquet dit physiologique des nourrissons. (*Lyon méd.*, 27 août.)

Thomas. Réflexions sur l'auto-intoxication digestive et son traitement. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, juillet-août.)

Torretta (P.). Un consulto pediatrico in casa Savoia-Carignano; malattia e morte della principessa Maria Cristina (1827). In-8°, 21 p. avec portrait. Turin.

Tugendreich (G.). Der gegenwärtige Stand der Frage nach dem Wesen der Säuglingsatrophie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 août.) — L'état actuel de la question de l'atrepsie.

Turenne (A.). Fistule stercorale de l'ombilic par abouchement du diverticule de Meckel. (*Arch. latino-amer. de pediatria*, août.)

Wentworth (A. H.). A consideration of the etiology and dietetic treatment of infantile atrophy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 août.)

Zuckerkandl (E.). Ueber Zytodiagnostik des Kolostrums. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 août.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Henrichsen (J.). Et tilfælde af stenosis tracheæ post vulnus incisum (tentamen suicidii), samt bemærkninger om penetrerende halssnitsaar. (*Ugeskrift for Læger*, 20 et 27 juillet.)

Huizinga (J. G.). Treatment of infected otitis media. (*Amer. Medicine*, 19 août.)

Japha (A.). Ueber Häufigkeit, Diagnose und Behandlung des Stimmritzenkrampfs. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLII, 1-2.) — Fréquence, diagnostic et traitement du spasme de la glotte.

Richards (G. L.). The treatment of empyemata of the maxillary sinus through the nose. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 sept.)

Stein (V. S.). Behandling af larynxtuberkulose. (*Hospitalstidende*, 23 et 30 août.)

Strubell (A.). Ueber Pathologie und Therapie der Kieferhöhleneiterungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 sept.) — Pathologie et traitement de l'empyème du sinus maxillaire.

Uffenorde. Fall von Mittelohreiterung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 sept.) — Otite moyenne suppurée.

Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft auf der 14. Versammlung in Homburg v. d. H. am 9. und 10. Juni 1905. In-8°, 211 p. avec fig. Iéna. — Compte rendu du 14e Congrès de la Société allemande d'otologie, tenu à Hombourg en 1905.

Young (A. H.) et **Milligan** (W.). The continuity of the several cavities of the middle ear, with observations on their development and on the treatment of septic inflammation of the tympanic cavity (so-called otitis media). (*Lancet*, 19 août.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Aspelin (E.). Om paavisandet af människoblod i misstänkta fläckar. (*Hygiea*, août.) — Sur la recherche du sang humain dans des taches suspectes.

Brouardel (P.). Intoxication par la cocaïne. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept.)

Fürst (M.) et **Windscheid** (F.). Handbuch der sozialen Medizin. 8. Band : Der Arzt als Begutachter auf dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung. 1. Teil. In-8°, 204 p. Iéna. — L'expertise médicale dans l'assurance-accidents et dans l'assurance-invalidité.

Gasparini (S.). Un gravissimo caso di avvelenamento da laudano del Sydenham. (*Gazz. degli Osped.*, 14 sept.)

Hall (J. N.) et **Cooper** (C. E.). The effects of the inhalation of the fumes of nitric acid. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 août.)

Lücke (R.). Ueber die Strychninvergiftung in gerichtlich-medizinischer Beziehung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 2 oct.) — L'intoxication par la strychnine au point de vue médico-légal.

Robbins (F.). A contribution to the study of chronic nicotine intoxication of the nervous system. (*Med. News*, 26 août.)

Sicard (M. H.). Copper and zinc poisoning; brass poisoning. (*Med. Record*, 5 août.) — Intoxication par le cuivre et le zinc; intoxication par le laiton.

Tommasi-Crudeli (C.). Ricerche anatomopatologiche sull'avvelenamento sperimentale da formalina. (*Policlinico*, partie méd., XII, 9.)

Yvert (A.). Identificación por las impresiones digito-palmares (dactiloscopía). In-8°, 111 p. La Plata.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Barykine (V.). Traitement de la dysenterie par le sérum spécifique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 30 juillet, 24 sept. et 1er oct.)

Bruce (J. M.). Materia medica and therapeutics. In-12, 642 p. Londres.

Decherf (E.). Traitement des gastro-entérites aiguës et chroniques chez les enfants par le babeurre. (*Arch. de méd. des enfants*, sept.)

De Franchis (G.). Pseudoartrosi guarita col massaggio. (*Gazz. degli Osped.*, 8 oct.)

Dempel (M.). Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par les tuberculines (en russe). (*Prakt. Vratch*, 27 août, 3, 10, 17 et 24 sept. et 1er oct.)

Deschamps (E.). Nutrition, dynamogénie et acide formique. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIV, 2.)

Dombrovsky (I.). Le traitement de l'hyperhidrose des pieds par le formol (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, sept.)

Duprey (A. J. B.). A case of mitral incompetency and ascites treated with Apocynum cannabinum. (*Lancet*, 30 sept.)

Filia (A.). Quelques cas de sérothérapie antistreptococcique. (*Arch. de méd. des enfants*, juillet.)

Friedenwald (J.) et **Ruhräh** (J.). Some observations on the effect of certain diet cures in diabetes mellitus. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Gugnoni (E.). La terapia nella pneumonite crupale. (*Gazz. degli Osped.*, 5 oct.)

Gundorow (M. P.). Zur Frage des Jodismus (Thyreoiditis jodica acuta). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXVII, 1.)

Kharitonov (L.). La valeur thérapeutique de l'oxyde de zinc (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, sept.)

Kinnaman (G. C.). The anti-microbic action of iodin. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 août et 2 sept.)

Köhler (F.). Tuberkulin und Organismus; eine kritische und literarische Studie zur Wertung des Alttuberkulins in der Gegenwart nach biologischen Gesichtspunkten und auf Grund der bisherigen Erfahrungen. In-8°, 100 p. Iéna.

Marshall (C. R.). Text-book of materia medica. In-8°, 648 p. Londres.

Terrepson. Die Therapie der Impotenz. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 23 sept.) — Le traitement de l'impuissance.

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Albers-Schönberg. Die Röntgentechnik. 2e éd. In-8°, 428 p. avec fig. Hambourg.

Arneth (J.). Zum Verständnis der Wirkung der Röntgenstrahlen bei der Leukämie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 sept.)

Bordet (E.). Traitement de l'insomnie par la faradisation de la face. (*Arch. des laboratoires des hôpit. d'Alger*, mai.)

Cantù (G.) et **Ranzoli** (G.). Di un caso di guarigione radicale di leucemia splenomidollare per mezzo dei raggi Röntgen. (*Clinica moderna*, 27 sept.)

Ceni (C.). L'azione dei raggi Röntgen sul virus rabido. (*Clinica moderna*, 26 juillet.)

Cerné (A.) et **Cauchois**. Notes de radiothérapie. (*Normandie méd.*, 1er oct.)

Cohn (M.). Erfahrungen auf dem Gebiete der Therapie mit Röntgenstrahlen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 sept.)

De Nobele (J.). Technique et applications de la radiothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, 25 sept.)

Destot. Le poignet et les accidents du travail; étude radiographique et clinique. In-18, 140 p. avec fig.

Flesch (H.). Beitrag zur Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 3.)

Freund (L.). Beitrag zur Röntgenstrahlenbehandlung maligner Neubildungen. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 sept.) — Sur la radiothérapie du cancer.

Heinatz (V.). Traitement de l'ulcus rodens par le radium (en russe). (*Roussk. Vratch*, 24 sept. et 1er oct.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Davidsohn (H.). Die Technik der physikalischen Heilmethoden. 1. Band : Die Technik der Hydrotherapie. In-8°, 186 p. avec fig. Berlin.

Gubb (A. S.). Algiers as a winter resort and its therapeutical indications together with notes on Hammam R'Irha and Biskra. In-12, 48 p. avec fig. Alger.

Holm (J. C.). Klimatologiske betragtninger og erfaringer; generel karakteristik af klimaterne og deres indikationer. (*Ugeskrift for Læger*, 23 fév. et 2 mars.)

Otis (E. O.). Chronic bronchitis in the adult as influenced by a change of climate. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 27 avril.)

BACTÉRIOLOGIE

McNaught (J. G.). A note on two varieties of Bacillus typhosus simulans isolated from drinking water. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.) — Deux variétés de bacilles éberthiformes isolées de l'eau potable.

Moreschi (C.). Sulla produzione di una tossina tifica solubile. (*Arch. per le scienze med.*, XXIX, 4.)

Noc (F.). Technique et microbiologie tropicale. In-18, 321 p.

Pospiélov (A.). Sur les microorganismes de la syphilis (en russe). (*Prakt. Vratch*, 6 et 13 août.)

Ritchie (W. T.). The wax of tubercle bacilli in relation to their acid resistance. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.) — La cire des bacilles de Koch et ses rapports avec leur acido-résistance.

Rothmann (E.). Le développement du gonocoque sur simple gélose peptonée (en russe). (*Roussk. Vratch*, 16 juillet.)

Sacerdotti (C.). Ricerche sopra un bacillo del gruppo B. pseudotuberculosis (R. Pfeiffer). (*Arch. per le scienze med.*, XXIX, 4.)

Savage (W. G.). Bacteriological studies of two cases of paratyphoid infection. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.)

Steinhaus (F.). Corynebakterium pseudodiphthericum commune als Erreger eines Hirnabszesses. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 sept.) — Abcès du cerveau causé par le bacille pseudo-diphtérique.

Torri (O.). Il glucosio nelle culture dei microorganismi. (*Clinica moderna*, 2 août.)

Trommsdorff (R.). Typhusbazillus und Bacillus fæcalis alcaligenes, zwei nicht verwandte Spezies. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 août.)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Allbutt (T. C.). The historical relations of medicine and surgery to the end of the sixteenth century. In-8°, 125 p. Londres.

Guibert (L.). Les lépreux et les léproseries de Limoges. In-8°, 148 p. Limoges.

Pillement (P.). Histoire de la médecine légale en Lorraine. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er et 15 mars, 1er avril, 1er mai, 1er juin et 1er août.)

Roth (M.). Paracelsus in Basel. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er août.) — Paracelse à Bâle.

Sahm (W.). Geschichte der Pest in Ostpreussen. In-8°, 184 p. Leipzig. — La peste dans la Prusse orientale.

VARIA

La médecine au théâtre dans les temps modernes.

Sous ce titre très alléchant, M. le docteur Jacqeau Descoust, fils de notre distingué confrère, M. Descoust, chef des travaux pratiques de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, a soutenu mercredi dernier sa thèse inaugurale, qui ne peut manquer d'attirer l'attention, car de nos jours le théâtre a été choisi comme porte-parole par une série d'auteurs dramatiques pour exposer aux foules des sujets médicaux. La scène est, en effet, un moyen d'agir profondément sur les masses : riches et pauvres fréquentent le théâtre et reçoivent avidement, emmêlées dans une intrigue dramatique, des théories qui ne les arrêteraient peut-être pas si elles leur étaient présentées sous une tout autre forme. Des médecins ont bien essayé de répandre de diverses manières dans le public les questions médicales soit par des publications, soit par des conférences, mais les livres coûtent cher et ne sont guère lus que par un certain public, et, d'autre part, les conférences ne s'adressent qu'à une catégorie restreinte d'auditeurs. Les foules ne sont pour ainsi dire pas touchées, et le zèle et l'activité de ces apôtres restent inefficaces. C'est pourquoi les résultats obtenus par les auteurs dramatiques dans la nouvelle voie qu'ils se sont ouverte méritaient une étude spéciale, et on ne peut qu'applaudir à la tentative que vient de faire M. J. Descoust pour dresser un tableau des principales pièces qui ont occupé la scène dans ces temps derniers et apprécier l'influence exercée par chacune d'elles.

Il est impossible — sans tomber dans la sécheresse d'une notice bibliographique — de résumer une œuvre aussi considérable que celle de M. J. Descoust. C'est pour cela sans doute que notre nouveau confrère a donné dans son dernier chapitre, qu'il a intitulé *Conclusions*, un exposé général de son très intéressant travail; nous ne saurions mieux faire que de le placer ici sous les yeux des lecteurs.

Profitant de l'exemple [des médecins], des écrivains en mal de sujets littéraires à produire, vinrent après eux se jeter avec passion sur une source nouvelle d'études à faire et exposèrent dans des romans d'abord, au théâtre ensuite, les situations dramatiques où la médecine prenait désormais une part active ou prépondérante.

Mais cette importance ne fut pas égale dans toutes les pièces théâtrales. En effet, les uns ne parlèrent médecine qu'incidemment, ne se servant de cette science que comme d'un adjuvant utile pour dénouer une situation critique ou pour couvrir de l'égide apitoyante de la maladie un personnage qu'ils voulaient rendre encore plus sympathique. La tuberculose a été particulièrement sélectionnée à cet égard parce que c'est une affection mieux connue par les profanes d'abord, et ensuite parce que l'évolution souvent lentement progressive de sa marche donne suffisamment de marge à l'auteur pour en faire l'exposition dans son scénario. De ce nombre sont la *Dame aux Camélias*, la *Vie de Bohême*, *Lise Fleuron*, l'*Aiglon*, *Sur la Foi des Etoiles*, etc...

D'autres, comme Ibsen et M. Henriot, au lieu d'étudier des états d'âme normaux, prirent comme sujets d'expériences des mentalités dégénérées et névropathiques et leurs travaux littéraires sont le résultat d'observations de psychologie, mais de psychologie pathologique.

Hérédité, contagion mentale, dégénérescence sont les trois principes qui régissent les caractères des personnages du maître norvégien et il les a fait évoluer avec un art incomparable tant au point de vue théâtral que scientifique. Les exemples de déchéance cérébrale ne devaient pas malheureusement lui faire défaut dans ces pays du Nord où l'alcoolisme fait ou fit jadis tant de victimes, et tout le théâtre d'Ibsen repose sur ces tristes constatations : les *Revenants*, *Quand nous nous réveillerons d'entre les morts*, *Solness le constructeur*, le *Canard sauvage*, la *Dame de la mer*, etc...

M. Henriot, qui cache sous ce pseudonyme l'un de nos maîtres de la Faculté de médecine de Paris, a décrit dans l'*Enquête* un caractère d'épileptique à forme larvée et criminelle, avec une sûreté de main remarquable. Pour la partie médicale de la pièce, il n'y a rien d'étonnant à ce que l'auteur ait atteint la perfection, mais le côté dramatique a été de même traité avec un grand talent. Et ainsi M. Henriot a apporté un démenti formel à l'assertion de M. R. Fath qui, dans son ouvrage sur l'*Influence de la science sur la littérature française pendant le* XIXe *siècle*, prétend que l'art est en opposition absolue avec la science et que celui-là ne peut vraiment se grandir de celle-ci.

D'autres auteurs, comme MM. Fr. de Curel, Le Senne et Mayer, exposèrent à la scène des questions de jurisprudence médicale, créant ainsi un genre nouveau ; le théâtre médico-psychologique.

Dans la *Nouvelle Idole*, M. Fr. de Curel pose deux problèmes : 1° un médecin a-t-il le droit de faire des expériences sur l'homme vivant, et 2° un savant a-t-il le droit d'user en toute liberté de l'hypnotisme?

L'auteur nous donne avec éclat son avis sur le premier point, au dénouement de son drame, par le suicide scientifique du docteur Donnat, qui se tue autant par remords d'avoir commis un crime social que par dévouement pour la science médicale, son idole.

M. de Curel restreint pour le second point au médecin seul le droit d'user de l'hypnotisme, et seulement dans un but thérapeutique.

MM. Le Senne et Mayer ont traité dans le *Bâillon* du secret médical, et ont montré les situations pénibles et fausses où étaient mis souvent les médecins par l'observation stricte de ce principe.

Enfin, un théâtre d'un genre tout à fait spécial, que nous avons dénommé théâtre médico-social, fit son apparition avec MM. Brieux et Bruyerre. Désormais, il ne s'agit plus d'exposer simplement un sujet médico-littéraire ou de faire des considérations sur les droits et les devoirs des médecins, mais ce sont des sujets médicaux purs, des questions d'hygiène sociale, professionnelle et privée, qui vont être mis à la scène avec un caractère éducateur pour les foules et protestataire auprès des pouvoirs publics, afin d'amener l'attention de ceux-ci sur un état de choses déplorable et à réformer.

L'importance de ce théâtre nouveau prend alors une portée considérable, et il faut examiner si les foules peuvent tirer un profit de ces enseignements, ou si, au contraire, elles en doivent subir un dommage et, enfin, si ces réclamations sur l'incurie actuelle, touchant certaines questions d'hygiène publique, peuvent être ou ont été entendues en haut lieu.

De l'avis de nombreuses personnalités scientifiques et autres, les foules ne peuvent porter aucun intérêt à l'audition de ces pièces médicales à thèse. Et, à l'appui de ces dires, on prétend, d'une part, que le public n'est pas suffisamment éduqué pour comprendre exactement les idées exposées, et, d'autre part, que les auteurs dramatiques n'ont pas d'autorité pour traiter ces questions-là.

Je ne suis pas du tout de cet avis; toutefois, pour le premier point : si les auteurs s'occupaient de sujets purement médicaux, si leurs conseils prenaient le caractère d'une consultation avec un traitement à suivre, je comprends qu'il y aurait un danger pour le public à entendre de telles pièces; mais si nous examinons le théâtre de M. Brieux ou de M. Bruyerre, nous ne voyons rien de tout cela. Ces auteurs s'occupent surtout de questions d'hygiène générale, ils ne donnent pas des enseignements sur un cas morbide particulier : M. Bruyerre étudie les moyens de corriger les textes arbitraires d'une loi antisociale, et M. Brieux la prophylaxie de certaines maladies. Il essaye d'éclairer les gens sur les suites déplorables d'affections qui ne sont pas soignées régulièrement, dans les *Avariés* par exemple, et de supprimer du vocabulaire populaire le terme de maladie honteuse.

Quelle femme n'aurait pu comprendre cette théorie sur l'allaitement par les nourrices que M. Brieux expose dans les *Remplaçantes?* Une mère de famille n'a-t-elle pas l'éducation suffisante pour étudier une telle question?

D'autre part, les hommes ne sont-ils pas habitués dès leur adolescence à entendre parler de syphilis ou de vérole, de blennorrhagie ou chaudepisse, et leur esprit est-il aussi fermé qu'on le prétend pour ce qui touche ces maladies? Non, il n'est pas besoin d'avoir fait des études spéciales pour comprendre ces sujets-là; il suffit d'être entré un peu avant dans la vie, d'être émancipé.

Maintenant un auteur dramatique a-t-il suffisamment d'autorité pour traiter ces questions-là? Intrinsèquement non et le danger peut venir de ce que l'auteur interprète mal les consultations que lui ont données les praticiens auxquels il s'est adressé, ou bien qu'il sacrifie l'intérêt scientifique à l'intérêt dramatique. Mais si, comme M. Brieux, les auteurs vont se renseigner auprès des médecins avec une exactitude scrupuleuse au point de mettre en première page de leur ouvrage, pour ainsi dire comme une garantie, le nom de celui qu'ils ont consulté à cet égard, je suis persuadé que le public ne pourra trouver qu'un grand profit pour son éducation aux représentations de ces pièces médico-sociales.

Quant à l'influence que peut avoir ce théâtre pour réveiller la torpeur des pouvoirs publics ou des gens, elle n'est pas douteuse et des exemples sont là qui démontrent le fait : à la suite de la représentation des *Remplaçantes*, une circulaire du préfet de police vint rappeler aux placeuses de nourrices sur lieu l'article 8 de la loi Roussel avec des modifications nouvelles ajoutées au texte de la loi. Dans le monde, un mouvement analogue s'est produit : Mmes G. Charpentier et E. Manuel fondèrent les pouponnières de Porchefontaine, de Crépy-en-Valois, etc., etc.

Après *Maternité*, le docteur Pecker créa à Maule (Seine-et-Oise) l'Association des Dames Mauloises, ayant pour objet l'accouchement à domicile des femmes pauvres; au Havre, cette idée fut suivie par le docteur Bernardberg, à Lyon par le docteur Hermann Sabran, à Briey par le docteur Giris et enfin, à Paris, M. de Kessenburg dirige l'Union française des Mères de famille, dont le but est le même.

La Société de prophylaxie sanitaire et morale fut fondée en 1901, et les travaux de cette Société, dont M. Brieux, l'auteur des *Avariés*, est un des membres très actifs, ont déjà été couronnés de succès : on va créer dans tous les hôpitaux un service spécial pour les syphilitiques avec des consultations le soir et le dimanche matin, ce qui permettra ainsi à l'ouvrier de pouvoir remplir la clause indispensable pour la guérison de sa syphilis, à savoir de se soigner régulièrement et sans se déranger ainsi de son travail.

Espérons que plus tard on examinera aussi les autres vœux de la Société de prophylaxie : installer des logettes dans les services hospitaliers pour le déshabillage des malades, faire recevoir individuellement ceux-ci par les médecins pour ménager davantage leur susceptibilité, leur distribuer enfin gratuitement des médicaments.

Comme on le voit, le théâtre de M. Brieux n'aura pas été cause d'un dommage pour le public, bien au contraire.

La pièce de M. Bruyerre, *En Paix*, provoquée par la séquestration arbitraire d'un pseudo-aliéné, trouva dans la libération consécutive de celui-ci la satisfaction qu'avait l'honneur de demander l'auteur. Il est à souhaiter que la revision de la loi de 1838 s'ensuive aussi sans que, pour cela, on soit obligé, comme le fit dernièrement un journaliste, aussi généreux qu'imprudent, d'aider à l'évasion d'un fou que l'on croit sain d'esprit, pratique condamnable et dangereuse pour la société.

Un troisième argument fut soulevé par les adversaires du théâtre médico-social, à savoir que les sujets médicaux au théâtre sont une offense à la moralité publique! Cette objection, à mon avis, ne tient pas debout et nous en ferons justice en disant avec M. Quet « qu'il doit être permis de représenter ce qu'il est permis d'imprimer et qu'il ne peut être nuisible de faire réciter ce qu'il est utile d'écrire ».

Enfin, nous conclurons en affirmant que le théâtre est un moyen de diffusion d'idées très puissant et que c'est un auxiliaire utile pour faire de la propagande et de l'enseignement. Dans une belle pièce de théâtre, le plaisir amène le spectateur à l'instruction sans qu'il s'en aperçoive, sans qu'il se fatigue et les impressions qu'il reçoit sont d'autant mieux gravées dans son esprit qu'elles sont enregistrées à la fois par les yeux et par les oreilles et qu'elles ont ainsi doublement la chance de ne pas être oubliées.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu. — M. le professeur DIEULAFOY.

La cécité hystérique.

On sait que l'hystérie a pour l'œil une prédilection bien marquée : rétrécissement du champ visuel, achromatopsie, dyschromatopsie, chevauchement des cercles colorés, scotomes, hémiopie latérale, amblyopie, amaurose unilatérale et cécité complète sont autant de troubles visuels tributaires de l'hystérie. C'est de la *cécité hystérique* qu'il sera question aujourd'hui, à propos de deux aveugles qui ont séjourné dans nos salles. Voici l'histoire de ces malades.

Le mardi 6 septembre 1904 on conduisait dans notre salle Saint-Christophe un jeune aveugle de vingt-cinq ans. Ce pauvre garçon ne distinguait même pas le jour de la nuit, la cécité était absolue. A peine eut-on commencé à l'interroger, qu'en homme qui a hâte de nous renseigner il s'empressa de nous apprendre qu'il avait eu la syphilis. « Je suis aveugle, dit-il, et j'ai eu la vérole il y a trois ans. » Et alors, sans nous faire grâce du moindre détail, il raconta qu'étant au régiment, il s'aperçut un jour de la présence d'un petit bouton sur le gland. Quelques semaines plus tard apparaissaient une roséole et des plaques muqueuses. Un médecin militaire fit le diagnostic et institua le traitement. Le soldat fut soumis pendant vingt jours aux frictions mercurielles et, plus tard, à l'iodure de potassium. Après ce traitement il rentra dans le rang, toutefois il continua à se soigner avec une scrupuleuse exactitude, prenant tantôt du mercure, tantôt de l'iodure, tant il redoutait les accidents syphilitiques. Pareille obsession explique pourquoi il nous avait fait part tout d'abord de son ancienne syphilis.

Et en effet, la syphilis attaque fréquemment l'organe de la vision (1). Qu'il s'agisse de lésions périphériques, telles que kératite, iritis, neuro-rétinite, chorio-rétinite, ou de lésions osseuses, gommeuses, scléro-gommeuses, intéressant les nerfs optiques, le chiasma, les couches optiques, les tubercules quadrijumeaux antérieurs, le cunéus, on sait que les troubles de la vue, légers ou intenses, ne sont pas rares au cours de l'infection syphilitique.

Notre premier soin fut donc de diriger nos investigations dans ce sens, afin de voir quelle part pouvait être attribuée à la syphilis dans le cas actuel. Quelques questions préalables s'imposaient : cet homme était-il devenu aveugle soudainement, ou bien la perte de la vue avait-elle été lente et graduelle ? La cécité existait-elle chez lui à l'état de symptôme isolé, ou faisait-elle partie d'un ensemble de symptômes tels que céphalée, vomissements, paralysie faciale, paralysie des nerfs oculo-moteurs, hémiplégie, crises épileptiformes, etc., symptômes qui sont si fréquents au cas de syphilome intracrânien ?

Le malade nous donna les renseignements les plus précis. C'est brusquement, en moins d'un quart d'heure, qu'il est devenu aveugle, alors qu'antérieurement sa vue était absolument bonne. La veille de son entrée dans notre service, le 5 septembre, il avait éprouvé quelques vertiges et un violent mal de tête; vers quatre heures, se sentant indisposé, il quitta son travail de maçon pour rentrer chez lui. Mais en route il perdit la vue et il fut pris d'une sorte d'amnésie, oubliant le nom des rues qu'il devait traverser. En vain demanda-t-il à des passants de lui venir en aide; on le prenait pour un ivrogne et on ne lui répondait même pas. Un gardien de la paix l'aperçoit, le prend pour un vagabond et l'emmène au poste. Là on le fait asseoir sur un banc sans s'occuper de lui. Enfin, sur ses instances réitérées, on le conduit à l'hôpital.

Pendant son récit nous examinons ses pupilles et nous les trouvons normales; les réflexes à la lumière sont bien conservés. Tous ces renseignements étaient pour nous de premier ordre, et déjà, avant même de connaître le résultat de l'examen ophtalmoscopique, nous pouvions affirmer que la cécité de notre malade n'était pas due à des lésions syphilitiques. Ce n'est pas ainsi que procède la syphilis. La cécité syphilitique (du reste assez rare) n'a pas cette soudaineté. Le syphilome intracrânien n'abolit pas la vision tout à coup; il procède avec plus de lenteur, et, à supposer des lésions intracrâniennes capables d'aboutir à la cécité, ces lésions n'évoluent pas sans déterminer quelques-uns des symptômes satellites que j'énumérais il y a un instant. Or, rien de tout cela n'existait chez notre aveugle. Du reste, l'intégrité absolue des yeux fut démontrée par l'examen à l'ophtalmoscope, pratiqué par M. Terrien.

Pour toutes ces raisons, nous rejetâmes l'hypothèse de lésions syphilitiques, comme aussi de toute tumeur intracrânienne, de quelque nature qu'elle fût. L'état des pupilles, la conservation des réflexes lumineux, l'intégrité des milieux de l'œil nous permettaient d'être aussi absolus dans notre diagnostic. Pour des raisons que nous exposerons plus loin, en discutant les causes des cécités, nous éliminâmes également le groupe des cécités par intoxication (alcool, plomb, nicotine, urémie).

Restait une cause à laquelle il faut toujours penser, quand il s'agit de cécité soudaine ; je veux parler de l'hystérie. Cet homme n'était-il pas atteint de cécité hystérique ? La réponse eût été facile si la cécité avait fait suite à une attaque d'hystérie; mais nous avons eu beau rechercher des signes d'hystérie, nous n'en avons trouvé aucun : pas d'attaque convulsive, pas d'hémiplégie, pas de contractures, pas d'hémianesthésie, pas d'anesthésie sensorielle, pas d'anesthésie des paupières et des cornées, pas de zones hystérogènes, rien, en un mot, qui rappelât l'hystérie et qui pût confirmer ce diagnostic. Et cependant j'avais la conviction qu'il s'agissait bien ici de cécité hystérique.

Nous avons alors fouillé le passé de cet homme, et voici ce que nous avons appris : à dix-huit ans, il s'éprend follement de la fille de son patron, il la demande en mariage, on la lui refuse et il l'enlève. Plus tard, au moment où les parents allaient consentir au mariage, il faut partir pour le service militaire. Sur ces entrefaites, le jeune homme apprend que sa fiancée mène une vie des plus déréglées ; il en éprouve un coup terrible, et il est pris « d'une attaque de nerfs ». Son caractère change ; il fréquente les filles et il prend la vérole. A sa sortie du régiment, il a des moments d'absence, « son caractère est tout changé », et, en fin de compte, survient le brusque épisode de la cécité.

En somme, l'état mental de ce garçon avait subi un rude assaut et « l'attaque de nerfs » qu'il eut au régiment fut sans doute une attaque d'hystérie. Ajoutons à cela la syphilis, dont le rôle provocateur est bien connu, et nous aurons les facteurs qui ont engendré la névrose, dont la cécité soudaine fut, en dernier lieu, une manifestation monosymptomatique.

Cet hystérique est devenu brusquement aveugle, comme d'autres hystériques deviennent brusquement sourds, aphasiques, muets, hémianesthésiques, hémiplégiques, et ces manifestations diverses de l'hystérie, cécité, surdité, mutisme, aphasie, paralysie, peuvent exister soit isolées, soit combinées. Je portai donc le diagnostic de cécité hystérique, je rassurai ce pauvre garçon, qui se lamentait sur son état, je lui promis qu'il retrouverait complètement la vue et j'instituai le traitement suivant : un fort aimant est appliqué sur le côté gauche; quelques jours plus tard, l'œil gauche distingue la clarté du jour. Je prescris des pilules de *mica panis*, afin d'agir par suggestion, et je promets au malade qu'en une semaine il aura recouvré la vue. Le 12 septembre, les couleurs blanc et bleu sont perçues. L'aimant est toujours en place. Bientôt, le malade peut lire les gros caractères d'un journal et, le 22 septembre, la guérison est complète.

Dès que notre homme eut recouvré la vue, on examina l'état de son champ visuel. C'était un moyen de confirmer le diagnostic et de déjouer toute supercherie dans le cas peu probable où le malade nous eût trompés. L'examen fut fait par M. Terrien et confirma l'existence de l'hystérie. On constata aux deux yeux un fort rétrécissement du champ visuel. Les cercles du bleu, du rouge et surtout du vert étaient très rétrécis ; de plus, le bleu et le rouge chevauchaient l'un sur l'autre, au lieu de former des cercles concentriques distincts.

Cet homme demanda sa sortie et il reprit son travail, mais, six semaines plus tard, il fut de nouveau brusquement atteint de cécité. Il revint dans notre service et resta complètement aveugle pendant une quinzaine de jours, puis la vue reparut et les modifications du champ visuel persistèrent sans aucun changement.

Ce qui caractérise cette observation, c'est l'apparition de la cécité à l'état d'hystérie locale, monosymptomatique, sans autre manifestation hystérique concomitante. Dans le cas suivant, nous allons voir la cécité associée à l'hémiplégie et aux contractures. Voici le fait :

Le 6 mars dernier on conduisait dans notre salle Sainte-Jeanne une femme de quarante-quatre ans, complètement aveugle. Nous la trouvons blottie dans son lit, les yeux fermés et indifférente à ce qui se passe autour d'elle. Aux questions qu'on lui adresse, elle répond à peine et avec mauvaise humeur. Nous apprenons cependant qu'elle a perdu la vue brusquement il y a cinq semaines dans les conditions suivantes :

C'était le samedi 4 février, elle avait depuis le matin un fort mal de tête, quand tout à coup elle fut prise d'étourdissement et tomba sans connaissance sur le palier de son escalier. Des voisines la relevèrent et la couchèrent dans son lit. Quant elle revint à elle, la vue était complètement perdue. Le lendemain dimanche, la cécité et la céphalée persistèrent et dans la nuit survinrent des vomissements réitérés.

Les jours suivants la céphalée fut terrible et l'aveugle entra dans le service de M. de Lapersonne; mais une hémiplégie gauche s'étant déclarée elle voulut retourner chez elle où elle resta quatre semaines, toujours privée de la vue et paralysée. C'est alors qu'elle vint dans notre service.

Nous l'examinons; elle est complètement aveugle; néanmoins, chose importante, les réflexes pupillaires sont conservés à la lumière du jour et à la lumière artificielle, à l'examen direct comme à l'examen consensuel. Il y a donc intégrité de la voie centripète du réflexe lumineux, c'est-à-dire intégrité du nerf optique. M. Terrien examine à l'ophtalmoscope le fond de l'œil et la papille du nerf optique, tout est normal; la papille a sa coloration rosée ordinaire, et les vaisseaux ont leur calibre habituel. En résumé, cécité complète à début brusque, conservation du réflexe pupillaire à la lumière et intégrité du fond de l'œil, tel était le résultat de nos investigations. Ici, comme chez notre précédent malade, ces constatations répondaient au syndrome que je désigne du nom de « triade symptomatique de la cécité hystérique ». Nous portons donc chez cette aveugle, comme chez l'aveugle de la salle Saint-Christophe, le diagnostic de cécité hystérique.

Cette femme, avons-nous dit, avait été atteinte d'hémiplégie gauche peu de temps après sa cécité. L'hémiplégie respecte la face, mais le bras et la jambe sont complètement paralysés.

(1) A. FOURNIER. Syphilis du cerveau, p. 389. Paris, 1879.
F. TERRIEN. Syphilis de l'œil et de ses annexes. Paris, 1905.

C'est une hémiplégie flasque qui dure actuellement depuis quatre semaines. Par la flexion du coude, nous pouvons apprécier la tonicité musculaire de l'avant-bras et du bras, que nous trouvons égale à droite et à gauche. Le peaucier se contracte également bien des deux côtés. L'excitation de la plante du pied provoque le réflexe des orteils *en flexion*, un peu moins à gauche qu'à droite; il n'y a donc pas de signe de Babinski. Ces constatations éloignent l'hypothèse d'une hémiplégie organique et prouvent que cette hémiplégie est hystérique comme la cécité.

D'autres signes confirment encore le diagnostic d'hémiplégie hystérique. Ainsi on constate une hémianesthésie gauche à la face, au tronc, à la racine et à l'extrémité des membres. Cette anesthésie s'arrête exactement à la ligne médiane du corps, elle est absolue au toucher, à la piqûre, à la chaleur et au froid. Elle atteint également le goût, l'odorat et l'audition du côté gauche. C'est là une hémianesthésie sensitivo-sensorielle comme on n'en observe que dans l'hystérie.

Signalons encore chez cette femme des contractures hystériques. Ainsi, quand on lui fait tirer la langue, l'organe se dévie fortement à gauche; ce n'est pas une déviation paralytique, c'est une contracture à laquelle les lèvres ne participent pas. Elle présente encore d'autres contractures qui ont dans le cas actuel un intérêt particulier. Elle tient obstinément les yeux fermés et, si on lui demande de les ouvrir, elle fait un grand effort, elle entr'ouvre les paupières et en même temps on peut voir les globes oculaires se dévier très fortement à droite par saccades successives. Simultanément les sourcils se froncent et la tête est entraînée à droite par contracture saccadée des muscles du cou. Cette déviation de la tête et des yeux n'est pas permanente, elle ne se produit qu'au moment des efforts faits par la malade pour ouvrir les yeux. Il résulte de ces différentes contractures simultanées une attitude spéciale sur laquelle je reviendrai plus loin.

La ponction lombaire vint compléter le diagnostic : elle donna issue à un liquide limpide dans lequel le cytodiagnostic ne révéla la présence d'aucun élément cellulaire.

Aimantation, électrisation, préparations bromurées, suggestion furent mises en œuvre sans le moindre résultat; la cécité, les contractures de la langue, de la tête et des yeux persistèrent sans aucune amélioration.

Le 26 juillet se place un incident important dans l'histoire de la malade. Vers huit heures du matin, une femme de la salle Sainte-Jeanne court à une fenêtre ouverte, se jette dans la cour et se tue sur le coup. On remonte le cadavre dans la salle, au grand émoi de toutes les malades. Notre aveugle pousse un grand cri et perd connaissance. Au même instant, mon chef de clinique, M. Crouzon, entre dans la salle et assiste à une attaque de grande hystérie qui dure quelques minutes et pendant laquelle il constate la disparition de l'hémiplégie gauche. La malade raidit ses membres et leur imprime alternativement des mouvements de flexion et d'extension sans aucune secousse clonique; par moment elle se courbe en arc de cercle ou encore elle prend les attitudes passionnelles de l'hystérie.

Pendant la crise, la sensibilité est égale à la plante des deux pieds, le réflexe des orteils en flexion s'y fait de même manière, tandis que, la crise terminée, la plante du pied gauche récupère son anesthésie et le réflexe de l'orteil en flexion est plus difficile à mettre en jeu.

On s'est aperçu à ce moment que la malade avait uriné sous elle. Malgré l'adjonction de quelques signes qui ne sont pas habituels à l'hystérie (cri initial, morsure de la langue, émission d'urines), nous avons l'impression très nette que la malade a eu une crise de grande hystérie : la crise éclatant à la suite d'une émotion, les attitudes caractéristiques, l'absence de clonus et de stertor, du signe de Babinski, tout nous conduit à ce diagnostic.

Il était intéressant de savoir si notre aveugle avait recouvré la vue sous l'influence de son attaque d'hystérie, ainsi que cela a été constaté plusieurs fois, mais nous n'avons pas eu cette satisfaction; dès que les paupières ont été soulevées, les deux yeux contracturés se sont déviés vers la droite et la cécité est restée aussi absolue que par le passé.

A la longue, cette femme, devenue plus confiante, nous a mis au courant de sa vie. A l'âge de dix ans, elle eut une première attaque d'hystérie à la vue d'un homme assassiné. A seize ans, elle resta cinq mois à l'hôpital de Rennes à cause de « ses attaques de nerfs ». A dix-neuf ans, en proie à une crise avec délire, elle se jeta dans la rue et se fractura les deux jambes. De dix-neuf à vingt-neuf ans, elle entra plusieurs fois à l'hôpital de Rennes; ses crises furent souvent accompagnées de délire et elle prit l'habitude de la morphine. A vingt-neuf ans, à l'asile de Saint-Méen, près Rennes, elle aurait été placée dans la section des épileptiques. Depuis lors, elle a séjourné dans différents hôpitaux, à Caen, à Bordeaux (dans le service de M. Pitres). Enfin, la brusque cécité dont elle est atteinte serait survenue, au dire de sa sœur, à la suite d'une attaque de nerfs. Cette cécité dure actuellement depuis dix mois; combien de temps durera-t-elle encore? C'est une question à laquelle il n'est pas possible de répondre. Les mouvements commencent à reparaître dans les membres hémiplégiés.

Telle est l'observation de nos deux aveugles hytériques. Chez l'un la cécité a été de courte durée, sans aucune autre manifestation de l'hystérie. Chez l'autre la cécité dure depuis dix mois au milieu d'un cortège de symptômes hystériques. Ces deux cas pourraient nous suffire à la rigueur pour amorcer l'histoire générale de la cécité hystérique, mais il est d'autres faits où le tableau clinique revêt des aspects si divers, qu'il nous paraît préférable d'esquisser encore quelques observations.

Dans celle de MM. Dujardin-Beaumetz et Abadie (1), l'anesthésie généralisée fut le symptôme satellite de la cécité hystérique. Voici le cas : une jeune fille de seize ans est prise de mal de tête vers cinq heures du soir; elle va se coucher et le lendemain elle se réveille complètement aveugle. M. Abadie l'examine à l'ophtalmoscope et constate l'intégrité des yeux. Toute la surface du corps est absolument anesthésiée et analgésiée. On fait le diagnostic de cécité hystérique. La cécité dura deux mois, et après la guérison on constata un rétrécissement hystérique du champ visuel.

Dans l'observation de M. Cruchet (2), l'hémiparésie gauche, l'hémianesthésie, la perte du goût, de l'odorat et de l'ouïe du côté gauche, accompagnaient la cécité hystérique : pendant une récréation, et sans cause apparente, une fillette de douze ans devient subitement aveugle. Elle présente en même temps une céphalalgie intense avec vomissements, si bien qu'on émet l'hypothèse de troubles méningés. L'examen à l'ophtalmoscope dénote l'intégrité complète des yeux; le réflexe à la lumière est normal. Cinq jours plus tard, la cécité disparaît subitement à la vue d'une étiquette rouge. On constate alors le rétrécissement du champ visuel et l'inversion des couleurs. Trois semaines après survient une nouvelle attaque de cécité hystérique accompagnée d'hémianesthésie gauche avec hémiparésie. La cécité cède en quelques jours, mais reparaît bientôt. En plusieurs mois, la fillette eut ainsi neuf attaques de cécité plus ou moins prolongée et, chose étonnante, la cécité disparaissait chaque fois à la vue d'un objet rouge. Mais si l'on traitait intentionnellement la cécité de la petite malade en plaçant devant ses yeux des objets rouges, on n'obtenait aucun résultat.

Dans l'observation de M. Cartaz (1), une surdité absolue fut le symptôme satellite de la cécité hystérique : une femme de trente-cinq ans, ayant éprouvé une forte émotion, éclate en sanglots et est prise de spasmes nerveux. Elle se couche et le lendemain matin, au réveil, elle se met en colère contre sa femme de chambre qui la laisse plongée dans l'obscurité et qui ne répond pas à ses questions. En réalité, la femme de chambre avait ouvert fenêtres et rideaux et répondait fort bien aux questions, mais Madame était devenue subitement aveugle et sourde. Un médecin fut appelé et constata l'intégrité des yeux et des oreilles. La surface du corps était fortement hyperesthésiée. On pratiqua le traitement de l'hystérie; on appliqua des aimants des deux côtés du corps; l'hyperesthésie disparut et le lendemain la vue et l'ouïe reparurent presque subitement.

L'observation de M. Marinesco (2) concerne une jeune fille de quinze ans, ayant eu déjà des manifestations hystériques, et qui fut prise successivement de cécité, de surdité, de mutisme, de légère aphasie et d'œsophagisme. La cécité et la surdité étaient absolues, et cependant la jeune hystérique passait des heures au piano et jouait avec perfection ses airs favoris. L'œsophagisme fut si violent qu'il fallut pratiquer le cathétérisme pour alimenter la malade. Quinze jours plus tard, la douche aidant, la cécité et la surdité disparurent brusquement et la jeune fille quittait l'hôpital, n'ayant plus aucun stigmate d'hystérie.

Le fait relaté par M. Bourlier (3) a trait à une femme de trente ans, qui est prise subitement de cécité pendant qu'elle remplit un seau d'eau. Dix jours après la vue revient aussi soudainement qu'elle avait disparu. Six mois plus tard, en sortant de table, la malade éprouve tout à coup une violente céphalalgie; c'est à peine si elle a le temps de se rendre chez sa voisine, où elle est prise de mutisme complet en même temps que d'hémiplégie droite, de cécité et de surdité absolues. La voilà donc muette, sourde, aveugle et paralysée. Le lendemain, perte de l'odorat et œsophagisme. La surdité disparaît, mais la cécité et le mutisme persistent. Cette femme tient les paupières fermées, et, quand on les écarte, on constate que le globe oculaire se porte en bas par contracture du droit inférieur; par moments, le globe de l'œil roule dans toutes les directions. Les cornées et les sclérotiques sont insensibles. Le 8 décembre éclate une crise d'hystérie avec spasmes rythmiques gesticulatoires. Après le dernier spasme, la malade pousse un soupir, elle se frappe la tête et le corps, puis tout à coup elle s'écrie : « J'y vois ». La cécité avait brusquement disparu.

M. Mendel (4) a observé une jeune fille qui se plaignait de céphalalgie continuelle et violente au front et aux tempes. Cette douleur devint épouvantable, et la jeune fille perdit la vue soudainement. Les pupilles étaient égales des deux côtés, elles réagissaient à la lumière et l'examen ophtalmoscopique dénotait l'intégrité de l'œil. L'insomnie était absolue. Cinq mois

(1) Dujardin-Beaumetz et Ch. Abadie. Cécité hystérique; amélioration par la métallothérapie et les applications d'aimants; disparition complète des troubles visuels sous l'influence de l'électricité statique. (*Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 9 mai 1879, p. 145.)

(2) R. Cruchet. Hystérie juvénile chez une fillette de douze ans; hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche complète; neuf crises d'amaurose double absolue; perversion de la vision binoculaire; discussion. (*Arch. de neurol.*, sept. 1901, p. 177.)

(1) Cartaz, *in* F. Chavanne. Oreille et hystérie. (*Thèse de Lyon*, 1901, p. 159.)

(2) G. Marinesco. Un cas de surdi-cécité avec œsophagisme chez une hystérique; guérison rapide par l'isolement. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 24 mars 1899, p. 366, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 110.)

(3) Bourlier. (*Bull. méd. de l'Algérie*, oct. 1894.)

(4) E. Mendel. Ueber hysterische Amaurose. (*Deutsche Zeitsch. f. prakt. Med.*, 1874, I, p. 403.)

plus tard, la cécité durant toujours, la malade fut prise d'agitation nerveuse et « d'attaques de manie » pendant lesquelles elle chantait, criait et frappait portes et fenêtres. Des accès de rire involontaires alternaient avec des crises de larmes. Une nuit, la jeune fille eut du délire et des hallucinations; le lendemain, elle eut la joie de recouvrer la vue; elle avait été aveugle pendant neuf mois.

J'arrête là les citations; entreprenons maintenant dans son ensemble l'étude de la cécité hystérique. Il est entendu que nous laissons de côté l'amaurose unilatérale et l'amblyopie hystériques, nous ne visons ici que la cécité.

Cette cécité hystérique est commune à l'homme et à la femme. M. Kernéis (1), dans son excellente thèse, en a réuni 34 cas, auxquels s'ajoutent l'observation d'Addison (2), les 2 de M. Dupuy-Dutemps (3), celle de M. Chavasse (4), 11 de celles qui ont été rassemblées dans le travail de M. Kron (5), une de M. Vetter (6), une de M. Le Roux (7), une de M. Hirsch (8), 2 de M. Teillais (9), une de MM. Léger, Lecornu et Le Roux (10), une de M. Stewart (11), une de M. Luengo (12), et nos 2 faits personnels, en tout 59 cas venus à ma connaissance.

Sur ces 59 observations, il en est 5, y compris l'une des nôtres, où la cécité hystérique est apparue à l'état de manifestation hystérique isolée — hystérie monosymptomatique — chez des sujets en apparence indemnes de tout stigmate hystérique. Pour qui ne connaît pas la question, ce fait paraît étrange, et cependant il est exact: on peut être frappé de cécité hystérique sans qu'aucune autre manifestation de l'hystérie soit là pour aider au diagnostic, et néanmoins il est possible d'arriver à ce diagnostic, ainsi que nous l'établirons plus loin.

Habituellement, la cécité hystérique est associée à d'autres manifestations de l'hystérie. Parfois, elle fait suite à une crise hystérique, et telle personne dont la vue était excellente sort de son attaque complètement aveugle. Dans bon nombre d'observations, l'hémianesthésie, l'anesthésie de la cornée et du pharynx, l'hémiplégie, la perte du goût et de l'odorat, la surdité, le mutisme, l'œsophagisme, les contractures, etc., sont satellites de la cécité. L'un est aveugle et hémiplégique (comme notre femme de la salle Sainte-Jeanne), l'autre est aveugle et sourd, un troisième est aveugle, muet, sourd et paralysé. Le tableau clinique est des plus variés.

Un des caractères de la cécité hystérique, c'est sa soudaineté; elle survient brusquement ou, du moins, très rapidement, alors que rien ne la faisait prévoir. Ainsi, notre garçon de la salle Saint-Christophe a perdu la vue en moins d'un quart d'heure; la femme de la salle Sainte-Jeanne est devenue soudainement aveugle; la jeune malade de MM. Dujardin-Beaumetz et Abadie se coucha un peu souffrante et se réveilla le lendemain complètement aveugle; le malade de M. Glascoot (1) était à son travail quand il fut subitement plongé dans l'obscurité; un jeune homme dont M. Marlow (2) a rapporté l'observation perdit subitement la vue au moment où il rentrait chez lui; la fillette dont parle M. Cruchet devint subitement aveugle; la malade de M. Bourlier perdit brusquement la vue pendant qu'elle remplissait un seau d'eau. L'apparition rapide et même soudaine de la cécité est donc un des caractères dominants de la cécité hystérique. Parfois cependant, l'amaurose peut n'être totale qu'après plusieurs heures et plus longtemps encore. Mentionnons les cas exceptionnels où l'amaurose est d'abord unilatérale avant d'atteindre les deux yeux.

La cécité hystérique est absolue. Les observations où le malade est signalé comme pouvant percevoir quelques rayons lumineux sont extrêmement rares; l'aveugle hystérique est plongé dans les ténèbres, quelle que soit l'intensité de la lumière qu'on dirige devant ses yeux.

Un caractère important de la cécité hystérique, c'est la conservation du réflexe pupillaire à la lumière naturelle et à la lumière artificielle, alors que le sujet est incapable de percevoir le moindre rayon lumineux. Ce réflexe existait chez nos deux malades. Dans quelques cas, cependant, le réflexe pupillaire est diminué et la pupille est contractée ou dilatée, mais l'absence totale du réflexe est extrêmement rare.

Il est un caractère fondamental de la cécité hystérique, c'est l'intégrité des milieux de l'œil et celle de la rétine. Ces renseignements fournis par l'examen ophtalmoscopique ont une valeur de premier ordre.

J'ai dit que la cécité hystérique survient sans prodromes. Cependant, il est un symptôme précurseur sur lequel il convient d'insister particulièrement, c'est la céphalée. Ainsi, avant de devenir aveugle, notre malade de la salle Saint-Christophe éprouva des maux de tête violents et, comme cet homme avait eu la syphilis, on aurait pu penser à une céphalée syphilitique, ce qui n'était pas. Chez la femme de la salle Sainte-Jeanne, une céphalalgie fort intense accompagna la cécité et depuis dix mois cette céphalalgie n'a pas disparu. La céphalée est signalée à chaque instant dans les observations : la jeune fille de l'observation de M. Mendel eut une céphalalgie violente qui devint « épouvantable » au moment où se déclara la cécité; la fillette observée par M. Cruchet eut une céphalalgie intense au moment où elle fut frappée de cécité, et comme cette céphalalgie fut accompagnée de vomissements le médecin émit au premier abord l'hypothèse de troubles méningés; la femme dont M. Bourlier relate l'histoire fut prise brusquement d'une céphalalgie violente et aussitôt après elle devint aveugle, sourde, muette et paralysée; la jeune fille dont parle M. Saint-Ange (3) fut prise d'une céphalée violente quelques jours avant l'apparition de la cécité. En somme, la céphalée est, dans bien des cas, un symptôme précurseur de la cécité : elle peut se montrer quelques heures, plusieurs jours avant la perte de la vue; elle n'est sans doute qu'une manifestation de l'hystérie, mais il est certain qu'elle est très souvent associée à la cécité. Dès 1840, Hocken, à qui ce fait n'avait pas échappé, considérait la céphalalgie comme un prodrome constant de la cécité hystérique. Cette céphalée n'a pas un siège fixe, elle occupe indistinctement les régions frontale, temporale et occipitale. Il faut la connaître afin de ne pas la mettre à l'actif d'une tumeur cérébrale ou d'une méningite, alors qu'elle est un satellite de la cécité hystérique.

Il est un autre symptôme qui accompagne très fréquemment la cécité hystérique, c'est la contracture des muscles oculo-moteurs. D'une façon générale, les contractures ne sont pas rares chez les aveugles hystériques; notre femme a eu pendant dix mois une contracture de la langue qui persiste encore; on a signalé la contracture des masséters (Alègre, Marinesco), de l'œsophage (Bourlier, Marinesco), des fléchisseurs de la jambe et de l'avant-bras, (Alègre); mais les contractures les plus fréquentes sont celles des muscles moteurs de l'œil. Bon nombre d'aveugles hystériques tiennent leurs yeux obstinément fermés, à l'instar des gens atteints de kérato-conjonctivite, qui, eux, gardent leurs paupières closes parce qu'ils redoutent la lumière. Notre aveugle de la salle Sainte-Jeanne est un modèle du genre; non seulement elle a les yeux toujours fermés, mais ses paupières sont contractées par un état spasmodique du muscle orbiculaire. Si on lui commande d'ouvrir les yeux, elle fait un effort pour vaincre la contracture de l'orbiculaire et ses paupières se soulèvent péniblement par saccades; encore même les yeux ne s'ouvrent-ils pas complètement. Pendant cet effort, la région intersourcilière se fronce et s'abaisse par contracture des muscles sourciliers et pyramidaux. En même temps, les globes oculaires sont entraînés violemment à droite par la contracture saccadée du muscle droit externe pour l'œil droit et du muscle droit interne pour l'œil gauche. Cette déviation des globes oculaires à droite est accompagnée de la contracture saccadée des muscles du cou, qui attire fortement la tête du côté droit; c'est donc une déviation conjuguée de la tête et des yeux. On obtient la même série de contractures si l'on soulève avec les doigts la paupière de la malade. Tout cesse dès que les yeux sont de nouveau fermés. Nous avons répété l'expérience un grand nombre de fois et nous avons toujours obtenu le même résultat. Les traits de la physionomie et l'attitude de l'aveugle sont à ce moment si caractéristiques que, sans autre information, je n'hésiterais pas, le cas échéant, à diagnostiquer d'emblée la cécité hystérique.

Du reste, il ne s'agit pas là d'un fait isolé, et je peux citer plusieurs cas comparables à celui de notre malade. Chez la jeune hystérique observée par M. Saint-Ange, et qui perdit la vue presque soudainement, on constate « que les paupières recouvrent complètement le globe de l'œil : il y a un état de spasme de l'orbiculaire, spasme auquel participent les muscles sourciliers et pyramidaux. En soulevant les paupières, on provoque une déviation des globes oculaires qui sont fortement attirés des deux côtés vers l'angle interne des paupières avec mouvements saccadés dans le sens horizontal ». L'auteur attribue cet état à un certain degré de photophobie, bien que la cécité fût absolue. Or, il n'y avait aucune photophobie chez notre femme et, cependant, les contractures de l'orbiculaire, des oculo-moteurs, des sourciliers et des pyramidaux existaient au grand complet.

MM. Lewy et Mendel ont publié l'observation (1) d'une femme hystérique qui fut plu-

(1) Kernéis. Etude sur la cécité hystérique ou amaurose hystérique totale et bilatérale. (*Thèse de Bordeaux*, 1902.)

(2) A collection of the published writings of Thomas Addison, edited by Dr. Wilks and Dr. Daldy. Londres, 1868.

(3) Dupuy-Dutemps. Deux cas de cécité complète persistante, sans lésions ophtalmoscopiques, consécutive à de très légers traumatismes de la région oculaire; hystéro-traumatisme. (*Bull. et Mém. de la Soc. française d'ophtalmol.*, 1902, p. 456.)

(4) Chavasse. (*Bull. et Mém. de la Soc. française d'ophtalmol.*, 1902, p. 464.)

(5) H. Kron. Ueber hysterische Blindheit. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 16 juillet 1902.) — Ces 11 faits appartiennent à Abernethy, Emmert, Howship, Magnus, Mas, Mauthner, Monneret, Müller, Tyrret, de Wecker et Wolfberg.

(6) Vetter. Ein Fall von doppelseitiger hysterischer Amaurose. (*Klin. Monatsblätter f. Augenheilk.*, 1903, XLI, fasc. suppl., p. 355.)

(7) Le Roux. Amaurose hystérique totale et bilatérale. (*Arch. d'ophtalmol.*, déc. 1903.)

(8) C. Hirsch. Hysterische Blindheit. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 avril 1904, p. 184.)

(9) Teillais. De l'hystéro-traumatisme oculaire. (*Gaz. méd. de Nantes*, 18 et 25 juin 1904.)

(10) P. Léger, Lecornu et Le Roux. Deux cas de grande hystérie : 1° hémiplégie avec anesthésie sensitivo-sensorielle; 2° hystéro-traumatisme avec contracture et anesthésie généralisées, amaurose totale et bilatérale. (*Année méd. de Caen*, oct. 1904, p. 141.)

(11) Purves Stewart. (*Clinical Soc. of London*, séance du 24 février 1905, *in Lancet*, 4 mars 1905, p. 571.)

(12) P. Luengo. Ceguera instantánea de naturaleza histérica. (*Rev. de med. y cirugia práct.*, 14 oct. 1905, p. 49.)

(1) E. Glascoot. Case of amaurosis fugax. (*Brit. Med. Journ.*, 19 juillet 1879, p. 84.)

(2) Marlow. Hysterical blindness in the male. (*New York Med. Journ.*, 9 fév. 1889.)

(3) L. Saint-Ange. Contribution à l'étude de la cécité hystérique. (*Rev. méd. de Toulouse*, 15 mars 1884, p. 163.)

(1) J. Lewy. Ueber hysterische Amaurose. (*Thèse de Berlin*, 1890.)

sieurs fois atteinte de cécité. Tant que durait la cécité, les yeux étaient largement ouverts, même pendant le sommeil, sans qu'il fût possible d'obtenir le clignement, et, après qu'on avait abaissé la paupière avec les doigts, celle-ci remontait aussitôt dans la position de la lagophtalmie; il y avait donc contracture permanente du releveur de la paupière. Les globes oculaires étaient déviés et immobilisés en haut et à gauche (contracture des oculomoteurs correspondants) sans qu'aucun mouvement de l'œil fût possible; la tête était un peu inclinée à gauche; il y avait ainsi déviation de la tête et des yeux, comme chez notre femme, avec cette différence que chez cette dernière les paupières sont toujours fermées (contracture de l'orbiculaire), tandis que chez la malade de MM. Lewy et Mendel les paupières étaient toujours ouvertes (contracture du releveur).

Dans l'observation (1) de J. Hardwicke, il est question d'une jeune hystérique qui devint aveugle presque subitement. On avait peine à soulever sa paupière supérieure et, quand on y parvenait, on trouvait le globe oculaire fortement dévié vers l'angle interne de l'orbite.

L'aveugle hystérique observée par M. Bourlier tenait ses yeux à moitié fermés et ne pouvait d'elle-même les ouvrir. On éprouvait même une certaine peine à entr'ouvrir la fente palpébrale et, en tenant les paupières écartées, on constatait que le globe oculaire était dévié en bas par contracture du muscle droit inférieur de l'œil.

Dans les observations réunies par M. Kron, les contractures des muscles oculaires sont notées six fois avec des formes de strabisme variées.

Tous ces faits prouvent que la cécité hystérique est parfois accompagnée de contractures oculaires et péri-oculaires qui donnent à cette cécité une physionomie toute particulière; l'occlusion des paupières avec spasme de l'orbiculaire et la déviation des globes oculaires en sont les caractères les plus fréquents.

La cécité hystérique a une durée variable. Elle persiste quelques heures, plusieurs jours, un mois, quatre mois (Saint-Ange), neuf mois (Mendel), dix-huit mois (Oppenheim); elle dure depuis dix mois chez notre malade. Les récidives ne sont pas très rares, on peut voir survenir plusieurs crises de cécité à intervalles plus ou moins éloignés; ainsi, notre homme fut deux fois aveugle à deux mois d'intervalle; la fillette dont M. Cruchet a publié l'observation eut neuf crises de cécité en quelques mois; la malade de M. Bourlier fut deux fois aveugle en cinq mois.

Quand nous sommes consultés par ces pauvres aveugles, ils nous questionnent avec anxiété sur la durée probable de leur supplice; ils veulent savoir s'ils retrouveront bientôt la lumière, mais il nous est impossible de répondre à leur question, car nous ne possédons aucun signe qui nous permette de savoir si la cécité hystérique va bientôt guérir ou si elle se prolongera des semaines et des mois. On dirait que tout est livré au hasard. Parfois la cécité disparaît brusquement sans qu'on sache pourquoi; dans quelques circonstances, elle cesse soudainement à la suite d'une attaque d'hystérie, comme dans les cas signalés par Alègre (2) et par M. Bourlier; toutefois, l'attaque d'hystérie n'est pas toujours le signal de la délivrance, témoin notre femme, dont la cécité ne fut en rien modifiée après une violente attaque d'hystérie.

Assez fréquemment la vue reparaît aussi soudainement qu'elle avait disparu; néanmoins, chez quelques aveugles, comme chez notre première malade, la vue revient lentement, progressivement, dans un œil ou dans les deux yeux.

Le pronostic de la cécité hystérique est bénin, ce qui veut dire que cette cécité (abstraction faite du traumatisme) n'est pas irrémédiable comme d'autres cécités; elle peut durer, il est vrai, plus ou moins longtemps, mais un moment vient où la vue reparaît dans toute son intégrité. Il est donc bien important de savoir en faire le diagnostic, car c'est une grande consolation pour un aveugle de savoir qu'il recouvrera la vue. Dans quelques cas ce diagnostic est fort simplifié : ainsi, lorsqu'un individu (homme ou femme), dont la vue avait été jusque-là normale, devient aveugle à la suite d'une attaque d'hystérie, il est évident que sa cécité est de nature hystérique. Lorsqu'un individu (homme ou femme), dont la vue avait été jusque-là normale, devient soudainement aveugle, et si l'on constate en même temps des signes indubitables d'hystérie, tels que, hémianesthésie sensitivo-sensorielle, zones hystérogènes, etc., on peut encore mettre la cécité sur le compte de l'hystérie.

Mais les choses sont loin d'être toujours aussi simples. La cécité peut survenir chez des gens dont les stigmates hystériques sont à peine ébauchés; elle peut même apparaître, à l'état d'hystérie monosymptomatique, chez des personnes indemnes de toute autre manifestation hystérique; d'autre part, il se peut qu'un sujet entaché d'hystérie soit en même temps syphilitique, alcoolique, saturnin, et l'on sait que les troubles de la vue ne sont pas rares au cours de ces intoxications. Alors sur quels signes, sur quels symptômes baserez-vous le diagnostic de la cécité hystérique? Je vais vous le dire.

Sous le nom de *triade symptomatique de la cécité hystérique*, je réunis les symptômes qui permettent d'arriver au diagnostic, même dans les cas difficiles. Ces symptômes sont les suivants : soudaineté de la cécité, conservation du réflexe pupillaire à la lumière et intégrité des milieux de l'œil et de la rétine. Un aveugle (homme ou femme) se présente-t-il à vous avec une cécité à début brusque, avec conservation du réflexe lumineux et intégrité des milieux de l'œil, vérifiée à l'ophtalmoscope, vous n'avez pas besoin d'en savoir plus long, et, avant même de poursuivre votre interrogatoire, cet aveugle fût-il indemne de toute tare hystérique, vous pouvez affirmer que sa cécité est hystérique.

Cette affirmation est-elle absolument exacte, et ne trouverait-on pas des cécités d'un autre genre, susceptibles, elles aussi, de déterminer la même triade symptomatique? C'est ce que nous allons examiner.

La cécité qui est consécutive aux tumeurs et aux lésions de l'encéphale, y compris la syphilis, est loin de présenter les caractères fondamentaux de la triade; la perte de la vue n'a pas la même soudaineté, le réflexe lumineux n'est pas conservé et les milieux de l'œil ne sont pas indemnes, sans compter que bon nombre d'autres symptômes, tels que vomissements, paralysie des nerfs crâniens, hémiplégie organique, etc., accompagnent souvent l'évolution de la lésion encéphalique.

Il est pourtant des lésions de l'encéphale qui peuvent susciter une cécité dont les caractères se rapprochent beaucoup de la triade symptomatique de la cécité hystérique; ce sont les lésions combinées (hémorrhagie, ramollissement, etc.) qui atteignent les deux lobes occipitaux ou certaines régions de ces lobes au niveau des origines corticales ou sur le parcours des deux tractus optiques. M. Chauffard a fait une remarquable étude de cette cécité à laquelle il donne le nom d'anopsie corticale (1). En analysant les quelques observations connues, il établit que cette cécité se fait en deux temps (un seul cas excepté) : il y a un premier ictus avec hémianopsie unilatérale habituellement ignorée du malade, puis un second ictus avec hémianopsie de l'autre côté. Cette hémianopsie bilatérale provoque l'anopsie, c'est-à-dire la cécité brusque avec conservation du réflexe lumineux et intégrité des milieux de l'œil. Ces caractères rappellent la cécité hystérique, mais quelle différence dans le tableau clinique présenté par les malades! Ces gens frappés d'anopsie corticale sont des vieillards, des paralytiques généraux; ils sont parfois atteints simultanément d'autres lésions cérébrales (foyers de ramollissement), avec hémiplégie organique, aphasie, accès épileptiformes, déchéance et cachexie rapides, contraste frappant avec l'hystérique.

Je n'insiste pas sur le diagnostic différentiel entre la cécité hystérique et la cécité tabétique, car cette dernière a des caractères qui s'éloignent totalement du syndrome hystérique.

Certaines intoxications, l'alcoolisme, le tabagisme, provoquent des troubles visuels qui peuvent aller jusqu'à l'amaurose; toutefois, ces amauroses sont lentes à s'établir et les lésions du nerf optique sont constantes, ce qui est tout le contraire de la cécité hystérique.

L'intoxication saturnine peut aboutir à la cécité, mais ici encore on constate une névrite optique. Quant aux cas fort complexes de cécité saturnine soudaine, sans lésions oculaires, ces faits-là sont exceptionnellement rares et sujets à revision, car, en pareille occurrence, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une hystérie secondaire ou d'une urémie saturnine.

Reste la cécité urémique qui, elle, peut éclater sous le masque de la cécité hystérique. Il s'agit de les distinguer, car l'une fait partie d'un complexus morbide habituellement mortel, tandis que l'autre relève d'un état pathologique qui est sans gravité. Les néphrites peuvent provoquer la cécité de deux façons différentes. L'une de ces modalités concerne la rétinite brightique qui n'a pas à nous occuper ici, puisque l'examen ophtalmoscopique fait découvrir des hémorrhagies rétiniennes ou des taches blanchâtres de la rétine. L'autre modalité, c'est la cécité due à l'intoxication urémique; celle-là rappelle la triade de la cécité hystérique : en quelques heures l'urémique peut perdre la vue, les réflexes lumineux sont habituellement conservés et l'examen à l'ophtalmoscope ne dénote aucune lésion. Vous voyez que l'analogie est complète entre ces deux espèces de cécité. Le diagnostic différentiel peut être rendu plus difficile encore par la similitude de quelques autres symptômes; ainsi la céphalée est commune à l'urémie et à l'hystérie; des crises convulsives existent parfois dans les deux cas, et la nature de ces crises convulsives laisse quelque doute dans notre esprit si nous ne les avons pas nous-même contrôlées. Bref, comment pourrons-nous différencier la cécité hystérique d'avec la cécité urémique? Voilà la question.

A l'actif de l'hystérie il ne manque pas de signes capables de nous renseigner sur la nature du mal, mais ces signes, nous l'avons dit, peuvent faire défaut. A l'actif de l'urémie on a l'albuminurie et l'œdème, ces deux grands symptômes des néphrites; toutefois, l'albuminurie et les œdèmes peuvent manquer, au moins pour un temps, au cours de la maladie de Bright (1). Alors sur quoi baser le diagnostic pathogénique de la cécité? Il faut fouiller avec soin les antécédents de l'aveugle. S'il

(1) JUNIUS HARDWICKE. Case of hysterical blindness. (*Brit. Med. Journ.*, 6 mai 1876, p. 563.)

(2) M. ALÈGRE. Dissertation sur l'épilepsie et l'hystérie, suivie de propositions sur quelques maladies du cerveau. (*Thèse de Paris*, 1833.)

(1) CHAUFFARD. De la cécité subite par lésions combinées des deux lobes occipitaux. (*Rev. de méd.*, fév. 1888, p. 131.)

(1) DIEULAFOY. De la maladie de Bright sans albuminurie. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 11 juin 1886, et *Semaine Médicale*, 1886, p. 248-249.) — Contribution à l'étude anatomique et expérimentale de la maladie de Bright. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 22 oct. 1886, et *Semaine Médicale*, 1886, p. 424.) — Sur le brightisme : petite urémie, petits accidents du brightisme. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 6 juin 1893, et *Semaine Médicale*, 1893, p. 282.) — Des différentes variétés cliniques du brightisme. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 20 juin 1893, et *Semaine Médicale*, 1893, p. 309.)

s'agit d'une cécité urémique, cet aveugle doit avoir eu depuis plus ou moins longtemps les petits accidents du brightisme (petite urémie), la pollakiurie, la cryesthésie, le doigt mort, les crampes, etc.; sa tension artérielle est élevée, l'artère temporale est distendue; au cœur on constate un bruit de galop (Potain), l'intoxication urémique s'est déjà traduite par de la dyspnée avec ou sans rythme de Cheyne-Stokes, par des vomissements; bref, la cécité urémique éclate chez un individu *déjà malade, parfois fort malade*, et en proie depuis quelque temps à des symptômes de brightisme ou d'urémie; tandis que la cécité hystérique survient chez un individu en bonne santé, ou du moins n'ayant eu jusque-là que les tares nerveuses de l'hystérie. Voilà un appoint de premier ordre pour le diagnostic. Et quand la cécité hystérique a disparu, l'examen au campimètre fait constater le rétrécissement du champ visuel et le rétrécissement avec chevauchement des cercles colorés.

J'ose à peine parler du traitement de la cécité hystérique, car à vrai dire il n'y a pas de traitement. Tantôt cet accident défie tous nos moyens : aimantation, électricité statique, métallothérapie, révulsifs, hydrothérapie, suggestion, isolement, injection d'extrait glycériné d'ovaire; tantôt la cécité disparaît sans les secours de la thérapeutique à la suite d'une crise d'hystérie, ou après une émotion violente, ou à la vue d'un objet rouge, ou spontanément, sans cause et sans raison. En tout cas, notre rôle est d'entretenir la confiance et l'espérance chez nos pauvres aveugles en leur promettant la guérison qui un jour ou l'autre arrivera sûrement.

J'ai réservé une place à part à la cécité qui survient à l'occasion de l'hystéro-traumatisme. Le traumatisme joue, en effet, un rôle qu'on pourrait appeler néfaste dans l'histoire des manifestations de l'hystérie. Sous l'influence d'un traumatisme, léger ou intense — traumatisme local (coup, contusion, blessure, fracture) ou traumatisme par commotion générale (chute, accident de voiture) —, on peut voir surgir, aussitôt après ou quelques jours plus tard, les différentes manifestations de l'hystérie : contractures, paralysies, hémiplégie, monoplégie, anesthésies, tremblements, tachycardie, surdité (1), etc. Ces manifestations de l'hystéro-traumatisme surviennent parfois chez des gens qui jusque-là étaient indemnes d'hystérie. Mais ce qui est particulier, c'est que les manifestations hystéro-traumatiques sont souvent beaucoup plus tenaces que les manifestations de l'hystérie non traumatique. « Un traumatisme insignifiant peut déterminer des contractures d'une désespérante ténacité... Les paralysies hystéro-traumatiques peuvent paraître immuables pendant des mois et des années, malgré tous les traitements qu'on leur oppose. » (2).

Eh bien! l'hystéro-traumatisme est capable d'engendrer l'amaurose et la cécité, et cette cécité, comme d'autres manifestations de l'hystérie traumatique, peut être, elle aussi, d'une désespérante ténacité. En voici quelques exemples :

M. Dupuy-Dutemps (3) relate l'observation d'un ouvrier qui, en 1895, fut atteint au visage par un chiffon gras imbibé de térébenthine. Aussitôt après, il constata la perte complète de la vision de l'œil gauche et un affaiblissement considérable de la vision de l'œil droit, qui ne tarda pas à disparaître complètement. La cécité persiste depuis six ans et demi, les réflexes pupillaires à la lumière sont intacts et on ne constate aucune altération à l'ophtalmoscope. Comme symptômes satellites hystériques, on trouve des plaques d'anesthésie, l'hémianesthésie gauche de la langue, l'anosmie gauche et la diminution de l'acuité auditive à gauche.

(1) F. Chavanne. (*Loc. cit.*, p. 295 et 298.)

(2) A. Pitres. Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, p. 391 et 426. Paris, 1891.

(3) Dupuy-Dutemps. (*Loc. cit.*)

Un second fait du même auteur concerne un ouvrier qui fut atteint à la face et aux yeux d'un refoulement de flammes en chargeant un calorifère et qui perdit la vue. La cécité persiste depuis un an et demi, malgré tous les traitements. Les réflexes lumineux sont conservés et l'examen à l'ophtalmoscope ne signale aucune altération. Comme symptômes satellites de l'hystérie, on constate une anesthésie complète de la face, de la langue, des bras et des jambes.

A la suite d'une contusion de l'œil gauche, produite par la chute d'une étagère, un ouvrier observé par M. Teillais (1) devint aveugle en quelques jours. Toutefois, la cécité n'était pas absolue et l'œil gauche, conservait encore une perception lumineuse. On ne trouvait aucune lésion à l'ophtalmoscope. Un an plus tard la vue reparut en quelques heures.

Un autre fait de M. Teillais a trait à un jeune garçon qui avait reçu à l'œil droit un coup de balle élastique. Quelques semaines plus tard il devient subitement aveugle; toutefois, la perception lumineuse n'est pas complètement abolie. Les réflexes pupillaires sont conservés et l'examen ophtalmoscopique démontre l'intégrité de l'œil. Comme symptômes satellites de l'hystérie, on constate la paralysie passagère et l'anesthésie de la jambe droite. Deux mois et demi plus tard la vue revint subitement et on nota le rétrécissement du champ visuel.

Une femme, voyageant dans un train qui fut tamponné, éprouva un trouble nerveux violent. Il en résulta, cinq jours plus tard, une cécité; puis trismus, contractures des quatre membres, strabisme convergent et anesthésie généralisée. On constata la conservation du réflexe lumineux et l'intégrité des milieux de l'œil. Deux mois après la cécité avait disparu (2).

Enfin Panas (3) cite le cas d'un militaire qui reçut, en 1870, un coup de sabre sur le front avec enfoncement des os. Les troubles de la vue aboutirent, six mois plus tard, à une amaurose bilatérale; les pupilles étaient normales et réagissaient parfaitement à la lumière. Comme symptômes satellites, le malade eut de la contracture et de l'anesthésie du bras et de la jambe droits. La cécité durait depuis quatre ans quand cet homme mourut. On avait porté le diagnostic de cécité persistante due à l'hystéro-traumatisme. A l'autopsie, la rétine, le nerf optique, le cerveau et la moelle furent trouvés complètement indemnes.

La cécité hystéro-traumatique, comme tous les accidents de l'hystéro-traumatisme, soulève une question médico-légale importante (4). La loi du 9 avril 1898 vise les responsabilités afférentes aux accidents qui atteignent les ouvriers dans leur travail. Le texte de la loi se résume ainsi : « Tout patron doit une indemnité à celui de ses ouvriers qui aura été victime, pendant son travail, d'un accident qui amène l'interruption du travail pendant plus de quatre jours. La déclaration de cet accident doit être faite dans les quarante-huit heures, etc. ». Or, ce texte de loi est insuffisant en ce qui concerne les accidents de l'hystéro-traumatisme en général, et la cécité hystéro-traumatique en particulier, car, s'il est des cas où les troubles oculaires hystéro-traumatiques apparaissent avant quarante-huit heures, terme prévu par la loi, il en est d'autres où ils ne se confirment que des semaines après le traumatisme. Dès lors, l'ouvrier est injustement lésé. C'est donc une question à reviser.

(1) Teillais. (*Loc. cit.*)

(2) Léger, Lecornu et Le Roux. (*Loc. cit.*, p. 142.)

(3) Ph. Panas. Traité des maladies des yeux. T. I, p. 741. Paris, 1894.

(4) F. de Lapersonne. Hystéro-traumatisme oculaire et accidents de travail. (*Presse méd.*, 22 octobre 1904.)

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Blessures vasculaires et anévrysmes traumatiques dans la guerre russo-japonaise, par M. L. Bornhaupt.

Nous ne possédons encore que des documents assez restreints sur l'histoire chirurgicale de la guerre mandchourienne : le travail de M. Bornhaupt n'en est que plus intéressant, d'autant mieux qu'il a pour objet la grave question des plaies vasculaires par balles, et de leur traitement. Or, avec la balle moderne, ces plaies ont tellement changé de caractère et d'évolution, que les conclusions pratiques à tirer de leur étude sont tout opposées aux méthodes anciennes. C'est ainsi que la ligature immédiate, même pour une grosse artère, est indiquée tout exceptionnellement, et que le mieux paraît être de favoriser, par le pansement aseptique et l'immobilisation, le développement de l'anévrysme traumatique, susceptible, plus tard, de guérison spontanée ou de cure opératoire, en général, facile.

Telle est la formule générale qui se dégage de l'expérience de M. Bornhaupt ; il se base sur l'analyse de 22 cas, observés à l'hôpital de l'arrière, qu'il dirigeait à Kharbine, de mars 1904 à mars 1905. Ces 22 faits se répartissent comme il suit ; 3 hémorrhagies secondaires ; 8 anévrysmes artériels; 11 anévrysmes artério-veineux.

Les 3 hémorrhagies se rapportent à des blessures de la carotide primitive, de la carotide interne, de la fémorale profonde; il s'agissait, dans les 3 cas, de plaies infectées, et, pour 2 d'entre eux, on peut admettre que des soins primitifs meilleurs eussent prévenu l'infection et l'hémorrhagie secondaire. Pour la carotide primitive, toutefois, l'intervention immédiate ne paraît guère à recommander, les risques à courir étant excessifs; l'hémorrhagie secondaire eut lieu, ici le neuvième jour : la carotide fut liée, et le blessé guérit. On lia les carotides interne et externe, chez un second blessé, avec le même résultat; le troisième succomba, il avait été blessé quinze jours auparavant, et transporté onze jours sans attelle, la balle était restée dans la cuisse, dont les tissus étaient en état de putrilage et infiltrés de gaz.

Ce qui démontre bien, d'autre part, que les plaies vasculaires par balle de petit calibre n'entraînent, le plus souvent, pas d'accidents graves et ne sont nullement prédisposées à l'hémorrhagie secondaire, c'est que les 8 blessés, atteints et opérés d'anévrysme artériel, avaient subi un transport, sans immobilisation locale, de cinq à douze jours, et n'avaient pas eu, un seul excepté, d'aggravation. La balle crée, en effet, un trajet étroit, qui se bouche facilement par un caillot, se rétrécit et se rétracte, par l'élasticité des tissus ambiants qui, dans les coups de feu à distance moyenne, n'ont pas été dilacérés; au bout de dix à douze jours, la plaie est cicatrisée et le trajet ne figure plus qu'une sorte de cordonnet blanchâtre, difficile à suivre : toutes les conditions sont donc réunies pour que le sang se collecte autour du vaisseau, en une poche anévrysmatique plus ou moins étendue, mais circonscrite.

La poche est doublée, en dehors, d'un hématome d'abord mal limité, qui finit, au bout d'un certain temps, par se fragmenter et se résorber; et il arrive que la tumeur anévrysmale elle-même se réduise progressivement et disparaisse; ainsi en fut-il dans un cas d'anévrysme de l'artère iliaque externe; 2 autres anévrysmes, de l'artère fémorale, ne furent pas non plus opérés, par suite de leur tendance à la régression spontanée.

Les cinq autres anévrysmes (fémoral, poplité, huméral, axillaire) furent l'objet d'une intervention, de quatre à six semaines après la blessure causale. Cette date serait la meilleure, d'après M. Bornhaupt; la plaie et le trajet sont dûment cicatrisés, le foyer profond est devenu aseptique, la tumeur s'est bien circonscrite : on agit dans d'excellentes conditions locales. Du

reste, les 5 cas se terminèrent par la guérison, et 4 d'entre eux par la réunion primitive. On fit, chez les 5 blessés, l'extirpation du sac, et, à part quelques localisations spéciales (iliaque externe, sous-clavière), la méthode paraît être de beaucoup la plus sûre; pourtant l'auteur insiste sur les applications possibles de la suture artérielle à certaines perforations de diamètre restreint, tout en ajoutant, avec beaucoup de raison, que, dans une poche anévrysmale, les conditions sont rarement favorables au succès de cette réunion. Toujours est-il que les plaies artérielles, par balle de petit calibre, sont souvent toutes partielles et régulières : elles sont représentées par un pont de paroi enlevé latéralement au vaisseau ou par un orifice à bords très nets; dans une des opérations, on trouva l'artère axillaire perforée de deux trous qui se faisaient vis-à-vis, et entourée de deux petits sacs anévrysmaux qui leur correspondaient.

Pour 10 des 11 cas d'anévrysme artério-veineux, on intervint secondairement, à l'époque indiquée tout à l'heure, par l'extirpation : le sac était constitué le plus souvent aux dépens de la veine, son volume, sa forme et ses rapports vasculaires étant, d'ailleurs, assez variables. Neuf de ces opérations furent heureuses, et se jugèrent par la guérison locale : toutefois, pour la plupart des blessés, l'évacuation hâtive ne permit pas de constater la guérison fonctionnelle définitive. Dans un dixième cas, il existait une plaie infectée du condyle interne, et l'on n'avait pas reconnu d'avance la lésion vasculaire : au cours de l'intervention, on dut faire une double ligature de l'artère et de la veine poplitées; elle fut suivie d'une gangrène du membre, qui nécessita l'amputation de la jambe. Enfin, le onzième blessé fut renvoyé en Russie sans être opéré.

De ces observations, M. Bornhaupt conclut que l'extirpation de l'anévrysme, artériel ou artério-veineux, pratiquée environ quatre semaines après la blessure, et le trajet de la balle étant complètement cicatrisé, représente le plus sûr moyen d'obtenir une guérison radicale. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXXVII, 3.) — L.

Des ostéalgies thoraciques, par M. P. Hampeln.

Depuis quelques années, l'auteur a maintes fois eu l'occasion d'observer des malades qui se plaignaient de sensations douloureuses particulières émanant du squelette thoracique. Il s'agissait de douleurs vives, survenant souvent par accès, et qui avaient pour point de départ le sternum, l'apophyse xiphoïde ou les fausses côtes, sans qu'il fût possible de soupçonner l'existence de la moindre lésion locale, telle qu'ostéomyélite, périostite, tumeur des organes thoraciques, de la colonne vertébrale ou de la moelle épinière. L'examen clinique et les commémoratifs démontraient, en outre, que ces douleurs n'étaient ni d'origine syphilitique, ni de nature rhumatismale.

D'après l'expérience de M. Hampeln, ces ostéalgies formeraient, suivant leur localisation, trois types différents.

L'*ostéalgie du corps du sternum* mérite particulièrement d'attirer l'attention du praticien, car ses accès rappellent de très près les crises d'angine de poitrine, avec lesquelles on les confond, du reste, le plus souvent. Aussi importe-t-il de remarquer que, dans les cas d'ostéalgie, le corps du sternum et les extrémités costales voisines restent douloureux à la pression même dans l'intervalle des accès. D'autre part, la sensation d'angoisse y est beaucoup moins marquée que dans l'*angor pectoris* et demeure en quelque sorte au second plan, tandis que l'élément douleur domine le tableau. Toutefois, comme il ne s'agit, en définitive, que de différences de degré, l'auteur reconnaît que le diagnostic différentiel entre les crises en question et l'angine de poitrine vraie restera souvent incertain, surtout lorsque ces accès douloureux coexistent avec des altérations cardiaques ou vasculaires caractéristiques de l'artériosclérose.

Dans les *ostéalgies de l'apophyse xiphoïde*, le diagnostic est loin de présenter les mêmes difficultés. On a alors affaire à des douleurs épigastriques survenant spontanément, par accès, et qui irradient en divers sens. En pareille occurrence, l'apophyse xiphoïde est toujours très développée et douloureuse à la pression. Pour quelques cas de cette catégorie, M. Hampeln croit pouvoir mettre l'ostéalgie sous la dépendance d'une diathèse arthritique.

La troisième variété du phénomène morbide en question, l'*ostéalgie des fausses côtes*, est de beaucoup la plus fréquente. Ici, les douleurs — souvent très vives — siègent au niveau des dernières côtes et la sensibilité à la pression est particulièrement accentuée aux extrémités de la onzième et de la douzième côte, sans qu'il existe aucune affection des organes internes (colique néphrétique, rein mobile, pleurésie, etc.), susceptible d'expliquer ces douleurs. Les ostéalgies dont il s'agit, tout comme celles de l'apophyse xiphoïde, semblent favorisées par les mouvements fréquemment répétés de certains muscles (droit de l'abdomen, carré des lombes, etc.), ainsi que par des irritations mécaniques dues à des vêtements plus ou moins gênants (cordons de jupes, ceinture, corset, etc.).

Ajoutons que l'auteur a été à même de constater, chez nombre d'individus bien portants en apparence, une sensibilité particulière de tout le système osseux, sensibilité dont les ostéalgies thoraciques ne constituent qu'une des manifestations les plus accentuées. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 octobre 1905.) — L. CH.

PUBLICATIONS TCHÈQUES

L'albuminurie orthostatique et sa pathogénie, par M. J. Pelnár.

Le présent mémoire est basé sur l'étude de 16 cas d'albuminurie orthostatique que l'auteur a eu l'occasion d'observer dans le service de M. Thomayer, à Prague. Chez tous les malades en question, l'albuminurie n'existait que lors de la station debout : il suffisait de faire mettre ces sujets au lit pour voir cette albuminurie disparaître au bout de quinze à soixante minutes, tandis que, les patients une fois levés, elle réapparaissait dans l'espace d'un quart d'heure à une demi-heure. Il s'agissait donc réellement de l'albuminurie orthostatique, telle qu'elle a été définie par M. Teissier (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 425-427).

Les malades étaient des sujets jeunes, dont l'âge variait entre douze et vingt-trois ans; 9 d'entre eux étaient chargés d'une tare névropathique héréditaire, et tous présentaient des stigmates physiques et psychiques de dégénérescence. Maigres et pâles, ils offraient tous une hyperexcitabilité cardio-vasculaire accentuée. Dans les antécédents personnels, on relevait, chez 9 d'entre eux, des maladies infectieuses aiguës, et notamment 7 fois la scarlatine.

A l'examen des sédiments urinaires, on trouva, dans 6 cas, quelques cylindres hyalins, voire même granuleux; mais, cette constatation mise à part, il n'existait aucun signe clinique d'affection rénale. A quelques exceptions près, le taux de l'albumine (presque exclusivement constituée par la sérine) ne dépassait guère 2 ‰.

Chez tous les malades de M. Pelnár, au moment même du passage de la position horizontale à la station debout, la tension artérielle s'abaissait d'une manière constante, en même temps que le pouls augmentait de fréquence. Tant que le patient restait levé, la pression artérielle se maintenait au-dessous de la normale, le pouls demeurait accéléré, faible, avec tendance au dicrotisme, et l'on constatait l'existence d'une oligurie marquée avec densité urinaire élevée. Par contre, au moment du passage de la station verticale à la position horizontale, la tension artérielle augmentait, le pouls et la densité urinaire redevenaient normaux et l'oligurie disparaissait.

Se demandant s'il n'existait pas un certain rapport de cause à effet entre l'abaissement de la tension artérielle et l'apparition de l'albumine dans les urines, l'auteur institua, sur ces malades, une série d'expériences visant à produire un abaissement artificiel de la pression sanguine, au moyen de médicaments hypotensifs (nitroglycérine, nitrite de soude, morphine), le sujet étant dans la position couchée, et, inversement, à élever la tension artérielle (à l'aide de digitaline, d'extrait surrénal, d'ergotine, etc.) pendant la station debout. Mais M. Pelnár ne réussit pas à obtenir de la sorte de modifications tant soit peu importantes de la pression sanguine, et la composition chimique des urines ne fut nullement influencée par ces expériences.

L'auteur n'en estime pas moins que la question des rapports entre l'albuminurie orthostatique et les changements subis, dans la station debout, par le pouls et la tension artérielle peut être résolue d'une manière indirecte.

On sait, en effet, que l'accélération du pouls pendant la station verticale, ou *tachycardie orthostatique* (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 284, et 1905, p. 343), constitue l'expression d'une irritabilité, d'une instabilité vasomotrice, tandis que l'abaissement de la pression artérielle, accompagné d'une accélération du pouls, en l'absence de tout signe de débilité cardiaque, est un symptôme bien connu de la paralysie des nerfs vasomoteurs. D'autre part, M. Pelnár a noté, chez ses patients, un ralentissement expiratoire considérable du pouls, phénomène dont le caractère névropathique ne saurait également faire l'objet d'aucun doute (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 428, et 1905, p. 343), ainsi qu'une tendance très marquée à la syncope lors du passage de la position horizontale à la station debout. Tenant compte, en outre, de l'hérédité névropathique et des signes de dégénérescence relevés chez les malades en question, l'auteur croit pouvoir interpréter cet ensemble de faits comme un syndrome d'ordre névropathique, se manifestant surtout dans le domaine des vasomoteurs, syndrome que l'on peut, du reste, observer au cours de la neurasthénie banale (neurasthénie cardiaque), pendant la convalescence des maladies fébriles, ou encore à la période de croissance (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 343).

L'abaissement de la tension artérielle coexistant avec une accélération du pouls témoignerait d'une stase sanguine dans la circulation abdominale, stase qui, à son tour, amènerait un ralentissement dans la circulation rénale. Chez les individus dont les reins sont sains, ces troubles circulatoires donneraient lieu à une simple oligurie, mais, pour peu que le parenchyme rénal fût compromis — et c'était là le cas des malades de M. Pelnár (scarlatine antérieure, cylindres urinaires) —, ils détermineraient, outre l'oligurie, de l'albuminurie. Sans doute, la lésion est, en pareille occurrence, minime, puisque la perméabilité du rein pour la sérine est si peu marquée que l'on ne trouve pas d'albumine dans les urines tant que le sujet reste couché et que la circulation rénale n'est pas troublée, mais, d'autre part, cette perméabilité est assez considérable pour que le désordre circulatoire amené par la station debout puisse provoquer l'albuminurie.

La vraie cause de l'albuminurie orthostatique résiderait donc dans une association de troubles circulatoires avec des altérations anatomiques superficielles du parenchyme rénal, ce qui, du reste, cadre bien avec les données expérimentales, d'après lesquelles il n'y aurait pas d'albuminurie sans lésions anatomiques, au moins superficielles; toutefois, ces lésions ne suffiraient pas, à elles seules et sans le concours de troubles de la circulation, à déterminer une albuminurie susceptible d'être décelée par les moyens usuels d'investigation clinique. (*Sbornik klinicky*, VI, 5 et 6.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Nécessité de faire les injections de sels de quinine en plein muscle pour éviter les abcès.

Les injections sous-cutanées de sels de quinine, si couramment employées dans les pays palustres et si précieuses contre les formes graves de la malaria, provoquent fréquemment des abcès qui constituent un grave obstacle au traitement : ces suppurations sont d'ordinaire

attribuées — toute faute d'asepsie mise à part — aux effets irritants des solutions quiniques trop concentrées, et c'est pour obvier à cet inconvénient que M. Malafosse préconisait naguère l'emploi de solutions diluées, sous forme de sérum quininé (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 208). Or, cette interprétation, à en juger d'après l'expérience de M. le docteur L. Sadoul (médecin des troupes coloniales françaises), devrait être abandonnée, et l'abcès dépendrait uniquement du siège de l'injection : « On ne l'observe, nous écrit à ce sujet notre confrère, que lorsque l'injection est faite dans le tissu cellulaire sous-cutané (bras ou abdomen), tandis qu'il est exceptionnel lorsque la solution est poussée jusque dans le tissu musculaire. Pendant mon dernier séjour au Tonkin, j'ai eu l'occasion de pratiquer environ 1,500 injections; toutes ont été faites en plein muscle, le point choisi étant la face latérale de la fesse et le méplat rétro-trochantérien. La solution était concentrée : elle contenait 0 gr. 40 centigr. de bichlorhydrate de quinine par centimètre cube (40 %). Or, je n'ai observé que deux abcès qui, ponctionnés dès que l'empâtement était sensible, ont guéri assez rapidement, alors que les abcès consécutifs aux injections sous-cutanées provoquent de larges ulcérations par fonte du tissu, toujours très lentes à se cicatriser. On peut conclure que le muscle est beaucoup plus résistant que le tissu cellulaire, et qu'il doit seul être choisi pour recevoir la solution quinique. » Aussi M. Sadoul est-il d'avis que l'injection doit toujours être poussée dans la fesse ou la cuisse, l'aiguille étant maintenue perpendiculaire à la peau et enfoncée jusqu'à la garde.

Le bromure de camphre à hautes doses contre le paramyoclonus multiplex.

Depuis de longues années, M. le docteur Baccelli, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Rome, emploie avec succès le bromure de camphre à hautes doses dans le traitement de la chorée de Sydenham. Ayant de son côté obtenu avec cette médication d'excellents résultats dans un cas de ladite affection, un autre médecin italien, M. le docteur C. Pagani (de Sedico-Belluno), a eu l'idée d'y recourir également chez une femme de quarante-neuf ans, atteinte de paramyoclonus multiplex pour lequel elle avait été soumise en vain à la cure arsenicale, puis bromurée intensive. En raison de la gravité de l'état de la malade, notre confrère prescrivit d'emblée 3 grammes de médicament à prendre chaque jour, en cachets de 0 gr. 50 centigr. répétés toutes les trois heures, et il augmenta la dose de façon à arriver rapidement à une quantité journalière de 6 grammes. Au bout de dix jours, les attaques convulsives avaient considérablement diminué tant d'intensité que de fréquence, et dix jours plus tard on n'observait plus que quelques secousses musculaires isolées et peu intenses deux ou trois fois par jour; en outre, la patiente, qui auparavant avait presque entièrement perdu le sommeil, pouvait reposer trois ou quatre heures par nuit.

Il y a tout lieu de penser que cette amélioration a bien été causée par l'administration du bromure de camphre, car, M. Pagani ayant remplacé ce médicament — à l'insu de la malade — par du bromure de potassium, les secousses reprirent en trois ou quatre jours une marche progressive. On s'empressa donc de revenir au bromure de camphre que l'on continua encore pendant quelque temps.

Lorsque les convulsions musculaires eurent presque entièrement disparu, la dose fut diminuée de 0 gr. 25 centigr. chaque jour, jusqu'à la suppression complète que l'on put obtenir sans inconvénient trois mois environ après le début du traitement.

Une rechute se produisit au bout de quatre semaines, mais un mois de traitement par le bromure de camphre à la dose quotidienne maxima de 4 grammes en eut entièrement et, semble-t-il, définitivement raison. Depuis lors, en effet, près d'une année s'est écoulée sans nouvelle récidive, et il ne subsiste qu'un peu de faiblesse générale avec quelques légers troubles intestinaux.

Moyen permettant de continuer l'allaitement au sein chez les nourrissons intubés.

On sait que le tubage du larynx détermine, surtout pendant les premiers jours d'application du tube, des troubles de la déglutition mettant obstacle à l'alimentation normale, au point que certains auteurs croient devoir systématiquement recourir au cathétérisme œsophagien, pratiqué toutes les quatre ou cinq heures, pour assurer la nutrition. Chez les nourrissons, on conçoit aisément que ce soit là une solution peu pratique, sans compter que le fait seul de supprimer brusquement l'allaitement maternel, au cours de l'affection généralement grave qui a nécessité le tubage, n'est pas sans danger. Or, d'après l'expérience de M. le docteur D. Tanturri, assistant de M. le docteur F. Massei, professeur de laryngologie à la Faculté de médecine de Naples, il serait possible de faire prendre le sein sans inconvénient aux nourrissons intubés, en usant du petit artifice que voici, de nature, d'après notre confrère, à faciliter grandement l'issue du lait hors des conduits galactophores et par suite à diminuer l'effort de succion de la part de l'enfant :

Une écharpe, placée en bandoulière sur la poitrine de la mère et nouée dans le dos, soulève le sein et le comprime modérément contre la paroi thoracique; elle porte un orifice destiné à laisser passer le mamelon. Celui-ci, bien isolé de la sorte, est parfaitement disposé pour être pris par les lèvres de l'enfant, quand ce dernier est mis dans la position habituelle de l'allaitement, tandis que la moindre succion fait sourdre le lait hors du sein, grâce à la compression exercée sur la glande par l'écharpe; enfin, en raison de la position donnée au nourrisson dans les bras de sa mère, le lait tombe directement dans le pharynx, sans risquer de pénétrer dans l'orifice laryngé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 décembre 1905.

Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac.

M. Hartmann. — Je crois, comme M. Delbet (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 571), qu'il est des cas où, après une opération sur l'estomac, on peut, sans le moindre *circulus vitiosus*, observer des vomissements dus à la dilatation aiguë de l'organe; en pareille occurrence, je fais faire le lavage de l'estomac, suivi immédiatement de l'ingestion d'un quart de litre de lait.

M. Tuffier. — Je suis convaincu pour ma part que, en dehors de toute infection, il peut se produire une paralysie stomacale qui aboutit aux accidents résultant de la dilatation aiguë. D'un autre côté, il est toute une catégorie de faits où il existe une dilatation ancienne précédant l'intervention chirurgicale, de sorte que l'hypersécrétion gastrique trouve un réservoir tout prêt à recevoir ces énormes quantités de liquides qui sont vomies ensuite par l'opéré.

M. Reynier. — Je ne pense pas qu'on puisse confondre les cas de dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac, sur lesquels j'ai cherché à attirer l'attention, avec ceux où l'infection est la cause des accidents observés. J'ai reçu, à ce propos, une lettre de M. Auguste Reverdin (de Genève), qui partage entièrement mon opinion et me dit avoir vu survenir une dilatation aiguë de l'estomac à la suite d'une néphrectomie.

M. Terrier. — J'ai depuis un certain temps fait des opérations sur l'estomac, et je sais par expérience l'importance des lavages de cet organe dans les soins post-opératoires, dès qu'il se produit le moindre symptôme d'infection. D'autre part, je maintiens que, dans tous les cas où surviennent des troubles gastriques après une intervention sur l'estomac, il existe en même temps des signes d'infection.

Hernie intercostale.

M. Rochard. — Je dois vous présenter un rapport sur une observation de hernie intercostale qui nous a été communiquée par M. Savariaud. Il s'agit d'un homme de quarante et un ans, qui portait, sur la partie gauche du thorax, une tumeur du volume d'une mandarine, réductible avec gargouillement. Notre confrère fit le diagnostic de hernie et proposa au malade une intervention qui fut acceptée. L'opération fut conduite comme une cure radicale de hernie ordinaire; la guérison fut obtenue sans incident.

Ces hernies, qui sont très rares, semblent toujours se développer consécutivement à un traumatisme ancien. C'est ainsi que le malade de M. Savariaud avait fait une chute, dans laquelle il avait subi un violent traumatisme au niveau du siège de la hernie.

Suture secondaire du nerf radial avec guérison.

M. Chaput. — M. G. de Rouville (de Montpellier) nous a envoyé une observation au sujet de laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport. Notre confrère fut consulté pour une fillette qui avait subi, quelques semaines auparavant, une intervention pour une ostéomyélite de l'humérus et qui offrait tous les signes d'une paralysie radiale complète. M. de Rouville, pensant que le nerf radial avait été sectionné au cours de l'intervention précédente, rechercha les deux bouts du nerf, qui étaient assez écartés l'un de l'autre, aviva leurs extrémités et les sutura. Cinq jours après, le retour de la sensibilité s'accusait, et quatre mois et demi plus tard les fonctions motrices étaient rétablies.

M. Berger. — Chez un jeune officier qui avait eu une fracture de l'humérus par coup de feu et présentait une paralysie radiale complète, je recherchai les deux bouts du nerf sectionné et les suturai, six mois après la section; le résultat fut absolument nul.

Dans un cas de section du cubital, datant de quatre mois, la suture eut au contraire un excellent effet; neuf mois après mon opération, le retour de la sensibilité et de la motilité était absolument complet.

Tout récemment, enfin, j'ai vu un enfant auquel on avait fait, six semaines auparavant, une suture du nerf cubital, et qui présentait, en même temps qu'un névrome au niveau de la suture, des signes de névrite et de paralysie radiales. J'ai conseillé de différer une nouvelle intervention, et le traitement électrique a amené déjà une amélioration très notable des troubles moteurs, coïncidant avec une diminution du névrome.

M. Launay communique deux observations de *kystes hydatiques du poumon* traités avec succès par la pneumotomie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 décembre 1905.

Recherches bactériologiques et histologiques sur un cas de maladie du sommeil chez un blanc.

M. Sicard. — J'ai pu contrôler récemment avec M. Houtier, au point de vue bactériologique et histologique, un cas de maladie du sommeil chez un blanc qui s'était infesté en Gambie au contact de nègres malades.

Les examens directs du sang et du liquide céphalo-rachidien, au point de vue de la recherche des trypanosomes, examens plusieurs fois répétés durant les trois semaines qui précédèrent la mort, sont restés négatifs. Même insuccès par l'inoculation intra-péritonéale du liquide céphalo-rachidien à des cobayes. Au contraire, l'injection sous-cutanée de ce même liquide, pratiquée par M. Brumpt à des singes, a provoqué chez ces animaux l'infestation spécifique, en faisant apparaître dans le sang des trypanosomes en grand nombre.

Ainsi la recherche directe du parasite au niveau des produits suspects n'est pas suffisante pour infirmer un diagnostic clinique. Elle doit se doubler d'un contrôle expérimental.

L'examen histologique du cerveau et de la moelle a montré, chez notre malade, une arach-

noïdopiemérite intense, généralisée à l'ensemble des méninges molles cérébrales et spinales, et évidente déjà macroscopiquement. Au microscope, la pie-mère est le siège d'une lymphocytose intense, les petits vaisseaux sont enflammés, et la réaction lymphocytaire se prolonge le long des gaines vasculaires.

Ces résultats histologiques concernant les centres nerveux du blanc sont conformes à ceux qui ont déjà été obtenus chez le nègre.

Un cas d'idiotie mongolienne.

M. Comby montre un enfant de deux ans et demi qui est atteint d'idiotie mongolienne. La tête est brachycéphale, la face ronde, les yeux sont bridés et obliques avec épicanthus. La peau est jaune, molle et sèche, les membres sont flasques, la verge rudimentaire, et il existe en outre une malformation cardiaque.

L'orateur ajoute que c'est le douzième idiot mongolien qu'il observe depuis deux ans; il s'agit donc là d'une variété assez fréquente d'idiotie. Les sujets atteints sont souvent les derniers nés d'une famille nombreuse, ils sont très peu éducables et ne présentent guère d'aptitude que pour la musique. Ils succombent généralement dans la première ou la deuxième année.

M. Dupré croit que les émotions vives de la mère dans les derniers mois de la grossesse jouent un rôle important dans l'étiologie de l'idiotie mongolienne. Elles déterminent un arrêt général dans la formation des circonvolutions, d'où la lissencéphalie observée par M. Bourneville à l'autopsie de plusieurs idiots mongoliens. Il est probable que les altérations des extrémités des membres (main en fourche, etc., etc.) sont liées à l'agénésie du cortex dans la région rolandique.

M. Ballet estime qu'il existe de nombreux cas de transition entre l'idiotie myxœdémateuse et l'idiotie mongolienne, ou, tout au moins, que l'hypothyroïdie n'est pas exceptionnelle chez les mongoliens : ces deux variétés d'idiotie, tout en méritant d'être isolées, ne sauraient donc être opposées l'une à l'autre, car il y a plusieurs caractères qui leur sont communs, notamment l'aspect de la peau, des poils, etc.

Statistique de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1904-1905.

M. Le Play. — Du 1er mai 1904 au 1er mai 1905 il est entré au pavillon de la diphtérie (service de M. Marfan) 749 enfants, dont 561 étaient atteints de diphtérie vérifiée bactériologiquement.

Sur ces 561 malades il y a eu 43 décès dont 13 sont survenus moins de vingt-quatre heures après l'entrée, soit une mortalité globale de 7.66 % et une mortalité réduite de 5.47 %.

On a noté 382 cas de croup avec 29 décès, représentant une mortalité de 7.5 %; 203 enfants ont subi le tubage et 7 la trachéotomie; il y a eu 22 décès parmi les premiers et 5 parmi les seconds (mortalité globale, 12.85 %).

Parmi les complications, il faut signaler les bronchopneumonies (40 cas avec 14 décès), et 12 paralysies diphtériques ayant donné une mortalité de 50 %.

Artérite typhoïdique.

M. Brühl dit avoir observé un cas d'artérite typhoïdique comparable à celui qui a été communiqué au cours de la précédente séance par M. Rist : il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans qui, pendant la défervescence d'une fièvre typhoïde, fut atteinte d'une artérite oblitérante de l'artère poplitée avec thrombophlébite de voisinage ayant déterminé une gangrène du membre. On pratiqua une amputation de la cuisse et la malade guérit.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 décembre 1905.

Virulence et toxicité comparées des liquides pleural et céphalo-rachidien tuberculeux.

MM. Froin et **Ramond.** — Sur 41 cas de pleurésie lymphocytique de date relativement récente, nous avons obtenu, par l'inoculation de 20 ou 30 c.c. du liquide au cobaye, 37 résultats positifs, soit 88 %.

Nous avons pu constater ainsi que la virulence du liquide pleural diminue à mesure que la maladie évolue. L'injection séparée du liquide centrifugé et de son culot de centrifugation donne pour le culot 90 % de résultats positifs, pour le liquide 66 %.

Quant au liquide céphalo-rachidien, c'est à doses minimes qu'il détermine la tuberculose dans 100 % des cas. Le pourcentage des résultats positifs après injection séparée du culot et du liquide de centrifugation est également plus élevé que dans les pleurésies (95 % pour le premier, 71 % pour le second).

La centrifugation est donc impuissante à débarrasser un liquide du bacille de Koch : seule la filtration sur bougie permet cette séparation.

Ces 41 pleurésies non éosinophiliques ont tué 16 fois les cobayes, soit 39 %; c'est dans la sérosité que réside le principe toxique, et non dans les cellules, le culot de centrifugation injecté seul n'ayant jamais déterminé la mort de cette façon.

La toxicité du liquide céphalo-rachidien est presque identique — injecté à doses fortes, au-dessus de 15 c.c., il tue rapidement dans le tiers des cas —, mais il faut remarquer que la quantité de poison contenue dans la cavité arachnoïdienne est moindre que dans la plèvre.

Le poison dissous dans ces liquides est sans doute de la *tuberculine*, et celle-ci serait plus abondante dans la sérosité pleurale, qui renferme moins de bacilles virulents, que dans le liquide céphalo-rachidien, plus riche en bacilles.

Vaccinations actives croisées des bacilles typhique et paratyphiques.

MM. Sacquépée et Chevrel. — Les bacilles paratyphiques étant très voisins du bacille d'Eberth, nous avons étudié les vaccinations croisées expérimentales, aussi bien dans les vaccinations actives fortes chez le rat blanc, que dans les vaccinations actives faibles chez le cobaye.

Nous avons constaté d'abord que les animaux vaccinés contre le bacille d'Eberth présentent, vis-à-vis des bacilles paratyphiques, un degré d'immunité à peine inférieur au taux de l'immunité spécifique.

En outre, les animaux vaccinés contre un des types de bacille paratyphique offrent, vis-à-vis du bacille d'Eberth, une immunité à peine moindre que l'immunité spécifique.

Enfin, les animaux vaccinés contre l'un des types de bacille paratyphique sont également vaccinés contre les bacilles de l'autre type.

Ces résultats soulignent l'étroite parenté des bacilles typhique et paratyphiques, mais il serait téméraire de les appliquer sans autre examen aux infections humaines.

Dans une seconde série d'expériences, nous avons étudié le pouvoir pathogène des bacilles typhiques par ingestion : 25 cobayes ayant ingéré des cultures de bacille paratyphique (type B) sont tous morts au bout de cinq à vingt jours.

Les lésions macroscopiques sont peu caractéristiques : tuméfaction de quelques plaques de Peyer, exulcérations intestinales, tuméfaction des ganglions mésentériques et de la rate, septicémie inconstante.

Les altérations histologiques intestinales sont de trois ordres : « infiltration médullaire » des plaques de Peyer voisines de la valvule (iléon et cæcum), nécrose, infiltration embryonnaire sous-muqueuse de l'iléon.

Cette description rappelle les désordres causés chez l'homme par le bacille paratyphique; elle rappelle en même temps, par certains côtés, les altérations dothiénentériques, par d'autres points la dysenterie bacillaire.

Histologie pathologique des polypes muqueux du méat moyen des fosses nasales.

M. Marcano. — Les recherches que je viens de faire sur 37 polypes muqueux s'insérant tous sur le cornet moyen des fosses nasales démontrent que ces tumeurs sont déterminées par un processus unique d'œdème inflammatoire, quelquefois accompagné d'hyperplasie glandulaire et se terminant par une sclérose interstitielle éléphantiasique, rarement par une formation myxomateuse. Ces recherches prouvent, en somme, que les polypes muqueux sont des productions pathologiques du type éléphantiasis.

M. J. Darier. — Les examens de tumeurs dites myxomateuses de la peau, que j'ai pratiqués depuis vingt-cinq ans, tendent tous à faire rejeter l'existence du myxome vrai. Les tumeurs molles et gélatineuses qu'on rencontre à la surface du tégument, notamment au niveau des organes génitaux, sont d'ordinaire des éléphantiasis partiels.

ETRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 29 novembre 1905.

Résultats éloignés des injections prothétiques de paraffine.

M. Kirschner présente un homme qui, ayant été soumis, il y a quatre ans, à des injections de paraffine molle pour nez en lorgnette, vit se développer peu à peu, à la racine du nez, une tumeur qui dut être enlevée. Sous le microscope, cette tumeur se montre constituée par du tissu conjonctif renfermant des foyers de granulations riches en cellules géantes.

L'orateur a pu déjà observer un processus analogue dans d'autres cas du même genre; aussi est-il d'avis que la paraffine — dure ou molle — injectée dans les tissus finit par se résorber complètement, ce qui doit inspirer les doutes les plus sérieux sur la durée des résultats fournis par les injections prothétiques.

M. Eckstein croit aussi à la possibilité de cette résorption, mais celle-ci est tellement lente que, pratiquement, l'orateur pense qu'on peut n'en pas tenir compte; il a pu, du reste, s'assurer par lui-même de la persistance des corrections obtenues par la méthode en question.

M. J. Joseph dit avoir eu à corriger nombre de cas de nez en lorgnette, antérieurement traités par les injections prothétiques de paraffine avec un résultat peu satisfaisant. Au cours de ces opérations ultérieures, on trouve la paraffine dure réduite en petits fragments, et la paraffine molle plus divisée encore; cela étant, l'orateur estime que cette méthode infidèle ne doit être conservée que pour les cas où existe une difformité prononcée, qui ne saurait être aggravée par les injections.

La fréquence de la tuberculose primitive de l'intestin à Berlin.

M. Orth déclare, à propos de la récente communication de M. Edens sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 572), que, sur 77 autopsies d'enfants qu'il a pratiquées en 1904-1905, il a constaté 6 fois des lésions de tuberculose intestinale primitive, soit dans 8 % des cas. Il ajoute que ces chiffres, comme du reste ceux de M. Edens et de tous les auteurs considérés isolément, sont trop faibles pour qu'on puisse en tirer des conclusions : une différence d'une unité en plus ou en moins suffit en effet, sur des séries aussi peu nombreuses, à modifier notablement le pourcentage.

L'orateur fait observer, d'autre part, que toute tuberculose primitive de l'intestin ne saurait être considérée *a priori* comme d'origine bovine, car elle peut aussi avoir été causée par la déglutition de bacilles humains parvenus dans la bouche. Seule la bactériologie permet de distinguer les deux types bacillaires, que rien ne différencie au point de vue anatomo-pathologique.

M. Benda dit que les chiffres qui résultent de ses propres recherches sur la fréquence de la tuberculose primitive de l'intestin concordent avec ceux qu'a obtenus M. Edens.

M. Baginsky a trouvé, tout comme M. Orth, une proportion de 8 % de cas de tuberculose primitive de l'intestin dans ses autopsies d'enfants.

M. Henke, dans les mêmes conditions, a constaté 3 fois la tuberculose intestinale primitive sur 117 cas.

M. **Dührssen** montre 3 femmes qui étaient atteintes à la fois de tuberculose de l'intestin et du péritoine, et qui ont guéri à la suite d'une simple laparotomie, la guérison se maintenant respectivement depuis huit ans, quatre ans et demi, neuf mois.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 9 décembre 1905.

Assimilation du sucre de lait et de la galactose chez l'homme sain ou malade.

Dans la séance du 7 décembre de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE, **M. R. Bauer** a fait une communication sur des recherches lui ayant prouvé que la galactose est complètement assimilée par l'homme sain, à la dose de 30 à 40 grammes, tandis que, dans les affections du foie, l'ingestion de la même quantité de ce sucre détermine de la galactosurie ; il existe donc une galactosurie alimentaire, que l'orateur a également constatée dans un cas où une légère cirrhose hépatique fut ultérieurement décelée.

Le sucre de lait est une combinaison de galactose et de dextrose ; or, lorsqu'on donne aux sujets qui supportent 30 grammes de galactose sans galactosurie, 60 grammes de sucre de lait, ils éliminent du sucre par l'urine ; on observe parfois cette élimination même après l'administration de 20 grammes seulement de sucre de lait. Ce fait s'explique, si l'on admet que ces individus ne peuvent pas dissocier le sucre de lait.

Chez les diabétiques, l'ingestion de galactose ne détermine pas une élimination de dextrose, mais bien de galactose, sucre qui se reconnaît à l'absence de la fermentation.

Pour rechercher la galactose, M. Bauer recommande la méthode suivante : on ajoute à l'urine la moitié de son volume d'acide nitrique ; la galactose est ainsi oxydée et transformée en acide mucique, tandis que la dextrose passe à l'état d'acide saccharique ; or, le premier de ces acides est insoluble dans l'eau, alors que le second est soluble.

Nouvelle épreuve fonctionnelle du foie.

M. Glässner dit avoir administré à des sujets sains ou atteints d'affections non hépatiques des acides aminés, tels que du glycocole, de l'alanine ou de l'asparagine, et avoir pu constater que ces sujets n'éliminent pas trace de la substance ingérée ; il en est de même dans les cas de congestion du foie et de cancer hépatique. Au contraire, dans la cirrhose du foie, on observe, après ingestion de ces mêmes substances, une énorme augmentation du taux des acides aminés dans l'urine.

Opération en deux temps pour cancer du côlon.

Dans la séance du 1er décembre de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Hochenegg** a présenté plusieurs malades qu'il a opérés en deux temps pour cancer du côlon, avec d'excellents résultats. Voici la technique adoptée par l'orateur :

Après laparotomie, on mobilise la tumeur, isolée de son mésentère, puis on l'attire, avec l'anse intestinale sur laquelle elle est implantée, dans la plaie abdominale, qui est ensuite rétrécie le plus possible. Tel est le premier temps de l'intervention, que l'on complète, au cas d'obstruction, par la création immédiate d'un petit anus artificiel sur le bout afférent de l'intestin. Le second temps, exécuté quelques jours plus tard, comprend l'exérèse du néoplasme au thermocautère.

Cette manière de procéder a l'avantage de réduire à son minimum le shock opératoire, mais elle n'est applicable que si la tumeur est mobilisable. M. Hochenegg y a eu recours dans 14 cas ; 12 de ces malades sont encore en vie, dont un — un vieillard de quatre-vingt-sept ans — est opéré depuis plus de onze ans.

Dr SCHNIRER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

THÈSES DE GENÈVE

Aubert (L.-H.). Contribution à l'étude de la suture des tendons.

Bach-Tcherven (Alexandra). Le traitement marin de la tuberculose infantile et l'asile Dollfus à Cannes.

Bégack (Cécile). Données expérimentales applicables à l'usage interne de l'adrénaline et à l'emploi de cette substance dans le traitement de la syncope chloroformique.

Belkind (Alexandra). La cryoscopie du lait de femme.

Berestovisky (Fradya). Contribution à l'étude de quelques névroses d'origine réflexe.

Borel (Ch.). Contribution à l'étude du diagnostic des ruptures intestinales par traumatismes.

Borel (E.). Du placement des aliénés criminels en Suisse.

Caspari (G.). Les injections sous-cutanées d'eau salée chez les tuberculeux ; leur valeur diagnostique.

Chéridjian (Z.). Des phénomènes d'obstruction et d'occlusion fonctionnelles dans les ulcérations tuberculeuses de l'intestin.

Chmielevska (Wanda). Le liquide céphalo-rachidien dans les hémorragies du névraxe.

Coutanine (Marie). Etude critique sur la réinfection syphilitique.

Descœudres (F.). Du pronostic et du traitement de la tuberculose du genou.

Fauconnet (Ch.). Ueber Magen- und Darmtätigkeit bei Diabetes mellitus. — Les fonctions gastro-intestinales dans le diabète.

Frigoff (Zlata). Action de la subcutine sur la vitalité du tissu thyroïdien transplanté.

Goukassian (W.). De la greffe du tissu thyroïdien provenant d'animaux morts.

Guerdjikoff (N.). Diagnostic du début du travail de l'accouchement.

Haliff (Elisabeth). La catalase dans les tissus de différentes espèces animales.

Iline (Mélanie). Un cas de fracture du crâne, accident ou crime ?

Issaïlovitch (D.). Explication de la syncope primitive dans la chloroformisation.

Ivanov (I.). Contribution à l'étude des glandules parathyroïdes.

Jeanneret (M.). Beitrag zur pathologischen Anatomie der Extrauterin-Gravidität.

Kaufmann-Aglitzky (Emilie). Contribution à l'étude de la grossesse au début avec quelques considérations sur la valeur des contractions partielles.

Kerkis (Catherine). Les vasoconstrictines des sérums normaux.

Kisseleva (Mira). Contribution à l'étude des affections des organes respiratoires consécutives aux empyèmes chroniques des cavités accessoires du nez.

Kucharzevska (Marie). Influence de la température sur la vitalité du tissu thyroïdien séparé de l'organisme.

Majdracoff (A.). Sur un cas de doigts hippocratiques unilatéraux.

Moukhtar (A.). Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale à forme prolongée.

Neuhaus (F.). Contribution à l'étude des ferments oxydants.

Radmilovitch (Marie). Contribution à l'étude des luxations récidivantes du coude.

Rigopoulos (J.). De la prétendue action antagoniste du permanganate de potasse vis-à-vis de la morphine.

Rounné (Marie). Etude comparative sur la résistance des tissus thyroïdien et parathyroïdien.

Schapiera (L.). Contribution à l'étude de la tuberculose conglomérée du foie.

Soustchinsky (M.). Deux cas de récidive de grossesse tubaire.

Stravolopoulos. Sur quelques dérivés de la 8-nitroquinoléine.

Tchernetzky (Zénaïde). Un cas de carcinome primitif du rein.

Telatizky (Rivka). De la cytologie du liquide des vésicatoires et de sa valeur diagnostique.

Théodoroff (A.). De la procidence du cordon ombilical dans les maternités suisses.

Zbinden (H.). Contribution à l'étude de la psychothérapie rationnelle.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Quinet (Edgard). Lacunas de desintegração cerebral. (*Thèse de Rio-de-Janeiro.*)

Richter (J.). Zur Kasuistik der multiplen primären Karzinome. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 août.)

Rolleston (H. D.) et **Trevor** (R. S.). A case of duodenal polyadenoma becoming carcinomatous. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.)

Scagliosi (G.). Sul bordo libero dell'epitelio renale in condizioni normali e patologiche. (*Arch. di anat. patol.*, I, 2.)

Serratrice (R.). Reperto microscopico del polmone nelle asfissie meccaniche con speciale riguardo al comportamento delle fibre elastiche. (*Policlinico*, partie méd., XII, 9.)

Torri (O.). Contributo allo studio dei tumori maligni primari della pleura. (*Clinica moderna*, 9 août.)

Vanzetti (F.). Flebite produttiva della vena cava e delle vene sovrepatiche con cirrosi del fegato. (*Arch. per le scienze med.*, XXIX, 4.)

Versé (M.). Ueber Periarteriitis nodosa. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 sept.)

Villaret (M.) et **Tixier** (L.). Les éléments clairs et les transformations cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien pathologique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Zahn (H.). Ein Fall von Abknickung der Speiseröhre durch vertebrale Eckchondrose. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 août.) — Coudure de l'œsophage par enchondrome vertébral.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Klein (B.). Sur les inoculations anticholériques préventives (en russe). (*Roussk. Vratch*, 20 août.)

Lewin (C.). Ueber experimentell bei Hunden erzeugte Tumoren nach einer Krebsübertragung vom Menschen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 août.)

Maragliano (D.). La diagnosi del carcinoma gastrico per mezzo delle precipitine. (*Gazz. degli Osped.*, 13 août.)

Pepere (A.). Della vaccinazione antitubercolare nei bovini ; ricerche sperimentali sui bacilli della tubercolosi umana, bovina e aviaria. (*Ann. d'igiene sperim.*, XV, 3.)

Porcher (Ch.) et **Hervieux** (Ch.). Recherches expérimentales sur les chromogènes urinaires du groupe de l'indol ; expériences avec le scatol ; présence du chromogène scatolique dans les urines normales. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Prowazek (S.). Untersuchungen über die Vaccine. 1. Teil. (*Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, XXII, 3.)

Siegel (J.). Bericht über gelungene Uebertragung der Maul- und Klauenseuche auf Kaninchen, nebst ergänzenden Bemerkungen über die Beobachtungs- und Färbemethoden der gesamten Cytorrhyctes-Gattung. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 août.) — Inoculation de la fièvre aphteuse au lapin.

Silvestri (T.). I nucleoproteidi nella etiologia della cirrosi. (*Gazz. degli Osped.*, 20 août.)

Taliantzev (A.). Contribution à l'étude des congestions veineuses en cas de troubles de compensation de l'activité cardiaque (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIV, 13.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Gabritchevsky (G.). Les vaccins streptococciques et leur emploi dans la scarlatine (en russe). (*Roussk. Vratch*, 30 juillet.)

Gütig (C.). Ueber die Beziehungen der Hypoleukocytose zum Knochenmark. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 août.) — Hypoleucocytose et moelle osseuse.

Jürgens. Tuberkulin-Behandlung und Tuberculose-Immunität. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 août.)

Karvatzky (L.). Procédé simple pour la recherche des agglutinines spécifiques dans le sérum des malades (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 9 juillet.)

Kreibich (K.). Die angioneurotische Entzündung. In-8°, 126 p. avec fig. Vienne.

Motta-Coco (A.). Del ciclo nictemerale della temperatura nello stato sano. (*Arch. di anat. patol.*, I, 2.)

Pflüger (E. W.). Das Glykogen und seine Beziehungen zur Zuckerkrankheit. In-8°, 528 p. Bonn. — Le glycogène et ses rapports avec le diabète sucré.

Ruffer (A.), **Crendiropoulo** et **Calvocoressi.** Sur les propriétés lysogènes et hémosoziques de l'urine. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

MÉDECINE

Palier (E.). On the use and abuse of the stomach tube. (*New York Med. Journ.*, 19 août.)

Passarelli (F.). Due casi di colpo di calore; considerazioni intorno alla patogenesi. (*Gazz. degli Osped.*, 5 sept.)

Pedrazzini (F.). La ricerca preliminare dell'arsenico e del cacodile a scopo diagnostico nella pratica medica. (*Boll. clin.-scient. della poliambulanza di Milano*, XVIII, 9.)

Perugia (A.). Infantilismo con atrofia dei genitali. (*Gazz. degli Osped.*, 10 sept.)

Rome et **Bombes de Villiers.** Aortite septique ulcéro-végétante de nature probablement tuberculeuse. (*Lyon méd.*, 20 août.)

Rossi (A.). Sul significato dei rumori cardiaci di soffio che si manifestano nel corso della poliartrite reumatica acuta; nota di semeiologia pratica. (*Gazz. degli Osped.*, 13 août.)

Sahli. Ueber die Verwendbarkeit der Pavyschen Zuckertitrationsmethode für die Klinik und den praktischen Arzt und über einige technische Modifikationen derselben. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 sept.) — Sur quelques modifications apportées au procédé de Pavy pour le dosage du sucre urinaire.

Sandwith (F. M.). The medical diseases of Egypt. T. Ier. In-8°, 316 p. avec fig. Londres. H. Kimpton.

Savill (T. D.). A system of clinical medicine. T. II. In-8°, 442 p. Londres.

Schultz (W.). Ueber Doppeltonbildung an den Cruralgefässen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 août.) — Du double souffle crural.

Ségalov (E.). Du diabète insipide (en russe). (*Prakt. Vratch*, 2, 9 et 16 juillet.)

Selig (A.). Beitrag zur Kenntnis der Herzdilatation. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 août.) — Sur la dilatation du cœur.

Siegel (M.). Ueber den Nachweis von Blutfarbstoff in den Fäzes. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 août.) — Recherche de l'hémoglobine dans les fèces.

Sigaud (C.) et **Vincent** (L.). La clinique : ce qu'elle est, ce qu'elle doit être. (*Ann. de la Soc. méd. de Gand*, LXXXV, 1.)

Sokalsky (N.). Valeur diagnostique du sillon unguéal transversal (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 16 juillet.)

Vansteenberghe (P.) et **Breton** (M.). La leucocytose digestive, sa valeur diagnostique. (*Echo méd. du Nord*, 17 sept.)

Verhandlungen des 22. Kongresses für innere Medizin, gehalten zu Wiesbaden vom 12. bis 15. April 1905. In-8°, LIII-536 p. avec fig. Wiesbaden. — Compte rendu du 22e Congrès allemand de médecine interne, tenu à Wiesbaden en 1905.

Zebrowski (E. von). Zur Frage der Untersuchung der pleuritischen Exsudate auf Tuberkelbacillen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 sept.)

MALADIES INFECTIEUSES

Murat (E.). Note sur le réveil du paludisme par le traitement antirabique. (*Arch. des laboratoires des hôpit. d'Alger*, juin.)

Néviadomsky (P.). Sur le rôle des microorganismes pyogènes dans la variole (en russe). (*Roussk. Vratch*, 9 juillet.)

Petrov (V.). Etude sur les leucocytes dans les diverses affections paludéennes (en russe). (*Roussk. Vratch*, 16 et 23 juillet.)

Pinna (G.). Sulla profilassi contro le complicazioni del morbillo. (*Policlinico*, partie méd., XII, 9.)

Pothier (O.), **Hume** (J.), **Watson** (F.) et **Couret.** A preliminary report on cells found in yellow fever blood, with reference to their etiologic and diagnostic significance. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 sept.) — Sur certains éléments cellulaires du sang dans la fièvre jaune et sur leur signification au point de vue étiologique et diagnostique.

Presslich (W.). Klinische Beobachtungen über endemische Influenza. (*Wien. med. Wochensch.*, 26 août, 2, 9, 16 et 23 sept.)

Rebaudi (S.). La levulosuria alimentare nelle malattie infettive. (*Gazz. degli Osped.*, 13 août.)

Reiche (F.). Die Plaut-Vincent'sche Angina. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 août.)

Rossi (A.). Peritonite da propagazione nel corso del tifo addominale. (*Gazz. degli Osped.*, 3 sept.)

Sabatucci (R.). Suppurazioni e tetano da iniezioni ipodermiche. (*Gazz. degli Osped.*, 10 sept.)

Samele (E.). Su di un caso di setticemia colibacillare da ostriche. (*Gazz. degli Osped.*, 3 sept.)— Colibacillose causée par des huîtres.

Schottmüller (H.). Ueber Meningitis cerebrospinalis epidemica (Weichselbaum'sche Meningitis). (*Münch. med. Wochensch.*, 22 et 29 août et 5 sept.)

Schuckink Kool (A.). Besmettelijkheid van tuberculose. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 août.) — La contagiosité de la tuberculose.

Simpson (W. K.). A case of laryngeal diphtheria, necessitating intubation, complicating cerebrospinal meningitis in an adult. (*Med. Record*, 16 sept.)

Soulié (H.) et **Gardon.** Fièvre récurrente et paludisme observés chez un Européen à l'hôpital civil d'Alger. (*Bull. méd. de l'Algérie*, juillet.)

Torresi (V.). Contributo clinico alla diagnosi e cura dello edema maligno e della pustola maligna. (*Gazz. degli Osped.*, 24 sept.)

Tsélios (A.). Τυφοειδὴς πυρετὸς ἢ κοιλιακὸς τύφος. (Γαληνός, août.) — Fièvre typhoïde.

Uffenheimer (A.). Ein Beitrag zum Kapitel der Nasendiphtherie (Nasendiphtheroid bei Scharlach). (*Münch. med. Wochensch.*, 19 sept.) — Sur la diphtérie nasale.

Vlaïev (G.). Etiologie et traitement de la dysenterie (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 20 août.)

Weichselbaum (A.). Zur Frage der Aetiologie und Pathogenese der epidemischen Genickstarre. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 sept.) — Etiologie et pathogénie de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Zeri (A.). Afasia da malaria; contributo alla conoscenza delle manifestazioni nervose nella malaria. (*Policlinico*, 24 sept.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Baduel (C.). Le osteo-artropatie vertebrali nella tabe. (*Riv. critica di clinica medica*, 26 août, 2 et 9 sept.)

Bidon (H.). Les psychoses puerpérales. (*Marseille méd.*, 15 sept. et 1er oct.)

Blumenau (N.). Un cas de polynévrite de caractère endémique (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 27 août.)

Bramwell (B.). A case of motor aphasia without agraphia. (*Lancet*, 7 oct.)

Browning (W.). Spinal hemorrhage; some of its general phases. (*Med. News*, 7 oct.)

Buch (M.). Globusgefühl und Aura. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 3.)

Castex (E.). Un cas de paralysie spinale aiguë de l'adulte à forme rare. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIV, 2.)

Cowie (D. M.) et **Inch** (F. A.). Clinical investigations of the digestion in the insane; a contribution to the study of the neuroses of the stomach, with special reference to hyperacidity and bits of mucosa found in the stomach washings. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Curschmann (H.). Ueber partielle Myotonie unter dem Bilde einer Beschäftigungsneurose und -Lähmung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 sept.)

De Franceschi (E.). Contributo nosografico all'epilessia jacksoniana. (*Policlinico*, 8 oct.)

Doumer (E.) et **Maes** (D.). Sur un cas de forme fruste de goitre exophtalmique. (*Nord méd.*, 1er sept.)

Féré (Ch.). Contribution à l'étude des anomalies de développement des aponévroses chez les dégénérés. (*Rev. de chir.*, sept.)

Forli (V.) et **Barrovecchio** (B.). Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis des Vibrationsgefühls. (*Med. Klinik*, 30 juillet.)

Fuhrmann (M.). Ueber acute juvenile Verblödung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 3.) — De l'idiotie juvénile aiguë.

Gareiso (A.). Sobre un caso de miopatía progresiva tipo facio-escápulo humeral (Landouzy-Dejerine). (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Gaussel (A.). La paralysie des mouvements associés de latéralité des yeux dans les affections du cervelet, des tubercules quadrijumeaux et de la protubérance. (*Rev. de méd.*, oct.)

Gudden (H.). Die physiologische und pathologische Schlaftrunkenheit. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 3.) — La somnolence physiologique et pathologique.

Spratling (W. P.). Epilepsy and eyestrain. (*New York Med. Journ.*, 16 sept.) — Epilepsie et asthénopie.

Vallette (A.). Contribution à l'étude des tumeurs cérébrales à forme psychique; séméiologie et diagnostic. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, août.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Audry (Ch.). Gonococcie métastatique de la peau (angiodermite suppurée à gonocoques). (*Ann. de dermatol. et de syph.*, juin.)

Bering (F.). Zur Kenntnis der Hyperkeratosen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXVI, 3.)

Cazal. Néphrite aiguë consécutive à l'impétigo pédiculaire. (*Arch. de méd. des enfants*, juillet.)

Dubreuilh (W.). Prurigo lymphadénique. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, août-sept.)

Ehrmann (S.). Ueber lichenförmige Syphilide. (*Wien. med. Wochensch.*, 7 oct.)

Fournier (A.). Syphilis en huwelijk. (Trad. du français par H. Boshouwers.) In-8°, 239 p. Amsterdam. Scheltema et Holkema. — Syphilis et mariage.

Lipschütz (B.). Klinische und bakteriologische Untersuchungen über das Ulcus venereum. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXVI, 2 et 3.)

Marcus (K.). Ein Fall von Venensyphilis im Sekundärstadium. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXVII, 1.)

Mibelli (V.). A propos de deux nouveaux cas de porokératose. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, juin.)

Müller (R.) et **Scherber** (G.). Zur Aetiologie und Klinik der Balanitis erosiva circinata und Balanitis gangrænosa. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXVII, 1.)

Pollitzer (J.). Eine eigentümliche Karzinose der Haut (Carcinoderma pigmentosum, Lang). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXVI, 3.)

Pospiélov (A.). La perlèche ou *angulus infectiosus* (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIV, 15.)

Truffi (M.). Sur un cas de porokératose systématisée. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, juin.)

Werther (J.). Ueber metastatische Hautentzündung bei Pyämie und über Hautentzündungen bei Infektionskrankheiten im allgemeinen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXV, 1-2.) — Sur les dermatites métastatiques de la pyohémie et sur les dermatites au cours des maladies infectieuses en général.

Winkler (M.). Beitrag zur Frage der Sarkoide (Boeck), respective der subkutanen nodulären Tuberkulide (Darier). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LXXVII, 1.)

Zeissl (M. von). Einige Bemerkungen über die Behandlung der Syphilis. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 sept.)

PARASITOLOGIE

Nicolas (J.), **Favre** (M.) et **André** (C.). Syphilis et *Spirochæte pallida* de Schaudinn et Hoffmann. (*Lyon méd.*, 1er oct.)

Reynaud (G.). Epidémiologie de la maladie du sommeil; trypanosomiase humaine. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.)

Roorda Smit (J. A.). De vliegenziekte in Cordoba en haar behandeling. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 30 sept.) — La myiase à Cordoue et son traitement.

Schor (G.). Contribution à l'étude du *Spirochæte pallida* (en russe). (*Roussk. Vratch*, 10 sept.)

Siebert (C.). Ueber die Spirochæte pallida. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 oct.)

Smith (H. M.). An apparently distinct and hitherto undescribed type of parasite in pernicious malaria. (*Amer. Medicine*, 7 oct.)

Sobernheim (G.) et **Tomasczewski** (E.). Ueber Spirochæte pallida. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 sept.)

Strong (R. P.). The clinical and pathological significance of Balantidium coli. In-8°, 75 p. avec fig. Manille.

Thiroux. Recherches morphologiques et expérimentales sur le Trypanosoma Duttoni (Thiroux). (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept.)

Wagener (O.). Weitere Untersuchungen über Oxyuris vermicularis in der Darmwand des Menschen. (*Virchows Arch.*, CLXXXII, 1.) — Nouvelles recherches sur la présence d'oxyures dans la paroi intestinale.

CHIRURGIE

Almeida (D. de). A anesthesia pela scopolamina. (*Rev. med.-cirurgica do Brazil*, août.)

Bardenheuer (B.) et **Grässner** (R.). Die Technik der Extensionsverbände bei der Behandlung der Frakturen und Luxationen der Extremitäten. 2e éd. In-8°, 120 p. avec fig. Stuttgart.

Barrie (G.). Dentigerous cyst of the lower jaw situated at the symphysis menti. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Kyste dentaire de la mâchoire inférieure situé au niveau de la symphyse mentonnière.

Barrows (C. C.). Shock and hæmorrhage as causes of death following abdominal operations. (*New York Med. Journ.*, 7 oct.)

Barthélemy (M.). De l'appendice chez le vieillard; étude anatomique. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er et 15 sept.)

Bataille (Ch.). De la conduite à tenir dans les plaies de la voûte du crâne par armes à feu. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 oct.)

Berg (J.). Einige Reflexionen über die operative Behandlung des Torticollis spasticus. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVIII, 1.)

Berry (J.). On 67 cases of congenital cleft palate treated by operation, with special reference to the after results. (*Brit. Med. Journ.*, 7 oct.) — 67 opérations pour fissure palatine, notamment au point de vue des résultats éloignés.

Bessem (W. N.). Zeldzaam voorkomend verloop van een appendicitis; een carcinoma gelatinosum door den buikwand heengewoekerd, uitgaand van een appendixfistel. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 oct.) — Cancer colloïde parti d'une fistule appendiculaire et ayant traversé la paroi abdominale.

Bevan (A. D.) et **Favill** (H. B.). Acid intoxication, and late poisonous effects of anesthetics; hepatic toxemia; acute fatty degeneration of the liver following chloroform and ether anesthesia. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 et 9 sept.)

Bezbokaïa (Mlle M.). Gangrène humide de la jambe (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 10 sept.)

Blake (J. A.). Malposition of the appendix as a cause of functional disturbances of the intestine. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Bradford (E. H.). Midtarsal valgus, or knock ankle. (*New York Med. Journ.*, 7 oct.)

Brüning (F.). 2 seltene Fälle von subkutaner Sehnenzerreissung. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 oct.) — 2 cas rares de ruptures tendineuses sous-cutanées.

Bryan (W. A.). Cysts of the spleen. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 sept.) — Kystes de la rate.

Buch (G.). Zur Pathologie und Aetiologie des Malum Dupuytren. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXV, 1-2.)

Bucknall (R.). 2 cases of operation involving the thoracic duct. (*Brit. Med. Journ.*, 30 sept.)

Bureau (E.). Fracture de l'extrémité supérieure du péroné. (*Gaz. méd. de Nantes*, 16 sept.)

Casati (E.). Due parole oneste sulla chirurgia dello stomaco. In-8°, 9 p. Ferrare.

Caubet (H.). Epithélioma calcifié chez une fillette de cinq ans et demi. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Childe (C. P.). An unusual condition of the large intestine associated with carcinoma in two sisters, together with carcinoma in a third sister. (*Brit. Med. Journ.*, 30 sept.)

Clarke (J. J.). A note on congenital dislocation of the hip-joint and its modern treatment. (*Brit. Med. Journ.*, 30 sept.) — La luxation congénitale de la hanche et son traitement.

Codivilla (A.). Sulle condizioni viscerali degli scoliotici gravi. (*Riv. critica di clinica medica*, 16 et 23 sept.)

Congrès français de chirurgie. 18e session. Paris, 1905. Informations et documents divers. In-8°, 270 p. avec fig.

Courtin (J.). Quelques cas de luxations cubitales inférieures. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 8 oct.)

Cushing (H.). Concerning surgical intervention for the intracranial hemorrhages of the newborn. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — De l'intervention chirurgicale dans les hémorrhagies intra-crâniennes chez les nouveau-nés.

Czermak (W.). Zur osteoplastischen Resektion der äusseren Augenhöhlenwand. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 sept. et 5 oct.) — Sur la résection ostéoplastique de la paroi externe de l'orbite.

Del Greco (E.). Sull'intervento tardivo cruento nelle anchilosi del gomito post-traumatiche. (*Clinica moderna*, 27 sept. et 4 oct.) — Sur l'intervention sanglante tardive dans l'ankylose post-traumatique du coude.

Porta (S.). Actinomicosi del piede. (*Gazz. degli Osped.*, 21 sept.)

Posner (C.). Die diagnostische Hodenpunktion. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 août.) — La ponction exploratrice du testicule.

Pouey (E.). Dispepsia por apendicitis. (*Rev. méd. del Uruguay*, juillet.)

Prozorovsky (N.). Contribution à l'étude des kystes du mésentère (en russe). (*Roussk. Vratch*, 9 juillet.)

Richards (A. F. B.). On morbid growths, with a suggestion as to treatment. (*Lancet*, 23 sept.) — A propos des tumeurs et de leur traitement.

Richartz (H.). Zur Aetiologie der gleichmässigen Oesophaguserweiterung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 août.) — Etiologie de la dilatation uniforme de l'œsophage.

Riedel. Ueber den Zickzackschnitt bei der Appendicitisoperation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 et 21 sept.)

Ries (E.). Scopolamine-morphine anæsthesia; report on its use in 72 cases. (*Ann. of Surgery*, août.)

Rindone (S.). Linfangioendotelioma della vaginale. (*Giorn. dell'Assoc. napol. dei medici e natural.*, XIV, 3.)

Roberts (J. B.). A fatal case of Bacillus pyocyaneus septicæmiæ after surgical operation. (*New York Med. Journ.*, 12 août.)

Rose (W.) et **Carless** (A.). Manual of surgery. 6e éd. In-8°, 1364 p. Londres.

Rossi (A.). Craniectomia per frattura complicata del frontale con epilessia corticale. (*Gazz. degli Osped.*, 10 sept.)

Royster (H. A.). A case of fibroma of the ileum, producing obstruction by invagination; enterotomy; recovery. (*Med. Record*, 5 août.)

Sadokov (N.). Blessures de la tête, faites par un ours (en russe). (*Roussk. Vratch*, 6 août.)

Schinzinger. Das Karzinom der Mamma. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 sept.)

Schüssler. Rebellischer Pylorospasmus; Gastro-Enterostomie; Heilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 sept.)

UROLOGIE

Rovsing (Th.). Prostatahypertrofiens behandling. (*Hospitalstidende*, 11 oct.)

Sherman (H. M.). Exstrophy of the bladder successfully treated by Peter's method. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 sept.) — Exstrophie vésicale traitée par le procédé de Peter.

Sicuriani (F.). Due casi di neoplasia renale maligna. (*Gazz. degli Osped.*, 8 oct.)

Sieber. Ueber Cystennieren bei Erwachsenen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LXXIX, 4-6.)

Singer (G.). Ueber die Behandlung der skarlatinösen Urämie mit Venæsektion. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 3.)

Walker (J. W. T.). A note on a specimen of bladder and urethra removed two years after suprapubic prostatectomy. (*Brit. Med. Journ.*, 7 oct.) — Examen anatomo-pathologique de la vessie et de l'urèthre deux ans après la prostatectomie sus-pubienne.

Winternitz (A. M.). Ueber Indikationen zur operativen Behandlung der Blasensteine der Kinder. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 3.) — Indications de l'intervention chirurgicale dans les calculs vésicaux des enfants.

OPHTALMOLOGIE

Baudry (S.). Simulation et aggravation volontaires des blessures de l'œil à la suite d'accidents du travail. (*Nord méd.*, 1er sept.)

Bulson (A. E.). The extraction of uncomplicated immature senile cataract. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 23 sept.)

Duroux (E.) et **Grandclément** (L.). Des tumeurs du nerf optique. (*Lyon méd.*, 24 sept.)

Glegg (W.) et **Hay** (P. J.). A case of empyema in the posterior ethmoidal labyrinth with paralysis of the conjugate movements of the eyes and bitemporal limitations of the visual fields. (*Lancet*, 30 sept.)

Goldzieher (W.). Die Pathologie des Trachoms. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 oct.)

Pavlov (N.). Les rapports entre l'acuité visuelle et les processus pathologiques décelables par l'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil, d'une part, et les anomalies de réfraction, d'autre part (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, août.)

Posey (W. C.). Cyanosis retinæ. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Rochon-Duvigneaud (A.) et **Onfray** (R.). Phlébite purulente de la paupière, de l'orbite et du sinus caverneux, probablement consécutive à une broncho-pneumonie avec pleurésie et péricardite; mort. (*Arch. de méd. des enfants*, sept.)

Rohmer. Des accidents oculaires consécutifs aux injections prothétiques de paraffine dans la région nasale. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Roosa. Two cases of functional strabismus. (*Med. Record*, 2 sept.)

Sourdille (G.). Traitement de la diphtérie conjonctivale. (*Gaz. méd. de Nantes*, 7 oct.)

Thooris. Les dacryocystites par fracture du canal oculo-nasal. (*Echo méd. du Nord*, 24 sept. et 1er oct.)

Tiffany (F. B.). Differential diagnosis of intraorbital tumors. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 sept.)

Tzaztkine (A.). Dacryadénite aiguë bilatérale (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 27 août.)

Weeks (J. E.). Cylindroma of the orbit and lids. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 sept.) — Cylindrome de l'orbite et des paupières.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Canton (E.). Operação cesariana conservadora; methodo operatorio seguido na clinica. (*Brazil-medico*, 1er et 15 sept.)

Couvelaire (A.). Métastase utérine d'un cancer de l'estomac apparue au cours d'une grossesse et ayant nécessité l'opération césarienne. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, mai.)

Daniel (C.). Les hémorrhagies des kystes tordus de l'ovaire. (*Rev. de chir.*, oct.)

Eversmann (J.). Zur Therapie der Uterusruptur. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXVI, 3.)

Fedorov (I.). Un nouveau procédé de formation d'un vagin artificiel (en russe). (*Roussk. Vratch*, 10 sept.)

Franqué (O. von). Ueber operative und nicht operative Behandlung entzündlicher, insbesondere eitriger Adnexerkrankungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 sept.) — Sur le traitement des annexites suppurées.

Frei. Zur Therapie der Eclampsia gravidarum. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er oct.)

Füth (H.). Ueber die Verlagerung des Cæcums während der Gravidität in Rücksicht auf das Zusammentreffen derselben mit Appendicitis. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXVI, 3.) — Sur le déplacement du cæcum pendant la grossesse, au point de vue de la coexistence de celle-ci avec l'appendicite.

Goubarev (A.). Foyers infectés aigus dans la cavité pelvienne et leur traitement (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIV, 14.)

Graf (R.). Zur Frage der konservativen Myomoperationen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LVI, 1.)

Hartmann (H.). De la supériorité de l'hystérectomie abdominale sur l'hystérectomie vaginale. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, juin.)

Hirst (B. C.). The mortality of operations, other than strumectomy, in cases of exophthalmic goiter, with special reference to gynecological operations. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Holden (G. R.). Perineorrhaphy by uniting the borders of the levator ani muscles. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Johnson (J. T.). Post-partum hemorrhage. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Katounsky (E.). La grossesse et l'accouchement dans les cas d'affections organiques de la moelle épinière (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 20 et 27 août et 3 sept.)

PÉDIATRIE

Acker (G. N.). The diagnosis and treatment of pneumonia in children. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Anossov (N.). Sarcome du cou chez un enfant (en russe). (*Méd. Obozr.*, LXIV, 16.)

Biehler (Mme M. de). Angine et appendicite. (*Arch. de méd. des enfants*, août.)

Bucura (C. J.). Geschlechtsverhältnis der Neugeborenen mit besonderer Berücksichtigung der mazerirten Kinder. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 sept.) — Statistique des nouveau-nés au point de vue du sexe, comprenant les fœtus macérés.

Cantoni (N.) et **Silvestri**. Studi sulla reazione biologica del lattosiero. (*Pediatria*, sept.)

Cattaneo (C.). La cefalea nell'infanzia. (*Clinica moderna*, 13 sept.)

Chartier. Omphalorrhagie grave; traitement par le sérum gélatiné; guérison. (*Arch. de méd. des enfants*, août.)

Chutro (P.). Kyste traumatique de l'estomac chez un enfant. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Comby (J.). Maladie de Maurice Raynaud chez l'enfant. (*Arch. de méd. des enfants*, août.)

Cozzolino (O.). Il lavaggio intestinale generoso nel trattamento delle enterocoliti acute dissenteriformi dei lattanti. (*Pediatria*, sept.)

NOUVELLES

FRANCE

~~ Poursuivant leurs recherches sur la syphilis transmise aux singes, MM. E. Metchnikoff et E. Roux ont fait des tentatives de traitement préventif de la syphilis expérimentale, tentatives dont ils exposent les résultats dans un mémoire que publie le dernier numéro des *Annales de l'Institut Pasteur*.

Les auteurs ont tout d'abord cherché à obtenir un sérum antisyphilitique, et se sont dans ce but adressés aux singes inférieurs (macaques et cynocéphales), auxquels ils ont inoculé la syphilis, puis qu'ils ont soumis à des injections de sang entier de syphilitiques. Mais le sérum de ces animaux, capable de détruire le virus syphilitique *in vitro*, s'est montré inactif à l'égard du virus déjà introduit dans l'organisme.

Cela étant, MM. Metchnikoff et Roux ont cherché à détruire le virus au point même d'inoculation, au moyen de substances antiseptiques. Un premier essai fait avec une solution de sublimé à 1 ‰ (lavage de quatre minutes de durée une heure après l'inoculation) a complètement échoué. Par contre, des frictions exercées au bout de trois quarts d'heure ou même d'une heure au niveau de la plaie d'inoculation, pendant dix minutes, avec de l'onguent mercuriel double (mercure métallique et axonge benzoïnée à parties égales) empêchèrent, chez un chimpanzé et chez un macaque, la syphilis de se développer, et l'un de ces animaux, inoculé de nouveau au bout de quarante-neuf jours, eut une syphilis typique, avec accidents secondaires, ce qui prouve bien que la première inoculation était demeurée sans effet.

Mais les frictions à l'onguent mercuriel déterminent une très vive irritation, qui peut aller jusqu'à l'escharification superficielle; aussi les expérimentateurs eurent-ils recours au calomel, sous forme d'une pommade renfermant 10 grammes de ce sel pour 20 grammes de lanoline : des frictions excercées pendant cinq minutes avec cette pommade, une heure trois quarts après l'inoculation, prévinrent l'éclosion de la syphilis expérimentale chez une série de singes : 1 chimpanzé, 3 macaques, 1 cynocéphale.

Ajoutons que dans le but de déterminer le laps de temps pendant lequel le virus, demeurant localisé au point d'inoculation, peut être atteint par des topiques, MM. Metchnikoff et Roux ont inoculé un macaque à la pointe de l'oreille et ont excisé celle-ci vingt-quatre heures plus tard : aucun signe de syphilis n'a apparu, et, soixante jours après, une nouvelle inoculation a été positive.

Tels sont, fidèlement résumés, les résultats auxquels sont arrivés les expérimentateurs de l'Institut Pasteur. Ils sont fort intéressants, sans doute, mais cependant ne paraissent guère susceptibles d'applications pratiques, au moins immédiates. Aussi est-il profondément regrettable que la presse politique s'en soit aussitôt emparée, et qu'un journal quotidien à grand tirage ait pu imprimer, dès l'apparition du mémoire de MM. Metchnikoff et Roux — et non sans avoir, paraît-il, interviewé l'un des intéressés, dans le but d'authentiquer en quelque sorte l'ensemble de l'article — une note dans laquelle il est déclaré, avec cette assurance que donne souvent l'incompétence, que « ces recherches si importantes... nous promettent sous peu le moyen de prévenir l'avarie chez l'homme... » et encore : « Il se pourrait, pensons-nous, que bientôt la prévention de l'homme contre l'avarie soit (*sic*) un fait établi. » Tous ceux qui ont à cœur les vrais intérêts de la science ne peuvent que déplorer ces articles à allure pseudo-scientifique, écrits par des personnalités non qualifiées, qui, sous couleur de vulgarisation, répandent en réalité dans le public des idées fausses, de nature, dans bien des cas, à rendre plus difficile et plus ingrate la tâche du médecin.

~~ Dans la séance annuelle de l'Académie de médecine, tenue hier, M. Jaccoud, secrétaire perpétuel, a prononcé l'éloge de Panas, ancien professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris.

ANGLETERRE

~~ Le plus important journal politique de Londres, le *Times*, pour se procurer des abonnés parmi le Corps médical, vient d'avoir recours à une combinaison qui, au premier abord, pourrait en imposer à beaucoup de nos confrères. Tout récemment ce journal a créé une bibliothèque circulante à l'usage de tous ses abonnés, et il a eu ensuite l'idée d'organiser sur le même type, pour ses abonnés médecins, une bibliothèque médicale. La combinaison n'est pas sans un certain cachet de nouveauté, mais si l'on consulte la liste des ouvrages mis, pour le moment, à la disposition des abonnés, on voit qu'il s'agit en grande partie de traités et de dictionnaires et qu'en outre la *Medical Library of the Times Book Club* ne comprend aucun périodique; de plus, tous les ouvrages sont anglais : la littérature étrangère, sauf quelques traductions, y fait absolument défaut.

Dans ces conditions, il n'est guère admissible que le Corps médical puisse tirer profit des avantages qui lui sont offerts, en regard desquels il convient de mettre le prix très élevé de l'abonnement au *Times* (98 francs par an dans la Grande-Bretagne pour 312 numéros) et le port aller et retour des ouvrages communiqués lorsque l'abonné ne réside pas à Londres. Il est à noter, cependant, que le journal s'offre comme intermédiaire pour l'achat des livres en faisant jouir l'abonné d'une certaine remise, mais c'est là une question accessoire qui n'a rien à voir avec le principe nouveau de la bibliothèque circulante gratuite, laquelle ne pourra rendre de réels services que lorsque le *Times* se décidera à l'établir sur la seule base qui convienne en l'espèce : la science médicale étant internationale, il faut qu'une bibliothèque circulante, ne fût-elle qu'à l'usage des Anglais — ce qui ne serait pas le cas —, soit composée d'ouvrages et recueils périodiques en toutes langues. Comme guide, le *Times* n'a qu'à se reporter à notre « Bulletin bibliographique international ». Ce qui n'est pas possible avec un prix d'abonnement réduit, comme celui de la *Semaine Médicale*, pourrait peut-être se réaliser si le prix d'abonnement était plus élevé.

Mais il n'appartient guère à un journal politique, fût-il le *Times*, de se hasarder dans cette voie, qui est pleine de dangers, alors même qu'il est bien spécifié, comme l'a fait le grand journal de Londres, que le Medical Book Club ne fonctionne que pour les médecins. D'ailleurs, on sera toujours porté à considérer, non sans raison peut-être, qu'un journal politique en organisant un service de ce genre n'a pas exclusivement en vue l'intérêt de la profession médicale et qu'il cherche de la sorte à s'attirer une clientèle particulière.

Ce ne serait donc là qu'un moyen de réclame, rentrant plus ou moins dans la série de ceux qu'emploient en ce moment quelques périodiques anglais, comme par exemple l'*Answers*, qui, pour un abonnement annuel du prix de 5 fr. 65, fournit gratuitement à ses lecteurs, autant qu'ils le désirent, des « consultations » par correspondance, émanant « d'un corps brillant de médecins spécialistes ».

NORVÈGE

~~ Nous avons signalé l'épidémie de poliomyélite antérieure aiguë qui règne dans les pays scandinaves (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 480). Or, d'informations qui nous arrivent de Norvège, il résulte que M. Geirsvold, médecin des épidémies à Christiania, aurait isolé un microbe qu'il considère comme l'agent spécifique de la maladie. Retrouvé par notre confrère à l'examen du liquide céphalo-rachidien dans 12 cas différents, le microorganisme en question se présente sous l'aspect de diplocoques ou de tétracoques affectant la forme de haricots, opposés par leur côté aplati comme des grains de café, et entre lesquels on distingue une bande claire.

Le microbe en question se cultive facilement sur les milieux usuels : en milieu solide, on obtient des tétrades ou des amas, moins denses toutefois que ceux de staphylocoques; en milieu liquide, il se forme des chaînettes de quatre à six éléments.

Sur les préparations faites avec du liquide céphalo-rachidien, on voit souvent des microcoques de taille très variable, et notamment de volumineuses ampoules sans limite bien nette; ce sont là vraisemblablement des formes de dégénérescence, d'autant plus que ces éléments anormaux se rencontrent avec une fréquence particulière dans les cultures âgées.

Les inoculations ont principalement été pratiquées sur la souris blanche. Les animaux infectés présentent de la somnolence, puis de l'atrophie, principalement de l'arrière-train, et au bout de trois à quatre semaines — rarement plus tard — ils meurent d'une façon soudaine et dans un état d'amaigrissement considérable. Chez les souris tuées de la sorte, la culture du sang du cœur donne le microbe observé par M. Geirsvold à l'état de pureté et avec une virulence qui paraît exaltée.

D'autre part, nous apprenons qu'un médecin danois, M. V. Ellermann (de Copenhague), a observé, dans le liquide céphalo-rachidien centrifugé d'un sujet atteint de poliomyélite aiguë, des éléments qui diffèrent des leucocytes polynucléés et qui pourraient bien être des protozoaires. Les recherches de notre confrère ne sont pas encore assez avancées pour qu'il puisse émettre une opinion ferme sur la valeur pathogène de ces microorganismes. A noter toutefois qu'il ne les a pas trouvés dans un cas de méningite tuberculeuse.

PRUSSE

~~ Nous avons tout dernièrement signalé les intéressantes recherches statistiques par lesquelles M. Schuckink Kool est arrivé à démontrer la fréquence de la contagion conjugale de la tuberculose (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 540). De son côté, M. le professeur de la Camp (de Berlin) a recueilli par une autre voie des chiffres qui plaident dans le même sens, et prouvent bien, eux aussi, le rôle important que joue la contagion familiale dans la propagation des affections tuberculeuses. En effet, notre confrère a pu examiner la femme et les enfants de tous les tuberculeux du sexe masculin hospitalisés au sanatorium populaire de Grabowsee; or, il a constaté que, parmi les femmes, 46 % étaient atteintes de tuberculose pulmonaire et que 26 % seulement pouvaient être considérées comme entièrement saines; quant aux enfants, on ne trouvait parmi eux que 18 % de sujets en bonne santé : 63 % étaient scrofuleux et 19 % offraient des lésions pulmonaires. Et ce qui mérite d'être signalé, c'est que les malades du sanatorium de Grabowsee, interrogés sur l'état de santé de leur famille, avaient en général fourni des indications favorables; preuve bien convaincante du peu de créance qu'il convient d'accorder, en médecine, à tout renseignement que l'on n'a pu contrôler par soi-même!

~~ Il existe déjà à Münster en Westphalie une Université florissante qui comprend les lettres, les sciences, le droit et la théologie, et à laquelle on veut adjoindre la médecine, pour compléter l'enseignement universitaire. Il y aura donc d'ici peu une nouvelle Faculté de médecine en Prusse, ce qui portera à dix le nombre des établissements de cette nature pour l'ensemble du royaume.

SUÈDE

~~ Dimanche dernier a eu lieu à Stockholm la distribution solennelle des prix fondés par Nobel. Le prix de médecine pour 1905 a été décerné à M. le professeur R. Koch (de Berlin).

REVUE GÉNÉRALE

Les causes de la paralysie complète du nerf laryngé inférieur ou récurrent.

La paralysie complète du nerf laryngé inférieur ou récurrent peut survenir dans les maladies organiques les plus diverses; elle est même assez souvent la seule expression de l'affection qui lui a donné naissance, ce qui lui confère une valeur diagnostique incontestable, et rend par là même son étude d'un haut intérêt pratique.

La participation du récurrent à toute espèce de processus morbide s'explique aisément par ce fait que ce nerf, pendant son trajet, est exposé à être lésé par les nombreux organes avec lesquels il contracte des rapports plus ou moins intimes. Il importe donc tout d'abord de rappeler quelques notions anatomiques, utiles pour l'intelligence du sujet.

I

Le nerf laryngé inférieur se sépare du tronc du pneumogastrique dans la cavité thoracique même. Au commencement, les rapports du récurrent droit diffèrent de ceux de son congénère du côté opposé : à droite, le nerf forme une anse qui embrasse l'artère sous-clavière, tandis qu'à gauche il contourne l'aorte.

On voit donc tout de suite qu'une tumeur du médiastin, un anévrysme aortique, pourront facilement comprimer les récurrents; il en sera surtout ainsi pour les anévrysmes de la crosse de l'aorte à l'égard du récurrent gauche.

Les ganglions prétrachéobronchiques décrits par Baréty menacent aussi les deux laryngés inférieurs : le groupe des ganglions de droite est situé dans une loge limitée à gauche par le tronc brachio-céphalique; les ganglions du côté opposé sont en rapport, en haut, avec l'aorte et l'anse du récurrent gauche.

Le récurrent droit chemine ensuite tout près du sommet du poumon droit, ainsi qu'il ressort des recherches entreprises par Stocquart; des adhérences, des épaississements de la plèvre peuvent ainsi comprimer le nerf et avoir une influence plus ou moins nocive sur son fonctionnement. Le récurrent gauche ne contracte pas des rapports aussi intimes avec le sommet pulmonaire correspondant.

Les deux laryngés inférieurs arrivent alors à la face postérieure de la trachée, et à partir de ce moment leur trajet est identique à droite et à gauche : ils passent derrière les lobes latéraux du corps thyroïde, dans la gouttière formée par la trachée et l'œsophage, pour se rendre au larynx.

Dans cette gouttière, ils sont encore exposés à des lésions graves causées par les affections des ganglions péritrachéolaryngiens décrits par Gouguenheim et Leval-Picquechef. Ce sont des ganglions lymphatiques situés dans la région cervicale, à la partie postérieure du larynx et au voisinage de l'œsophage et de la trachée, où ils forment une chaîne composée de trois amas ganglionnaires, à savoir : un supérieur, très petit, à la partie postérieure et inférieure du larynx; un inférieur, le plus volumineux et le plus constant; enfin un moyen, également constant mais de très faibles dimensions. Sous une influence pathologique telle que la syphilis, la tuberculose, le cancer, ces ganglions s'hypertrophient et peuvent donner naissance à des signes de compression du nerf récurrent : c'est l'adénopathie trachéolaryngienne, à rapprocher de l'adénopathie trachéobronchique.

Les affections de l'œsophage, du corps thyroïde (tumeur maligne, hypertrophie) menacent aussi, à l'occasion, l'intégrité des nerfs récurrents.

Ajoutons que le larynx possède un *centre cérébral*, décrit par Krause et situé dans la moitié antérieure du pied de la frontale ascendante, dont la lésion est susceptible d'entraîner une paralysie récurrentielle; les cas de paralysie des récurrents, d'origine corticale, sont toutefois assez peu nombreux jusqu'ici.

Enfin, d'après MM. Van Gehuchten, De Beule, J. Broeckaert, il existe également un *centre bulbaire* de l'innervation motrice du larynx, situé dans le noyau dorsal du pneumogastrique; tous les auteurs, à vrai dire, ne partagent pas cette manière de voir. Quoi qu'il en soit, la corde vocale peut être complètement paralysée à la suite de lésions siégeant à ce niveau.

II

Les paralysies récurrentielles doivent être, au point de vue clinique, distinguées en *complètes* et *incomplètes*.

Ce n'est que des paralysies complètes que je m'occuperai dans ce travail. Mais il ne faut pas oublier que, suivant la loi de Rosenbach-Semon, dans toutes les affections organiques progressives qui atteignent les racines ou les troncs moteurs destinés au larynx, le dilatateur de la glotte succombe avant les adducteurs de la corde vocale, et souvent reste seul atteint, si bien qu'au total la paralysie complète du récurrent ne représente souvent que la dernière étape de la paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur.

Ceci posé — et avant de passer en revue les diverses lésions susceptibles de donner lieu à la paralysie récurrentielle complète —, qu'il me soit permis d'ajouter quelques mots sur la localisation droite ou gauche de cette paralysie, ainsi que sur la paralysie *bilatérale* du laryngé inférieur.

Disons tout d'abord que, sur 150 cas observés par lui, M. G. Avellis trouva la paralysie localisée 46 fois à la corde vocale droite, 92 fois à la corde gauche; 12 fois les deux côtés étaient atteints. L'étiologie de ces paralysies n'a pu être reconnue que dans 75 % des faits.

Au total, la paralysie complète des deux récurrents n'est pas très fréquente : M. Holger Mygind avait pu en rassembler 17 cas, et M. Deygas a porté ce nombre à 33; actuellement il faut ajouter à cette liste, outre les 12 faits précités de M. Avellis (1891), un cas de M. Sottas (1892), concernant une paralysie double survenue à la suite de couche; un autre observé chez un syringomyélique par M. F. Müller (1893); 2 consécutifs à la fièvre typhoïde, signalés par MM. Boulay et H. Mendel (1894); un cinquième appartenant à M. Lublinski (1895); un encore, par tumeur du médiastin, publié par M. J. Michael (1895); de son côté, M. A. Alexander communiquait en 1897, à la Société laryngologique de Berlin, une observation de paralysie double et complète des deux récurrents produite par des ganglions cancéreux; M. H. Dörrie, dans sa thèse (1898), puis M. Nihill (1900) relatent chacun un cas où la double paralysie était consécutive à un cancer de l'œsophage; M. R. Lake communique, à la Société laryngologique de Londres (1899), l'histoire d'un malade porteur d'une gomme du pharynx, qui était atteint également d'une paralysie des deux récurrents; M. Revol (1904) voit les deux cordes vocales complètement paralysées à la suite de la compression par un anévrysme de l'aorte; enfin, M. A. Schüller (1903) chez un tabétique, et M. W. Simpson (1903) dans 2 cas de cancer du médiastin, observent des lésions analogues des récurrents. C'est donc en tout une soixantaine de cas seulement de paralysie récurrentielle bilatérale complète que renferme à l'heure actuelle la littérature médicale.

Pour mettre dans l'étude des paralysies récurrentielles l'ordre nécessaire, M. Lermoyez, dans un travail classique (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 167-168), a fait état principalement du siège de la lésion causale, et il distingue ainsi des paralysies par lésion du tronc du récurrent (traumatisme, compression, névrites de diverses natures : toxique, infectieuse, etc.), par lésion du pneumogastrique, par lésion du spinal, par lésion bulbaire, par lésion cérébrale. Mais, ici, comme c'est la valeur séméiologique de la paralysie du laryngé inférieur qui nous intéresse surtout, nous laisserons de côté cette classification anatomique, pour passer tout simplement en revue les maladies des différents systèmes ou appareils, susceptibles de se compliquer de paralysie complète du récurrent. Nous aurons ainsi à envisager successivement les affections de l'appareil circulatoire, respiratoire, digestif, du corps thyroïde, les intoxications et infections, les lésions de l'axe cérébro-spinal

III

Les altérations des diverses parties constitutives de l'appareil circulatoire peuvent déterminer une paralysie complète de la corde vocale : mais, tandis que des exsudats péricardiques ou un anévrysme de l'aorte atteignent surtout le récurrent gauche, c'est celui de droite qui sera le plus souvent paralysé dans les anévrysmes de l'artère sous-clavière.

Pour ce qui est de la *péricardite exsudative*, M. Bäumler aurait observé dans cette affection un cas de paralysie récurrentielle bilatérale, laquelle disparut en même temps que l'exsudat; à vrai dire, la paralysie n'était pas complète, je cite néanmoins ce fait à cause de sa rareté.

La paralysie complète d'une seule corde vocale fut rencontrée dans les mêmes conditions par MM. L. von Schrötter, Landgraf, Irsai. Dans le cas de ce dernier auteur, il s'agit d'un rhumatisant de vingt-quatre ans, qui, pendant la période de production de l'exsudat péricardique, commença à devenir enroué : à l'examen du larynx, on trouva la moitié gauche de cet organe complètement immobile; deux semaines plus tard, l'exsudat diminua, mais la paralysie persista même après la résorption du liquide. M. Irsai attribue cette paralysie permanente à la formation de brides ayant enserré d'une façon définitive le nerf récurrent gauche.

Une des causes les plus fréquentes de la paralysie du laryngé inférieur est certainement la présence d'un *anévrysme des gros troncs artériels thoraciques*, et surtout de l'*aorte*, au point que M. Dieulafoy a proposé la dénomination de « type récurrent » pour désigner une variété d'anévrysme aortique qui doit ses symptômes justement à la compression du nerf laryngé inférieur. Dans ses cliniques, le professeur de Paris s'exprime à ce sujet comme il suit :

« L'aorte, après avoir dépassé la bifurcation de l'artère pulmonaire, se place au devant et à gauche de la trachée et se dirige ensuite vers la bronche gauche, qu'elle contourne en arrière et de droite à gauche. En ce point, l'aorte, qui va devenir aorte descendante, est donc en rapport immédiat avec la partie inférieure de la trachée et avec la naissance de la bronche gauche; elle confine à ces conduits aériens par sa concavité et par son segment antérieur. L'anévrysme aortique développé dans cette région est souvent sacciforme, il n'est pas volumineux, il ne dépasse guère les dimensions d'une noix; mais, au point de vue du pronostic, il est fort redoutable, parce que l'expérience prouve que c'est dans cette région que se fait le plus habituellement la perforation des conduits aériens, l'ouverture de l'anévrysme dans la trachée, dans les bronches et les hémorrhagies mortelles qui en sont la conséquence. Développé à cette région, l'anévrysme échappe presque complètement à nos moyens d'investigation, il échappe à la percussion et à l'auscultation, surtout quand ses dimensions sont petites; il ne détermine ni mouvement d'expansion, ni double centre de battements, ni matité, ni souffles, il ne trahit même pas toujours sa

présence par des phénomènes douloureux ; dans quelques cas, on ne voit rien, on n'entend rien, on ne sent rien » (1).

Il ressort donc de cette description que la paralysie de la corde vocale ne dépend pas du volume de l'anévrysme, mais bien du siège de la poche artérielle. Elle peut être ainsi l'unique symptôme d'un anévrysme aortique; c'est ce qu'établissent notamment les 3 observations de M. Porter, de MM. Nattier et Thomas, de M. D. Newman. Dans les deux premières, on n'avait constaté pendant la vie qu'une paralysie complète de la corde vocale gauche; dans la troisième, en plus de cette paralysie, il existait de la dysphagie et de la dyspnée, de sorte qu'on pouvait penser à un rétrécissement de l'œsophage; mais petit à petit les symptômes physiques caractéristiques d'un anévrysme de l'aorte firent leur apparition.

La paralysie du laryngé inférieur était également le seul symptôme chez les malades observés par M. Donelan et par M. Sedziak. Pour ce dernier cas, le diagnostic d'anévrysme put être porté grâce à l'emploi des rayons de Röntgen.

Si, le plus souvent, c'est le nerf récurrent gauche qui est comprimé par l'anévrysme de l'aorte, il existe pourtant des observations qui prouvent que la corde droite peut être elle aussi paralysée, et même être seule atteinte. Ainsi, M. K. Thue relate l'histoire d'un homme de trente-deux ans, atteint d'un anévrysme de l'aorte, chez lequel la corde vocale droite occupait une position intermédiaire entre les positions de respiration et de phonation; et à la Société laryngologique de Londres, M. Scanes Spicer put montrer des pièces anatomiques provenant d'un malade chez lequel la poche anévrysmale avait déplacé la partie inférieure de la trachée en arrière et vers la droite, de sorte qu'elle comprimait le récurrent et le pneumogastrique droits.

Les cas de paralysie complète de la corde vocale droite seule, à la suite d'un anévrysme de l'aorte, sont somme toute assez rares. M. L. Syllaba, qui en a observé un, soutient que la paralysie récurrentielle, chez les sujets atteints d'anévrysme de l'aorte, n'est pas toujours le résultat d'une simple compression du nerf laryngé inférieur : l'athérome de l'aorte pourrait se propager à la gaine du nerf et causer ainsi la paralysie (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 44).

Plus exceptionnelle encore est la paralysie complète des deux récurrents; j'en ai compté 4 cas, que voici sommairement résumés. M. Eugen Fränkel vit cette paralysie survenir à la suite d'un anévrysme de l'aorte, situé entre la carotide et la sous-clavière gauches, et s'étendant jusqu'à l'isthme du corps thyroïde : le récurrent gauche, le pneumogastrique et le récurrent droit étaient complètemet soudés aux parois du sac anévrysmal. M. H. Deygas rapporte une observation de M. Mouisset, concernant une femme de quarante et un ans, chez laquelle, à l'examen laryngoscopique, on constata que les deux cordes vocales étaient immobiles, en position cadavérique; à l'autopsie on trouva un sac anévrysmal refoulant à gauche le nerf récurrent gauche, tandis que celui de droite se perdait dans la masse péri-anévrysmale. Chez un malade observé par M. L. Revol la paralysie complète des deux cordes vocales existait sans aucun symptôme clinique appartenant à l'anévrysme de l'aorte, de sorte que celui-ci ne put être décelé que par les rayons de Röntgen. Enfin, chez un ouvrier, M. Hopmann trouva également à l'examen laryngoscopique une paralysie complète des deux cordes vocales, déterminée par un anévrysme aortique.

La paralysie récurrentielle gauche est donc un symptôme précieux pour le diagnostic des anévrysmes de l'aorte; bien plus, on peut souvent juger de l'efficacité du traitement, suivant que la paralysie persiste, ou bien, au contraire, s'améliore ou disparaît complètement. C'est ainsi que M. Aron vit une paralysie récurrentielle céder à la suite de frictions mercurielles; chez une femme de cinquante-deux ans, observée par M. Rosenberg, la corde vocale, qui se trouvait en position cadavérique, recouvra presque entièrement ses fonctions après administration d'iodure de potassium et emploi du courant galvanique; grâce au même traitement, chez le malade de M. Landgraf, la corde vocale, qui était complètement paralysée, revint au bout de trois mois en position médiane, pour reprendre tout à fait sa mobilité un mois plus tard; dans un cas de M. Zwillinger, la paralysie récurrentielle guérit en quatre mois.

Si le récurrent gauche est souvent lésé par l'anévrysme aortique, le nerf laryngé inférieur droit, de son côté, peut être comprimé par les *anévrysmes de l'artère sous-clavière droite* ou *du tronc brachio-céphalique*. Par exemple, dans un fait de M. Finlayson, un anévrysme du tronc brachio-céphalique adhérait au récurrent et au nerf pneumogastrique du côté droit; des observations analogues ont été publiées par M. Newman, par M. Mader. C'est à la suite d'un anévrysme de l'artère sous-clavière que la corde vocale droite était paralysée chez les malades de M. Chapuis, de M. Onodi, de M. Ed. Meyer.

IV

Nous avons signalé, au début du chapitre précédent, des faits témoignant de la participation possible des récurrents, et surtout du récurrent gauche, au cas de péricardite exsudative. Or, voici que les affections intrinsèques du cœur, elles-mêmes, peuvent entraîner une telle complication.

C'est en 1897 que M. N. Ortner publia les deux premières observations de paralysie du récurrent dans le *rétrécissement mitral*. Le premier de ces faits concerne un jeune homme de dix-sept ans, ayant une paralysie du récurrent gauche, et à l'autopsie duquel on trouva l'oreillette gauche déplacée vers la partie antérieure, de sorte que la bronche gauche était à cheval sur elle; le récurrent du même côté, à son passage autour de la crosse aortique, était aminci et décoloré précisément au point où la partie la plus élevée de l'oreillette comprimait la bronche et l'aorte. Dans le second cas, le nerf laryngé inférieur gauche était comprimé entre l'oreillette du même côté et l'aorte.

Par la suite ont été publiés les faits de MM. F. Kraus, Sinclair Gillies, Syllaba, Alexander, où l'on constata également la paralysie complète du récurrent gauche; mais la pathogénie de cet accident ne serait pas toujours celle qui a été admise par M. Ortner. C'est ainsi que M. Kraus, chez son malade, constata des modifications des rapports existant entre l'artère pulmonaire, le ligament artériel et la crosse aortique; le récurrent gauche se trouvait étranglé par le ligament artériel qu'il croisait et qui s'étendait de la branche gauche de l'artère pulmonaire à la paroi inférieure de l'aorte, tandis que l'oreillette, très augmentée de volume, était séparée du point d'étranglement par un intervalle de 9 centimètres environ. Dans le cas de M. Gillies, la branche gauche dilatée de l'artère pulmonaire comprimait le récurrent gauche.

Pour compléter la liste des faits jusqu'ici connus de paralysie récurrentielle due à la sténose mitrale, je citerai encore l'observation de M. Hofbauer et le cas tout récent de M. Frischauer (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 549); mais la paralysie du récurrent n'était pas complète dans ces deux faits, ils n'entrent donc pas dans le cadre de ce travail.

Chez un malade de M. von Schrötter, la paralysie complète du récurrent gauche offrit une grande importance diagnostique, en ce qu'elle permit de reconnaître la *persistance du canal artériel*, alors que l'auteur hésitait entre cette affection, une sténose pulmonaire et un défaut de cloisonnement des ventricules : l'examen radiographique et surtout laryngoscopique décida en faveur du diagnostic de persistance du canal artériel, et ce diagnostic fut confirmé par la nécropsie, car on constata que le récurrent gauche était comprimé entre l'aorte et le canal en question, dilaté. La pathogénie de ce fait est éclairée par les recherches de M. Chaput qui, à l'autopsie de nouveau-nés, put régulièrement s'assurer que le récurrent gauche contourne non pas l'aorte, mais bien le conduit artériel, rapport qui s'explique par le développement de la crosse aortique et la descente apparente du cœur pendant le cours du développement fœtal (1).

V

La paralysie récurrentielle peut compliquer différentes affections pulmonaires. Ainsi M. Bäumler et M. H. Kohn ont rencontré l'un et l'autre cette paralysie dans l'*anthracose :* le nerf laryngé inférieur était comprimé par des adhérences formées entre ce nerf et le pneumogastrique, d'une part, et un ganglion lymphatique, d'autre part.

La *pleurésie* peut également déterminer la paralysie complète de la corde vocale, et cela non seulement à une époque éloignée, à la suite de la production de brides susceptibles de fixer le récurrent (le droit surtout), mais même pendant sa phase aiguë. M. von Schrötter a signalé cette complication dans un cas de pleurésie aiguë gauche, ne datant que de dix jours; d'après l'auteur, il ne pouvait s'agir chez ce malade que d'une infiltration œdémateuse ou inflammatoire de la plèvre. La paralysie de la corde vocale paraît être toutefois très rare dans les épanchements pleuraux, car M. von Schrötter, qui a fait des examens de la trachée dans des cas de grands épanchements pleuraux, ne l'a jamais observée.

Particulièrement intéressante à cet égard est l'observation de M. W. Favre : un exsudat pleurétique abondant du côté *droit* avait provoqué une paralysie de la corde vocale *gauche*, qui dura plus de trois mois et guérit complètement après résorption d'une grande quantité de liquide, lorsque le cœur eut récupéré sa position normale. L'auteur a entrepris à cette occasion des expériences sur le cadavre : en injectant de l'eau dans la cavité pleurale droite, il a pu constater par l'inspection directe l'élongation du nerf laryngé inférieur gauche à la suite de la traction exercée par l'aorte déplacée.

Dans la *tuberculose pulmonaire*, le mécanisme de la paralysie récurrentielle diffère suivant que la compression du nerf laryngé est la conséquence d'adhérences formées entre la plèvre revêtant le sommet du poumon droit, d'une part, et le récurrent correspondant, d'autre part, ou bien est causée par des ganglions lymphatiques caséeux ou du tissu fibreux développé par suite de périadénite. Le récurrent gauche peut subir, à son tour, la compression par un ganglion constant qui le sépare de la bronche gauche. Ajoutons que la paralysie complète des deux cordes vocales a été rencontrée dans la tuberculose par MM. C. Gerhardt et Brieger. Le récurrent gauche était, au contraire, seul pris chez le malade de M. P. Schech.

La névrite du nerf récurrent peut aboutir, dans la tuberculose pulmonaire, à la paralysie complète de la corde vocale, comme le fait a été signalé par M. Lubet-Barbon dans sa thèse inaugurale.

Chez les enfants, les ganglions lymphatiques étant plus développés que chez l'adulte, la com-

(1) G. Dieulafoy. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (1896-1897), p. 99. Paris, 1897.

(1) Les documents sont peu nombreux, en ce qui concerne les paralysies récurrentielles dans les affections du sang; je citerai seulement la *leucémie*, dans laquelle le nerf laryngé inférieur peut être comprimé par des ganglions lymphatiques hypertrophiés, comme dans un fait de M. Löri.

pression du récurrent se produit plus facilement, au cours de la tuberculose, par hypertrophie ganglionnaire. M. Baumgarten a observé une compression de ce genre chez un garçon de cinq ans. De son côté, M. Macintyre a communiqué, à la Société laryngologique de Londres, l'histoire d'un enfant de quatre ans et demi, qui avait une paralysie complète de la corde vocale gauche, et dont l'autopsie révéla une phtisie pulmonaire avec adhérence du récurrent gauche à un ganglion caséeux. M. Ramon de la Sota y Lastra trouva, chez une femme de cinquante ans, la corde vocale gauche en position cadavérique, complètement immobile, à la suite d'une cicatrice située à la partie antérieure du muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche et consécutive à un ganglion caséeux suppuré de l'enfance; le traitement confirma ce diagnostic pathogénique, en ce sens qu'une parésie concomitante de la corde droite, que l'auteur attribue à une affection rhumatismale, disparut sous l'influence du traitement électrique, tandis que la paralysie de l'autre corde persistait.

Les *tumeurs du médiastin* ou l'*hypertrophie des ganglions médiastinaux* dégénérés à la suite de métastase de tumeurs malignes, exposent aussi à la lésion du récurrent, surtout du côté gauche. Dans un cancer primitif du poumon, observé par M. Galey, on vit, à l'autopsie, le nerf laryngé inférieur, le péricarde, l'aorte, la trachée et l'œsophage englobés dans les masses néoplasiques. Ce sont des métastases ganglionnaires du côté du médiastin, dans un cas de cancer du cæcum, qui avaient causé la paralysie complète des deux cordes vocales chez le malade de M. Newman. M. Schadewaldt a également présenté à la Société laryngologique de Berlin un patient ayant une paralysie complète du récurrent gauche, et à l'autopsie duquel on trouva un cancer du médiastin. Les nerfs récurrent et pneumogastrique gauches étaient de même compris dans une tumeur maligne du médiastin, dans un fait observé par M. Hawthorne, tandis que les deux récurrents se perdaient dans la masse d'un sarcome médiastinal chez le malade de M. Michael.

VI

Si nous passons à l'appareil digestif, nous voyons que le *cancer de l'œsophage*, quand il est situé au niveau du cartilage cricoïde, se propage souvent de la partie postérieure de ce cartilage vers l'intérieur du larynx, de sorte qu'à l'examen au miroir on n'est pas toujours en état de se prononcer sur le point de savoir si le siège primitif de la tumeur est le larynx ou l'œsophage.

Quoi qu'il en soit, dans 2 cas observés par M. Hödlmoser, la paralysie complète du récurrent gauche était le seul symptôme d'un cancer de l'œsophage situé à la hauteur de la bifurcation de la trachée. Cependant, la présence d'une paralysie de la corde vocale gauche peut contribuer à induire en erreur, comme chez le malade de M. R. Kuckein, qui, en plus d'une paralysie récurrentielle gauche, présentait des symptômes plaidant en faveur d'un anévrysme de la crosse aortique, sans compter qu'à l'examen radiographique on découvrit une ombre correspondant à la crosse de l'aorte; or, l'autopsie révéla un cancer de l'œsophage, situé au-dessous du cricoïde et comprimant le récurrent gauche.

Chez un sujet également atteint de cancer de l'œsophage, M. H. von Schrötter constata une paralysie intermittente du récurrent. Il s'agit d'une femme de soixante et un ans qui, pendant longtemps, ne présenta pas de troubles de la déglutition, et chez laquelle pourtant l'examen œsophagoscopique permit de reconnaître une tumeur ulcérée : la corde vocale gauche, pendant plusieurs jours, resta complètement immobile, puis l'état s'améliora de nouveau et même, dans les derniers temps, on pouvait à peine déceler une différence de motilité entre les deux cordes.

Ajoutons que le cancer œsophagien est la cause la plus commune de paralysie récurrentielle bilatérale et complète.

Depuis la publication de von Ziemssen, qui constitue la première observation de paralysie complète des deux récurrents au cours du cancer de l'œsophage, les cas de ce genre se sont multipliés. M. Deygas n'en a pas rassemblé moins de 14, dont 6 de M. Garel. Dans un fait de M. Alexander, la compression était due aux ganglions péritrachéaux qui, dégénérés à la suite d'un cancer de l'œsophage, englobaient les deux récurrents et en avaient amené la paralysie complète.

VII

Pour en finir avec les causes locales susceptibles de donner naissance à des paralysies récurrentielles, ajoutons que, en raison de ses rapports avec le corps thyroïde, le nerf laryngé inférieur est souvent comprimé par des *goitres* ou des *tumeurs thyroïdiennes malignes*, sans parler des accidents opératoires auxquels il est exposé, lors d'intervention chirurgicale sur la région thyroïdienne : compression dans une ligature posée sur l'artère thyroïdienne inférieure, section accidentelle, traumatismes pendant l'opération — tels que tiraillement, compression par des écarteurs —, influence nocive des antiseptiques sur les fibres nerveuses (au moins à l'époque où l'on avait encore recours à l'acide phénique au cours des interventions).

Ces faits mis à part, voici quelques chiffres qui prouvent que la paralysie récurrentielle n'est pas rare chez les goitreux :

Sur 151 cas de goitre, M. Krönlein trouve, avant toute opération, 7 fois la paralysie d'une corde vocale (il n'est pas dit combien de fois le récurrent était complètement paralysé, ni même s'il s'agissait réellement de paralysie récurrentielle); M. Bergeat, sur 300 cas, nota 33 fois la paralysie de la corde vocale ; M. Paul Raugé a communiqué au dixième Congrès français de chirurgie l'histoire de 3 goitreux ayant une paralysie complète de l'un des récurrents (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 422).

L'évolution de ces paralysies est fort variable après l'extirpation du goitre : tandis que chez le malade de M. O. J. Stein la paralysie disparut tout à fait, elle persista au contraire dans les cas de MM. Credé, Treitel, Lardy.

VIII

Si nous passons maintenant aux causes générales de paralysie récurrentielle, nous voyons que les névrites toxiques ou infectieuses n'épargnent pas plus le nerf laryngé inférieur que les autres nerfs périphériques.

C'est ainsi que M. Seifert et M. R. Flatow ont rapporté chacun un cas de paralysie de ce nerf à la suite de l'*intoxication saturnine*. M. P. Heymann vit de son côté un peintre de vingt-deux ans dont la corde vocale gauche se trouvait en position cadavérique; cette paralysie disparut en trois mois à la suite du traitement institué, mais, cinq mois plus tard, ce même malade présentait une paralysie double du dilatateur de la glotte. M. Charters Symonds trouva la corde gauche complètement paralysée chez une jeune fille de dix-huit ans, qui offrait aussi des symptômes d'intoxication saturnine.

Chez un ouvrier occupé dans une fabrique de bronze, M. Heymann vit survenir la paralysie de l'une des cordes vocales à la suite de l'*intoxication arsenicale*.

M. Dundas Grant, dans un cas, attribua le même accident à l'*alcool*.

La *puerpéralité* conduit à la paralysie névritique du récurrent par auto-intoxication. Par exemple, chez une jeune primipare qui devint enrouée quatorze jours après son accouchement, M. F. Danziger, à l'examen laryngoscopique, trouva la corde droite complètement paralysée; quelques semaines plus tard, tout était revenu à l'état normal. Cet auteur cite un autre cas du même genre, appartenant à M. Sottas : il s'agit d'une femme qui, quatre jours après son sixième accouchement, accusa des douleurs dans l'abdomen et les membres inférieurs; au bout de trois jours survenait une paralysie du bras avec aphonie, et les deux cordes vocales étaient complètement paralysées. Dans le premier fait relaté par M. Przedborski, une paralysie complète du récurrent droit se produisit au neuvième mois de la grossesse, pour ne disparaître qu'après l'accouchement.

Non seulement les toxines bactériennes qui se forment dans l'organisme au cours de différentes maladies infectieuses sont susceptibles de causer des paralysies récurrentielles par névrite, mais celles-ci peuvent encore se produire à la suite de la compression du nerf laryngé inférieur par des ganglions lymphatiques péritrachéaux. Or, cette distinction n'a pas qu'un intérêt théorique, car, si les paralysies appartenant au premier groupe sont en général — mais non toujours — passagères, celles qui relèvent du second mécanisme sont au contraire définitives.

Quoi qu'il en soit, dans la *fièvre typhoïde*, M. Thomas a vu survenir une paralysie complète de la corde vocale gauche, qui fut améliorée par l'électricité. MM. Boulay et Mendel, sur 17 cas de paralysie laryngée typhoïdique, rencontrèrent 5 fois l'un des récurrents complètement paralysé; 2 fois les deux nerfs étaient pris. M. Lublinski observa 3 fois la paralysie complète de l'une des cordes vocales; chez un quatrième malade les deux cordes étaient en position cadavérique. Des observations recueillies par M. Landgraf, 12 concernent des sujets chez lesquels la paralysie du larynx se déclara pendant la convalescence de la fièvre typhoïde.

C'est aussi pendant la période de convalescence que la majorité des paralysies laryngées dues à la *rougeole* font leur apparition. Une femme observée par M. Mackenzie était enrouée depuis son enfance à la suite de cette fièvre éruptive; à l'examen laryngoscopique, on trouva la corde vocale gauche complètement paralysée. M. P. Masucci a de son côté communiqué à la Société italienne de laryngologie 2 cas de paralysie complète du récurrent d'origine morbilleuse : le premier concerne un enfant devenu aphone quatre semaines après une atteinte de rougeole; dans le second cas, il s'agit d'une jeune fille dont l'enrouement débuta également pendant la convalescence de cette affection. A la suite d'une épidémie légère de rougeole, M. Smith a noté une fois de l'aphonie passagère, due à la paralysie complète de l'une des cordes vocales. M. Lermoyez trouva le récurrent gauche complètement paralysé chez une femme de trente ans, aphone depuis l'âge de trois ans à la suite d'une éruption morbilleuse.

Dans la *diphtérie*, le larynx est moins souvent le siège de paralysies que le voile du palais. M. James B. Bell vit cependant survenir une paralysie complète, mais passagère, de l'une des cordes vocales à la suite de cette affection. Chez un enfant de sept ans, qui avait souffert d'une diphtérie quatre semaines auparavant, M. Schech trouva non pas une compression des deux récurrents — lesquels étaient complètement paralysés —, mais bien une dégénérescence graisseuse du tronc de ces nerfs.

M. Kuttner et M. Seiffert observèrent l'un et l'autre la paralysie complète de l'une des cordes vocales à la suite de l'*influenza*.

M. Treitel, M. Laranza rapportent chacun un cas de *paralysie rhumatismale* du laryngé inférieur, qui céda, dans l'un de ces faits, à l'application de l'électricité, dans l'autre à l'administration du salicylate de soude.

Dans le même ordre d'idées, MM. Lermoyez

et Laborde ont observé, chez une blanchisseuse de soixante-deux ans, une paralysie récurrentielle à la suite d'un *phlegmon latéral du pharynx;* les troubles laryngés étaient associés à une hémiplégie incomplète du voile du palais.

Les *processus syphilitiques* sont aussi une cause fréquente de paralysie récurrentielle. M. Zwillinger a communiqué, à la Société oto-laryngologique de Budapest, l'histoire d'un malade atteint d'une paralysie complète de la corde vocale droite à la suite d'une pachyméningite basilaire syphilitique; après vingt-six frictions mercurielles la corde vocale revint presque à la normale. Chez un homme observé par M. R. Lake, c'est une gomme syphilitique qui avait donné naissance à une paralysie des deux récurrents. L'hémiplégie du pharynx et du larynx disparut presque complètement, à la suite du traitement spécifique, chez un syphilitique invétéré dont l'observation a été publiée par M. Desvernine.

IX

Pour ce qui est des affections de la moelle épinière, le plus fort contingent de paralysies laryngées est fourni par le tabes dorsal et la syringomyélie. Mais, tandis que dans l'ataxie locomotrice progressive on rencontre le plus souvent la paralysie du dilatateur de la glotte (muscle crico-aryténoïdien postérieur), dans la syringomyélie c'est la paralysie complète du récurrent qui est de beaucoup la plus fréquente.

Quoi qu'il en soit, l'examen laryngoscopique rend de grands services dans le diagnostic du *tabes dorsal*, car la paralysie récurrentielle peut exister à une époque où les symptômes de l'ataxie locomotrice sont à peine ébauchés, voire même que cette paralysie peut être le seul symptôme du tabes, à côté des troubles oculaires, et mettre ainsi sur la voie d'un diagnostic encore hésitant.

La fréquence des paralysies laryngées chez les tabétiques est diversement appréciée par les auteurs. M. Krause trouva 13 fois des parésies ou paralysies laryngées sur 33 cas; M. Dreyfus, sur 22 faits, nota 2 fois la paralysie de l'abducteur de la corde vocale; M. Marina, sur 36 observations, signale 10 fois la paralysie de l'abducteur et 4 fois l'immobilité des cordes vocales; M. Burger relève 4 paralysies de ce genre sur 20 tabétiques, C. Gerhardt 17 sur 100; Sir Felix Semon, dans une première série, vit 7 paralysies laryngées sur 12 cas, tandis que l'examen du larynx des 50 ou 60 tabétiques qui se présentèrent ensuite à son observation ne lui laissa reconnaître aucun trouble de motilité des cordes vocales; M. Sedziak, sur 22 cas, nota 8 paralysies; M. Natier, dans le service de M. Dejerine, put constater 20 fois la paralysie du dilatateur de la glotte sur un total de 102 tabétiques; enfin, M. Syllaba trouva 6 paralysies laryngées sur 170 cas de tabes, et M. H. Dorendorf 29 sur 245; de ces 29 dernières observations, 7 concernent des paralysies récurrentielles complètes.

La paralysie du récurrent a été encore rencontrée dans l'ataxie locomotrice par MM. Löri, Grabower, H. von Schrötter.

La paralysie complète des deux cordes vocales est assez rare chez les tabétiques. Je n'ai pu trouver dans la littérature que le cas de C. Gerhardt, un autre de Sir Felix Semon, communiqué à la Société laryngologique de Londres, concernant un homme de quarante ans, qui avait contracté la syphilis cinq ans plus tôt et chez lequel des troubles de la phonation avaient fait leur apparition depuis quatorze mois. Un tabétique vu par M. Deygas dans le service de M. Garel avait présenté des signes de paralysie des abducteurs des cordes vocales, qui nécessitèrent la trachéotomie; un jour la canule tomba d'elle-même et ne fut plus replacée, car le malade respirait normalement, mais à l'examen laryngoscopique on trouva les deux récurrents complètement paralysés. Enfin un cas de paralysie récurrentielle bilatérale d'origine tabétique a été observé par M. Schüller.

Le plus souvent, la paralysie laryngée dans le tabes est due à l'altération du tronc périphérique du pneumogastrique et du spinal, les noyaux bulbaires étant intacts. En effet, l'examen histologique dans les cas de MM. Dejerine et Pétreen, de M. Cahn, a pu être pratiqué à une époque relativement récente de l'existence de la paralysie laryngée, les malades étant morts d'affections intercurrentes; or, ces auteurs admettent comme cause de la paralysie récurrentielle une névrite périphérique.

Pour ce qui est de la *syringomyélie*, M. Baurowicz a pu rassembler dans la littérature 23 cas de cette affection avec paralysies laryngées : 12 fois l'une des cordes vocales était complètement paralysée et 1 fois la paralysie des deux récurrents était complète (observation de M. Müller). J'ajoute à cette statistique 2 faits de M. Cartaz, 1 de M. Tilley et 1 autre de M. Schilperoort, qui tous ont trait à la paralysie complète de l'une des deux cordes vocales — plus un cas de *maladie de Morvan*, relaté dans la thèse inaugurale de M. A. Griner et recueilli dans le service de M. Lermoyez —, et je signale que, chez un malade de M. J. Fein, la paralysie récurrentielle fut le premier symptôme de la syringomyélie.

Dans la *sclérose en plaques*, la paralysie complète de la corde vocale gauche a été observée par M. Jobson Horne.

Les *lésions protubérantielles* peuvent déterminer aussi la paralysie complète des cordes vocales. M. A. Meillon, dans sa thèse, relate 2 faits de ce genre, avec paralysie alterne ou syndrome de Millard-Gubler. Le premier de ces cas appartient à M. F. de Havilland Hall : la corde gauche était complètement paralysée, et on découvrit à l'autopsie une gomme cérébrale intéressant la protubérance annulaire; le second concerne un malade observé par MM. Maurice Dide et A. Meillon; c'est la corde droite qui cette fois-ci se trouvait en position cadavérique; le diagnostic clinique fut « hémorrhagie protubérantielle chez un artérioscléreux albuminurique ».

Le noyau bulbaire du pneumogastrique était détruit par un foyer syphilitique chez une malade de M. Ott, qui avait la corde vocale droite complètement paralysée.

Enfin, M. P. K. Pel rapporte un cas de paralysie du laryngé inférieur coexistant avec la *paralysie labio-glosso-laryngée*, tandis que le malade de MM. Picot et Hobbes, porteur aussi d'une paralysie de la corde vocale, était atteint d'une *paralysie pseudo-bulbaire;* le diagnostic dans ce dernier fait a été confirmé par l'autopsie.

X

Comme je le disais au début de ce travail, les cas de *paralysie récurrentielle d'origine cérébrale* sont encore rares, et n'échappent pas à toute objection. MM. Garel et Dor ont publié en 1890 2 faits de ce genre, suivis d'autopsie. Le premier concerne une femme de soixante-douze ans ayant une hémiplégie droite; à la nécropsie on trouva dans l'hémisphère droit, sur le pied de la troisième circonvolution frontale, deux foyers de ramollissement. Le second cas est relatif à un homme de trente-cinq ans ayant une endocardite ulcéreuse; à l'examen *post mortem*, les auteurs constatèrent un foyer de ramollissement dans le noyau lenticulaire, empiétant légèrement sur la partie externe de la capsule interne. Chez ces deux malades il existait pendant la vie une paralysie complète du récurrent gauche.

L'année suivante, M. Dejerine communiqua à la Société de biologie de Paris (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 81) l'histoire de 2 hémiplégiques avec troubles moteurs du larynx. Chez l'un d'eux, notamment, il y avait paralysie complète de la corde droite; or, l'autopsie révéla, entre autres lésions, les altérations suivantes, seules capables d'expliquer la paralysie du récurrent : l'hémisphère gauche présentait, au pied d'insertion de la troisième frontale sur la frontale ascendante, un foyer de ramollissement du volume d'une grosse noisette; les noyaux du pneumogastrique et du spinal, les racines ainsi que le tronc de ces nerfs, n'offraient absolument rien d'anormal.

Enfin, chez un malade de M. Eisenlohr, ayant une paralysie complète de la corde vocale gauche, on trouva à la nécropsie (entre autres lésions) une dégénérescence partielle de la partie postérieure des capsules internes.

Ces faits ne doivent être cependant acceptés qu'avec certaines réserves. Les données physiologiques nous apprennent, en effet, que le larynx a deux grandes fonctions : l'une phonatoire, l'autre respiratoire. Or, cette dernière n'a pas de représentation dans l'écorce cérébrale; les objections faites par Sir Felix Semon et Sir Victor Horsley, à propos des cas publiés par MM. Garel et Dor, nous paraissent donc fondées.

Nous arrêterons là cette longue énumération. Comme on a pu s'en rendre compte au cours de cet article, nombreux sont les facteurs susceptibles de déterminer la paralysie complète du laryngé inférieur : maladies du cœur et des gros vaisseaux, tumeurs du médiastin, de l'œsophage, du corps thyroïde, affections respiratoires, comme causes locales; affections médullaires ou cérébrales, comme causes agissant à distance; intoxications chimiques ou microbiennes, comme causes générales, apportent leur contribution à cet intéressant chapitre de pathologie du larynx. Il n'en reste pas moins que l'anévrysme de l'aorte, l'adénopathie trachéo-bronchique, le tabes constituent les causes les plus fréquentes de cette complication; aussi est-ce à ces trois affections que le praticien devra tout d'abord songer, quand il se trouvera en présence d'une paralysie récurrentielle de cause obscure.

Dr Eugène Félix,
Agrégé à la Faculté de médecine de Bucarest.

MÉDECINE PRATIQUE

Le facies de la tétanie : sa valeur diagnostique, principalement dans les formes frustes ou latentes de cette affection.

Au milieu du siècle dernier, la tétanie paraît avoir été une maladie très commune en France, et particulièrement à Paris, où elle fut décrite pour la première fois. Depuis lors, cependant, les choses ont changé, et actuellement il se passe parfois de longs mois sans qu'on ait l'occasion de voir de cas de cette affection dans les hôpitaux parisiens. En Allemagne, au contraire, et plus encore en Autriche, la tétanie s'observe d'une manière tout à fait banale.

Mais la rareté de la tétanie en France est-elle réelle ou apparente?

S'il est possible, en effet, qu'au milieu du dix-neuvième siècle il se soit agi d'une simple épidémie qui se serait éteinte spontanément au bout de quelque temps — pareil fait s'est produit pour d'autres affections, la grippe, par exemple —, d'autre part, on peut fort bien concevoir que les caractères morbides de la tétanie aient simplement subi certaines modifications rendant le tableau clinique plus ou moins méconnaissable. Devant une pareille alternative, une étude symptomatologique attentive peut seule indiquer entre laquelle des deux hypothèses il convient de choisir.

Pour ce qui est de la tétanie, cette étude n'est pas sans présenter quelque difficulté, si l'on tient compte de ce polymorphisme de l'affection sur lequel M. L. Guinon a naguère insisté dans

une leçon clinique publiée par ce journal même (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 345). Pour arriver à cette fin, il faut s'appuyer principalement sur la recherche de certains signes cliniques qui sont considérés comme symptômes fondamentaux de la tétanie : tels sont la « main d'accoucheur », l'attitude spéciale des pieds, le signe de Trousseau, celui du facial ou de Weiss-Chvostek. Au fur et à mesure que l'affection a été mieux connue, de nouveaux symptômes dont la valeur n'est pas moindre sont venus s'ajouter aux précédents : parmi eux doivent être placés en première ligne le signe du phrénique, décrit par M. A. Soloviev (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 240), et la production de la secousse cathodique de fermeture au-dessous de 5 milliampères.

Le facies du malade est, lui aussi, bien particulier dans la tétanie. Sans parler de cette modalité rare décrite il y a vingt-cinq ans par M. Soltmann sous le nom de « bec de carpe », il nous suffira de rappeler les termes dans lesquels M. Guinon s'exprimait à cet égard dans la clinique précitée : « ... la face, disait notre confrère, présente un aspect tout spécial : déjà pâle antérieurement, cette fillette a encore pâli depuis quelques jours; ses traits sont comme affinés, effilés « en lame de couteau », les paupières rétrécies, le nez pincé, le sillon nasogénien profondément marqué, les lèvres pincées et portées en avant. » Plus loin, M. Guinon dit d'un autre petit malade qu'il avait « un aspect sardonique, et ne pouvait ouvrir la bouche; il ne pouvait aussi écarter complètement les paupières... La face était asymétrique, les plis étant plus marqués à gauche, surtout quand le petit patient voulait rire; les lèvres étaient pincées. Vous voyez réunis là le trismus du tétanos et *le facies de la tétanie* ».

Plus récemment, M. Escherich, dont les travaux ont tant contribué dans le cours des quinze dernières années à mieux faire connaître la tétanie, a pu écrire, à propos des aspects très variés que revêt cette affection, que dans toutes ses variétés on retrouve comme fond commun un « état tétanoïde, signe de l'excitabilité mécanique et électrique exagérée du système nerveux central et périphérique, hyperexcitabilité dont une attitude irritable et craintive, une expression anxieuse et l'exaltation du tonus des muscles faciaux constituent une expression clinique fréquente ».

Ces citations prouvent que le facies particulier que présentent les malades atteints de tétanie est aujourd'hui une notion sinon classique, du moins fort bien établie. Aussi peut-on s'étonner à bon droit que, dans le titre d'un mémoire paru dans le dernier fascicule du *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, et où il relate les recherches qu'il a poursuivies à la clinique des maladies des enfants de la Faculté de médecine de Munich, M. le docteur A. Uffenheimer ait cru devoir parler d'un « nouveau signe de la tétanie latente (et manifeste) de l'enfance : le facies de la tétanie ». Si notre confrère avait pris la peine de consulter la bibliographie française, il n'aurait pas manqué de s'apercevoir qu'il découvrait à nouveau un symptôme qu'avant lui d'autres auteurs avaient bien observé et décrit, et il se serait abstenu de promettre dans son titre autre chose que ce qu'apporte son article. Si, en effet, le facies de la tétanie ne constitue nullement un *nouveau* signe de l'affection qui nous occupe, on n'a peut-être pas toujours accordé à ce symptôme la valeur diagnostique qu'il mérite, et, à ce point de vue, le mémoire de M. Uffenheimer représente une contribution précieuse : pour notre confrère, le facies de la tétanie constituerait en effet un signe réellement fondamental de cette affection, permettant de la dépister alors même qu'elle se présente sous une forme fruste ou latente.

Le trait caractéristique de ce facies est l'abolition de l'expression enfantine du visage, les petits malades prenant un air pensif, paraissant soucieux, préoccupés, souvent malicieux et astucieux, en un mot ayant l'air « morose, triste et déprimé » dont M. Guinon parlait il y a quatre ans.

La contracture de l'orbiculaire des lèvres, du grand zygomatique et du *risorius de Santorini* donne à la physionomie quelque chose de sardonique, tandis que le spasme du muscle frontal fait apparaître des rides au front. Parfois le facies de la tétanie ne devient apparent que lorsque le petit malade se met à pousser des cris.

Après avoir examiné plus de cinquante enfants atteints de tétanie, M. Uffenheimer est arrivé à cette conclusion que, chez la grande majorité d'entre eux, il suffit de rechercher le facies spécial pour le retrouver; il est néanmoins certains cas d'un diagnostic indiscutable où le signe en question manque entièrement.

Quelquefois, il est simplement associé à l'hyperexcitabilité galvanique, et tous les autres symptômes classiques font défaut. Dans ces formes frustes, c'est un symptôme précieux, car l'examen des réactions électriques n'est pas toujours d'une pratique commode en dehors des services hospitaliers, et à lui seul le facies met alors sur la voie du diagnostic.

D'autres fois, le facies de la tétanie constitue l'unique reliquat d'une affection ayant achevé son évolution : grâce à lui on peut ainsi porter le diagnostic *a posteriori*, même après le retour des réactions électriques normales.

Enfin ce signe peut également se manifester d'une façon précoce; il précède en pareil cas l'apparition des autres symptômes et l'on comprend toute l'importance qu'il acquiert dans ces conditions, en permettant d'instituer un traitement approprié et de prévenir de la sorte l'éclosion de la maladie.

On voit que le facies de la tétanie mérite d'être bien connu, car la constatation de ce signe apporte un appoint précieux au diagnostic dans toutes les phases de l'affection et dans toutes ses variétés.

Palpation intra-œsophagienne des ganglions trachéo-bronchiques pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

Les douleurs thoraciques sont fréquentes au début de la tuberculose pulmonaire, mais elles sont généralement assez vagues et ont un siège mal déterminé : le malade se plaint de douleurs dans le dos, de points entre les omoplates, qui reconnaissent vraisemblablement pour cause des adénites aiguës, nullement spécifiques, de la chaîne trachéo-bronchique. Toutefois, comme elles ne donnent pas d'ombre sur l'écran fluoroscopique, ces adénopathies ne peuvent être mises en évidence par la radioscopie, et l'on doit se baser pour les reconnaître sur la spinalgie, phénomène sur lequel M. Petruschki a naguère attiré l'attention (Voir *Semaine Médicale*, 1903, p. 175).

Les résultats que l'on obtient par cette méthode ne sont pas toujours satisfaisants. C'est pourquoi M. le professeur E. Neisser, médecin de l'hôpital civil de Stettin, a imaginé de recourir, pour la recherche des adénites trachéo-bronchiques aiguës du début de la tuberculose, à la palpation directe des ganglions enflammés, palpation qui peut se pratiquer d'une manière relativement facile à l'aide d'une sonde introduite dans l'œsophage, cet organe se trouvant en rapport immédiat avec les principaux ganglions du groupe trachéo-bronchique.

A cet effet, notre confrère s'est servi tout d'abord d'une sonde œsophagienne ordinaire, coiffée d'un doigtier en baudruche. On introduit la sonde ainsi préparée jusqu'à ce que son extrémité se trouve à une distance convenable de l'arcade dentaire; si alors on insuffle de l'air dans le cathéter, la baudruche se distend et comprime légèrement les organes voisins. Lorsque parmi ceux-ci se trouvent des ganglions enflammés, le malade éprouve une douleur particulière, analogue à celle que produit la compression manuelle des adénites sous-cutanées. Il est bon d'introduire la sonde d'emblée à 30 centimètres de profondeur, puis de la retirer progressivement, en ayant soin de laisser échapper l'air à chaque fois avant de la déplacer. L'insufflation doit naturellement être pratiquée sous une pression très modérée et il faut agir avec beaucoup de douceur et de prudence.

Depuis lors, M. Neisser, afin de mieux localiser la compression et d'éviter notamment tout accident du côté du pneumogastrique, a perfectionné son instrument de la façon suivante : on coule de la paraffine dans l'extrémité de la sonde, de façon à obturer les yeux qu'elle porte latéralement, puis on pratique une petite ouverture à 10 centimètres de l'extrémité du cathéter. Dans celui-ci on en introduit un autre plus petit, muni de son doigtier en baudruche comme précédemment. Si l'on insuffle de l'air dans cet appareil, la membrane extensible qui est fixée à la petite sonde fait hernie à travers l'orifice dont la grande est percée.

Lorsqu'on opère sur des sujets dont les ganglions trachéo-bronchiques sont indemnes, la palpation médiate pratiquée comme il vient d'être dit est entièrement indolore, à condition qu'elle soit faite avec la prudence voulue; 250 individus sains examinés à cet égard par M. Neisser ont toujours donné un résultat négatif. Au contraire, parmi les sujets qui présentaient des douleurs thoraciques et chez lesquels on soupçonnait l'existence d'une tuberculose au début, 80 % ont accusé une douleur caractéristique, même lorsque l'insufflation était pratiquée sous une pression tout à fait minime.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Le point épigastrique dans l'emphysème pulmonaire et dans les cardiopathies, par M. H. de Brun.

C'est après seize années de recherches et en s'appuyant sur une cinquantaine d'observations, que l'auteur décrit un nouveau symptôme — le point douloureux épigastrique — qui s'observerait dans l'emphysème pulmonaire et dans certaines cardiopathies.

Le premier cas suivi par M. de Brun concerne une femme de soixante-sept ans qui présentait, depuis dix ans, une « gastralgie singulière » ayant résisté à de nombreux agents thérapeutiques et caractérisée par une douleur épigastrique très intense et constante, s'exacerbant au moindre attouchement et au plus léger effort. Les fonctions digestives étaient absolument normales, c'est tout au plus si l'ingestion des aliments provoquait quelque augmentation de la douleur.

A l'examen du thorax et à l'auscultation, on reconnut l'existence d'un emphysème pulmonaire généralisé. Les bruits du cœur étaient sourds et lointains; au foyer tricuspidien, le claquement systolique était normal, mais il se trouvait remplacé par un léger souffle dès que l'on faisait faire quelques pas à la malade. En outre, un peu de cyanose des lèvres, un œdème des jambes à peine marqué et la dilatation des jugulaires révélaient l'existence d'une dilatation du ventricule droit. La guérison fut obtenue très rapidement par l'administration d'une potion contenant 2 grammes d'iodure de potassium et s'est maintenue pendant de longues années durant lesquelles ce traitement a été suivi.

Devant les bons effets de cette médication qui agit si bien dans l'emphysème pulmonaire, M. de Brun se demanda s'il n'existerait pas entre cette affection et le point épigastrique une relation de cause à effet; ce fut là le début de ses recherches dont les résultats tendent à démontrer l'extrême fréquence du symptôme dont il s'agit.

Le point épigastrique se rencontrerait, en

effet, chez les emphysémateux dans la proportion de 71 %; il serait plus fréquent chez les hommes que chez les femmes et s'observerait surtout de quarante à soixante ans. Le début est généralement insidieux; il peut cependant survenir brusquement à la suite d'une maladie fébrile, d'une fatigue physique ou d'un effort violent. La douleur est parfois légère et consiste en une sorte de gêne continue; c'est toutefois l'exception, car elle est plus souvent caractérisée par une sensation de pesanteur, de tension pénible; mais, dans la majorité des cas, cette douleur est d'une violence telle qu'elle en impose pour une gastralgie, un ulcère de l'estomac, voire même pour une colique hépatique ou saturnine; elle interdit tout mouvement au patient et l'empêche de dormir pendant plusieurs semaines.

C'est au-dessous et un peu à gauche de l'appendice xiphoïde que se trouve le siège de prédilection du point douloureux, lequel occupe, en général, un espace très restreint, mais s'étendait cependant, dans un fait, à toute la région sus-ombilicale et même, chez un autre malade, à la totalité de l'abdomen. On a noté aussi, dans un cinquième des cas, l'irradiation en ceinture avec un point plus marqué à la partie inférieure du dos. Cette douleur, qui est continue, avec des exacerbations, est augmentée considérablement par la pression au niveau de l'épigastre, qui provoque une angoisse profonde. Enfin, il peut aussi survenir — rarement toutefois — des troubles diffus de la sensibilité, accompagnés de phénomènes nerveux, tels que : éructations, nausées, bourdonnements d'oreille, sensation générale de courbature, d'anéantissement et même, dans un cas, il y eut pour ainsi dire perte de connaissance.

Il est encore à noter que le point épigastrique est très souvent un phénomène subjectif précoce de l'emphysème pulmonaire : c'est ainsi que, sur 37 cas, il a précédé 16 fois la dyspnée, chez 14 malades il est survenu en même temps qu'elle, 7 fois seulement c'est la dyspnée qui a débuté.

A quelle cause originelle faut-il rattacher le point épigastrique? Surpris, à juste titre, de la fréquence de cette douleur dans l'emphysème pulmonaire, M. de Brun se demanda quel pouvait être le rôle joué par cette dernière affection dans la production de ce symptôme. Après avoir éliminé l'abaissement des viscères consécutif au refoulement du diaphragme par les poumons dilatés et les tiraillements qui peuvent ainsi être exercés sur le plexus solaire, attendu que dans la gastro-entéroptose le point épigastrique n'a jamais été observé, l'auteur s'est arrêté à l'hypothèse suivante :

L'emphysème généralisé opposant une gêne permanente à la circulation pulmonaire, le cœur est obligé de lutter constamment pour vaincre cet obstacle, par suite le ventricule droit s'hypertrophie, se dilate et devient ainsi le siège d'une sensibilité spéciale susceptible de donner lieu à une véritable douleur. On peut ajouter à cela la fatigue qui lui est imposée par un travail excessif et la pression qu'il peut exercer, par l'intermédiaire du diaphragme, sur la région du plexus solaire; mais c'est surtout la distension du ventricule droit qu'il faut incriminer, et d'ailleurs, chez tout emphysémateux avéré, c'est ce ventricule qui vient battre dans l'angle costo-xiphoïdien gauche, c'est-à-dire au lieu même d'élection du point douloureux.

Mais alors, dira-t-on, si c'est la distension du ventricule droit qui provoque le point épigastrique, ne devrait-on pas observer ce symptôme quand il y a distension de ce ventricule, même en l'absence de tout emphysème? C'est en effet ce qui se produit, car M. de Brun a recueilli 4 observations de malades porteurs de lésions mitrales accompagnées de dilatation du ventricule droit et qui, sans avoir aucunement de l'emphysème pulmonaire, n'en présentaient pas moins un point épigastrique nettement caractérisé.

Ce sont là des faits qui apportent un argument de plus en faveur de l'hypothèse émise par l'auteur, et la conclusion à laquelle il arrive c'est qu'il y aurait lieu d'opposer, aux douleurs des cardiopathies artérielles issues des altérations de l'aorte, les douleurs des cardiopathies du ventricule droit, consécutives aux troubles de la circulation pulmonaire, qui se différencient des premières par des caractères nettement tranchés. (*Rev. de méd.*, décembre 1905.) — J. G.

Pancréatites et lithiase biliaire,
par MM. Quénu et Duval.

L'existence de lésions inflammatoires du pancréas au cours de la lithiase biliaire a suscité, depuis trente ans, un certain nombre de travaux, surtout en Allemagne, en Amérique et en Angleterre. A l'occasion de 4 cas observés et opérés par eux, MM. Quénu et Duval ont entrepris une étude générale de cette question, basée sur 118 observations qu'ils ont pu réunir.

Au point de vue de la pathogénie des pancréatites, on peut dire que, dans la plupart des faits publiés, il y avait lithiase du cholédoque. En ce qui concerne la variété anatomique des pancréatites observées, il semble que les pancréatites chroniques soient associées le plus fréquemment à la lithiase du cholédoque, puis à celle de la vésicule, les pancréatites suppurées à la lithiase vésiculaire et la forme hémorrhagique aux calculs de l'ampoule de Vater.

Dans la très grande majorité des cas, la lithiase biliaire a un long passé clinique; en moyenne, le syndrome hépatique existe depuis quatre, six, sept ans. Dans quelques faits rares, la pancréatite éclate sans que les antécédents hépatiques aient existé ou aient été importants; il s'agit presque toujours alors de pancréatite hémorrhagique ou nécrotique rapidement mortelle.

Deux théories absolument opposées ont été soutenues au sujet de l'interprétation pathogénique de ces pancréatites. Truhart, en effet, ne voit aucune relation causale entre la cholélithiase et l'inflammation du pancréas; il pense que ce sont deux affections parallèles, absolument indépendantes l'une de l'autre, dont la coexistence est purement fortuite. Tous les autres auteurs, au contraire, considèrent la pancréatite, quelle que soit sa forme anatomique, comme une complication de la cholélithiase, et ils reconnaissent deux modes d'infection du pancréas : l'infection par contiguïté, dont le point de départ est le cholédoque, et l'infection directe canaliculaire ascendante, d'origine duodénale ou biliaire. Il est cependant des cas pour lesquels il semble logique d'invoquer l'hypothèse d'une infection originelle commune hépato-pancréatique, aboutissant d'une part à la cholélithiase, d'autre part à la pancréatite chronique.

Tandis que les cas de pancréatite aiguë grave ont une symptomatologie foudroyante très nette, les symptômes de la pancréatite chronique sont perdus dans le syndrome hépatique, et, chez la presque totalité des malades, la lésion n'est constatée qu'au cours de l'intervention opératoire.

Le pronostic des pancréatites hémorrhagiques est extrêmement sévère : 20 cas ont donné 20 morts. Les pancréatites suppurées et nécrotiques sont moins graves; sur 27 cas il y a eu 19 morts et 8 guérisons, obtenues toutes après laparotomie et drainage du pancréas.

MM. Quénu et Duval ont pu réunir 62 opérations pour pancréatite chronique associée à la cholélithiase, avec 8 morts; dans ces interventions toutes les opérations possibles sur les voies biliaires ont été pratiquées, et la nature de l'intervention a presque toujours été commandée par le siège des calculs ou l'état d'infection des voies biliaires, bien moins par la pancréatite. Il est évident qu'il faut d'abord s'occuper de la cholélithiase, explorer minutieusement les voies biliaires sur toute leur hauteur, et en extraire tous les calculs. Quant au traitement des pancréatites chroniques, il ne peut être qu'indirect et consiste dans le drainage des voies biliaires. Pour cela, si la vésicule est relativement saine, non atrophiée, et le cystique perméable, si la lithiase est purement vésiculaire, la cholécystostomie constitue le procédé de choix. Si, au contraire, la vésicule est atrophiée, si le cystique est oblitéré, la cholécystectomie s'impose et le drainage, de ce fait, se trouve reporté sur l'hépatique ou sur le cholédoque, suivant le siège des calculs. (*Rev. de chir.*, octobre 1905.) — M. C.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur la gangrène du testicule dans la blennorrhagie, par M. A. Buschke.

Si l'inflammation de l'épididyme constitue une des complications les plus fréquentes de la blennorrhagie aiguë, la participation du testicule proprement dit à ce processus morbide est, au contraire, excessivement rare, à tel point que la plupart des traités classiques ne font guère mention d'altérations testiculaires pouvant survenir au cours de la blennorrhagie. Cela étant, il nous paraît intéressant de signaler le fait publié par M. Buschke et qui a trait à une complication de ce genre.

Il s'agissait, dans cette observation, d'un jeune homme de vingt-sept ans, qui fut admis à l'hôpital pour une blennorrhagie aiguë datant de trois semaines et qui, depuis trois jours, s'était compliquée d'épididymite droite. A l'examen, on ne constata de lésion d'aucun autre organe. Il existait une uréthrite antérieure aiguë de moyenne intensité, avec présence de nombreux gonocoques. L'épididyme droit, à peu près deux fois plus gros qu'à l'état normal, était modérément douloureux et offrait une surface inégale et une consistance moyennement dure. On ordonna des applications chaudes, le repos au lit, ainsi que l'usage interne du salol et de quelques calmants.

Au bout d'une dizaine de jours, la palpation dénota l'existence d'un foyer de ramollissement paraissant situé dans la profondeur même du testicule. La tuméfaction de l'épididyme avait déjà, à ce moment-là, quelque peu diminué; la peau du scrotum était intacte et ne présentait ni rougeur, ni œdème; l'état général du patient était bon et, localement même, on ne remarquait extérieurement rien de particulier. Pourtant, une ponction, pratiquée avec toutes les précautions d'asepsie, fournit quelques gouttelettes d'un liquide purulent contenant des leucocytes et des détritus, mais pas de micro-organismes (pas plus à l'examen microscopique qu'en ensemencements).

On continua d'abord le même traitement, espérant que le petit abcès testiculaire pourrait encore se résorber. Toutefois, on ne tarda pas à se convaincre que le processus progressait (rougeur circonscrite du scrotum, léger œdème, etc., etc.), quoique d'une manière torpide et en l'absence de toute élévation thermique. On se décida alors à intervenir chirurgicalement, et, au cours de l'opération, on fut à même de constater que la suppuration avait pour siège le testicule même : une incision, pratiquée dans le parenchyme de la glande séminale, montra qu'il ne restait plus que fort peu de tissu glandulaire normal, la plus grande partie du testicule étant parsemée de petits abcès et de foyers de nécrose. En présence de cet état de choses, on extirpa la totalité de la glande avec la tunique vaginale.

Fait à remarquer, l'épididyme était complètement séparé du testicule par une couche de tissu normal, de sorte que l'on ne saurait admettre ici la propagation du processus morbide de l'épididyme au testicule, la lésion de celui-ci paraissant avoir été absolument indépendante de celle du premier.

Ajoutons que les ensemencements du pus recueilli pendant l'intervention et de parcelles de tissus sur les milieux de culture habituellement employés pour le gonocoque ne donnèrent qu'une bactérie rappelant le colibacille.

En se basant sur ce fait personnel, ainsi que sur les cas plus ou moins analogues recueillis, en 1899, dans la thèse de M. Alric-Bourgès et sur l'observation publiée plus récemment par M. Sovinski, l'auteur se croit autorisé à conclure que la lésion testiculaire constitue, en pareille occurrence, une complication *secondaire* de la blennorrhagie, la gravité même du processus de destruction des tissus n'étant guère en rapport avec ce que l'on connaît

sur le mode d'action habituel du gonocoque. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 septembre 1905.) — L. CH.

Contribution à l'étude de l'implantation vésicale de l'uretère par voie abdominale, par M. P. Rissmann.

L'implantation de l'uretère dans la vessie est une opération délicate : si l'on multiplie les points de suture ou qu'on les recouvre d'un pli vésical, on risque d'amener une sténose du conduit ou tout au moins de l'œdème de sa muqueuse, d'où l'arrêt de l'écoulement des urines avec toutes ses conséquences. Si, afin d'éviter cet inconvénient et d'assurer la fixité de l'uretère dans la boutonnière vésicale, on passe un fil à l'extrémité du conduit pour le faire ensuite ressortir par l'urèthre et le fixer à la peau, on s'expose à la cystite et aux calculs. Pour toutes ces raisons, M. Rissmann pense que le manuel opératoire est encore susceptible d'amélioration, et c'est dans ce but qu'il propose la modification suivante :

Après s'être assuré de la perméabilité parfaite de l'uretère, on le coupe en un biseau ou bec de flûte assez long, puis on passe un fil dans l'extrémité de ce biseau; le fil sera lui-même engagé dans le chas d'une forte aiguille courbe et mousse. La vessie est alors incisée et, par cette ouverture, on engage l'aiguille de façon qu'elle vienne soulever la paroi vésicale à environ 3 centimètres en dedans de la première incision : sur la pointe de cette aiguille la vessie est ouverte une seconde fois, ce qui permet de retirer l'aiguille de la vessie tout en attirant l'uretère dans la première incision et son extrémité biseautée dans la dernière; là, le fil qui traverse la pointe de l'uretère est passé dans les deux lèvres de la boutonnière vésicale, ce qui assure tout à la fois l'occlusion de celle-ci et la fixité de l'uretère. La première plaie vésicale est ensuite rétrécie et fermée au ras de l'uretère par deux points de suture, qui ne doivent en aucune façon intéresser l'uretère. Enfin la vessie est fixée au bassin par quelques points de suture et le péritoine est reconstitué par-dessus le tout.

L'uretère se trouve ainsi largement béant dans l'intérieur de la vessie, sa muqueuse n'est nullement comprimée et sa fixité est assurée. Une opération, bien que malheureuse du fait d'autres circonstances, a permis à l'auteur de s'assurer à l'autopsie, faite au troisième jour, qu'il en est bien réellement ainsi : l'orifice était libre et la muqueuse nullement œdématiée. Le seul inconvénient du procédé, c'est d'exiger que l'uretère ait gardé presque toute sa longueur; il serait donc d'un emploi difficile après les résections étendues de ce conduit, par exemple pour cancer. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, septembre 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS RUSSES

Les résultats de la palpation du gros intestin dans la fièvre typhoïde, par M. G. Zéleny.

On sait que le gargouillement dans la fosse iliaque droite est considéré par un certain nombre de cliniciens comme un signe de fièvre typhoïde. Or, si l'on a soin de pratiquer minutieusement la palpation du cæcum, il est facile de se rendre compte que le gargouillement obtenu dans la fosse iliaque droite ne témoigne nullement d'un état pathologique, car ce phénomène s'observe également chez la plupart des sujets bien portants. Ce qui est caractéristique de la dothiénentérie, ce n'est pas le fait même du gargouillement, mais la grande facilité avec laquelle il se laisse constater, et cela parce que le contenu du cæcum est plus liquide qu'à l'état normal et renferme plus de gaz.

La valeur clinique de ce signe étant, par conséquent, très restreinte, il nous paraît intéressant d'attirer l'attention sur le gargouillement dans la fosse iliaque *gauche* ou, plus exactement, dans l'S iliaque, gargouillement qui, à en juger d'après les recherches de M. Zéleny, se rencontrerait chez la plupart des typhoïdiques, tandis qu'il ferait défaut chez les personnes saines.

Sur 200 dothiénentériques que l'auteur a eu l'occasion d'observer au cours de ces trois dernières années, il n'a noté qu'une vingtaine de fois l'absence de gargouillement dans l'S iliaque. Le symptôme en question une fois apparu se maintient généralement pendant toute la durée de la maladie et ne disparaît que lorsque la température redevient normale, voire même quelques jours plus tard. Cette disparition ne se produit, d'ailleurs, pas d'un seul coup, mais d'une manière progressive, le gargouillement devenant de moins en moins sonore.

Comme la présence dans l'S iliaque d'un mélange de liquide et de gaz, qui détermine le gargouillement, est étroitement liée au processus morbide caractéristique de la fièvre typhoïde, on comprend que ce gargouillement constitue un signe de la dothiénentérie ayant une certaine valeur diagnostique. Il serait, toutefois, erroné de vouloir en faire un symptôme pathognomonique, le gargouillement dont il s'agit pouvant aussi être observé dans d'autres affections, telles qu'entérites, dysenterie, etc.

Quoi qu'il en soit, l'absence de ce signe aurait, au point de vue du diagnostic, une valeur encore plus considérable que sa présence. C'est ainsi qu'elle pourrait notamment faciliter le diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et la granulie, le défaut de gargouillement dans l'S iliaque militant contre l'hypothèse de dothiénentérie.

Fait à remarquer, on obtient le gargouillement en question non seulement dans les cas de fièvre typhoïde avec diarrhée, mais aussi lorsqu'il y a constipation et selles moulées. Or, comme ces phénomènes s'observent surtout au cours du premier septénaire de la maladie, quand le diagnostic en est le plus difficile, la constatation du gargouillement acquiert, en pareille occurrence, une très grande valeur.

Il va sans dire qu'il importe de s'assurer que le gargouillement se produit réellement dans l'S iliaque et de ne tenir aucun compte de tout gargouillement que l'on obtient en exerçant une pression rapide sur la fosse iliaque droite, le bruit pouvant, en pareil cas, avoir pour siège l'intestin grêle (surtout lorsqu'on a affaire à une sténose de cet intestin dans sa portion inférieure).

Il convient, en outre, lors de la palpation de l'intestin, de se rendre compte de l'état de sa paroi et du degré de liquéfaction de son contenu : l'intestin est-il distendu et son contenu très liquide, le gargouillement dans l'S iliaque n'est pas d'origine accidentelle et relève bien de la dothiénentérie. De plus, on ne doit pas oublier que le gargouillement de cause accidentelle (purgatif, lavement, etc.) se laisse facilement différencier par son caractère passager. (*Roussk. Vratch*, 15 octobre 1905.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Indications des inhalations de formol contre la tuberculose pulmonaire.

D'après l'expérience de MM. les docteurs Dumarest et Bayle (d'Hauteville), expérience basée sur l'étude de 55 observations, les inhalations de formol, que certains médecins ont pour habitude de prescrire indistinctement dans tous les cas de tuberculose pulmonaire, ne sont réellement efficaces que dans quelques variétés de cette affection, notamment dans les tuberculoses d'inhalation à localisation bronchique superficielle, car, dans ces formes-là seulement, les vapeurs formiques peuvent atteindre les foyers bacillaires. Quand il s'agit au contraire de tuberculose bronchique profonde compliquée de bronchopneumonie caséeuse, les inhalations de formol ne donnent qu'une certaine amélioration, qui se limite à la diminution du nombre des bacilles; enfin, dans les tuberculoses parenchymateuses, on ne retire aucun bénéfice de l'emploi des inhalations formiques.

Dans les cas favorables, les guérisons que l'on obtient par ce moyen thérapeutique peuvent être définitives. C'est ainsi que chez une malade atteinte d'une tuberculose bronchique superficielle généralisée, dont l'expectoration était extrêmement chargée de bacilles, il suffit de faire pratiquer les inhalations pendant un mois pour voir entièrement et définitivement disparaître les bacilles, et cette guérison se maintient depuis trois ans.

Le mode de traitement adopté par nos confrères consiste à faire faire, au début, deux inhalations de dix minutes chaque jour avec une solution au taux de 2.5 à 5 %. On augmente ensuite progressivement la durée des séances et la concentration de la solution, suivant la tolérance du malade, pour arriver, lorsque celui-ci le supporte, à des séances d'une durée totale de deux heures par jour, les inhalations étant pratiquées avec une solution à 20 %.

Ces inhalations provoquent parfois de la sécheresse de la bouche et de la gorge ou l'apparition de quintes de toux. Ce sont là des inconvénients plus désagréables que dangereux. Par contre, on peut observer des accidents plus graves si on ne laisse pas à l'accoutumance le temps de s'établir. C'est ainsi qu'un malade, qui avait *proprio motu* exagéré son traitement, eut une poussée d'œdème pulmonaire d'ailleurs peu intense.

Le babeurre à l'intérieur contre le strophulus et l'eczéma.

Partant de cette considération que le strophulus et l'eczéma sont des états secondaires, dépendant des phénomènes dyspeptiques que présentent toujours les enfants atteints de ces toxidermies, M. le docteur E. Lesné, médecin des hôpitaux de Paris, a eu l'idée de traiter ces affections cutanées par l'administration du babeurre, dont on connaît l'efficacité dans la gastro-entérite des nourrissons (Voir *Semaine Médicale*, 1902, p. 82 et 1904, p. 356). Les résultats obtenus par notre confrère, et dont M. le docteur E. Davenière vient de rendre compte dans sa thèse inaugurale, ont été des plus heureux.

En effet, chez les 4 enfants de treize mois à deux ans qui ont été traités par le babeurre pour des accidents de strophulus, la guérison a été obtenue en quelques jours, et lorsqu'il s'est produit des récidives, celles-ci ont toujours été enrayées rapidement par l'usage du babeurre. En outre, 8 nourrissons de moins d'un an ont été soumis au même mode de traitement pour des eczémas généralisés, et, chez eux, le résultat thérapeutique a été plus frappant encore, car aucun n'a eu de rechute.

La quantité de babeurre à administrer varie naturellement avec l'âge du petit malade. Dans tous les cas, M. Lesné s'est bien trouvé d'additionner le babeurre d'un peu de farine. Voici le mode de préparation qu'il a adopté :

On délaye à froid, dans une casserole en porcelaine, une cuillerée à soupe de farine de riz, de froment ou de maïs avec un litre de babeurre que l'on verse peu à peu en tournant le mélange avec une cuiller en bois; on ajoute seize morceaux de sucre et l'on chauffe, en ayant soin de remuer constamment le mélange. Le feu doit être assez doux pour que les premiers bouillons se produisent seulement au bout de vingt-cinq minutes environ; on fait « monter » le liquide trois fois, puis on le laisse refroidir. Avant de donner cette préparation à l'enfant, il faut avoir soin de l'agiter fortement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 décembre 1905.

De l'indice de réfraction du sérum sanguin dans les affections chirurgicales.

M. Tuffier communique, en son nom et au nom de M. Mauté, les principaux résultats de ses recherches sur les variations de l'indice de réfraction du sérum sanguin dans les affections chirurgicales.

D'une façon générale, l'indice de réfraction du sang diminue après les pertes sanguines abondantes et en raison directe de la quantité de sang soustraite. Une période de jeûne de

vingt-quatre heures diminue peu la valeur de l'indice de réfraction, mais, si le jeûne est prolongé et s'accompagne d'amaigrissement, l'indice de réfraction s'abaisse d'une façon sensiblement proportionnelle à la perte du poids.

Il y a également abaissement de cet indice, ordinairement du moins, dans les affections bilatérales des reins. En dehors des néphrites et des pertes sanguines abondantes, on peut trouver l'indice de réfraction du sérum normal ou abaissé dans toutes les affections chirurgicales, qu'il s'agisse de cancer confirmé, de suppurations ou de traumatismes; il est donc sans aucun rapport avec la nature de la maladie.

Par contre, la recherche de cet indice chez tous les malades devant être opérés a montré qu'il était d'une importance pronostique indiscutable. Toutes choses égales d'ailleurs, un indice de réfraction abaissé au-dessous des limites normales (de 1.349100 à 1.352050) correspond à une hypo-albuminose sanguine et est toujours caractéristique d'une nutrition défectueuse ou d'une défense organique amoindrie.

Au contraire, le maintien de l'indice de réfraction à son taux normal, même chez un sujet paraissant affaibli, doit être considéré comme un bon signe de résistance organique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 décembre 1905.

De la cholédoco-entérostomie.

M. Tuffier. — Le diagnostic de la nature de l'obstruction du canal cholédoque est toujours extrêmement difficile, avant, pendant ou après l'opération.

Avant l'intervention, la coexistence d'une obstruction du canal de Wirsung pourrait faciliter le diagnostic différentiel entre l'oblitération lithiasique et l'oblitération organique du cholédoque; malheureusement, les signes de l'obstruction du canal de Wirsung ne sont pas d'une rigueur suffisante.

Au cours de l'opération, l'exploration laisse souvent échapper des calculs non accessibles, et, d'autre part, il est absolument impossible de distinguer le cancer de la tête du pancréas d'avec une pancréatite chronique.

Enfin, on peut être induit en erreur même après l'intervention; j'ai opéré, en 1903, un malade que j'avais considéré comme atteint de pancréatite chronique; je l'ai revu parfaitement bien portant dix-huit mois plus tard, et il est revenu ensuite me consulter pour un volumineux épithélioma ulcéré, développé au niveau de la cicatrice.

Au point de vue du choix du procédé à appliquer au traitement de l'oblitération du canal cholédoque, la cholédoco-entérostomie peut être indiquée lorsqu'elle est facilement réalisable, mais la cholécystentérostomie n'en reste pas moins l'opération de choix dans la plupart des faits où l'état de la vésicule ne s'y oppose pas.

M. Routier. — Dans un cas de lithiase du cholédoque, après avoir enlevé les calculs par cholédocotomie, je me contentai de drainer la plaie du cholédoque; ma malade, qui avait guéri très rapidement, rentra quatre mois plus tard à l'hôpital avec des symptômes de péritonite. Je m'arrêtai au diagnostic d'appendicite et j'opérai immédiatement : j'enlevai l'appendice qui était peu altéré, mais je trouvai, en arrière du cæcum, une énorme cavité renfermant environ 1 litre de liquide; quelques jours plus tard, la plaie, drainée, donna issue à des matières fécales en abondance, et la patiente succomba au bout de quelques jours. L'autopsie permit de trouver, au niveau de l'ampoule de Vater, un calcul qui m'avait échappé lors de l'intervention et qui, vraisemblablement, avait été le point de départ des accidents.

M. Terrier. — Comme, dans la majorité des cas, les lésions des voies biliaires sont accompagnées de lésions pancréatiques, le traitement doit s'adresser à la fois aux unes et aux autres, et consister essentiellement dans un très large drainage des voies biliaires.

Entérorectostomie pour occlusion intestinale par cancer du gros intestin.

M. Demoulin. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un cas d'entérorectostomie pour cancer sténosant de l'S iliaque, que nous a communiqué M. Jayle. Il s'agit d'une vieille femme qui était au quatrième jour d'une occlusion intestinale aiguë, et qui refusait un anus iliaque. Notre confrère fit une laparotomie et établit une anastomose au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche, entre l'intestin grêle et le côlon pelvien, par conséquent. La malade a parfaitement guéri et n'a succombé à la généralisation que quelques mois plus tard.

Cette observation vient se joindre à d'autres dans lesquelles l'entéro-anastomose a été également suivie de succès, dans des cas d'occlusion aiguë survenant au cours de l'évolution de cancers du gros intestin; tous ces faits nous démontrent que l'on est parfaitement autorisé à pratiquer cette opération, plutôt qu'un anus iliaque, chaque fois que les conditions le permettent. Je ne crois pas d'ailleurs que la création de l'anus iliaque soit beaucoup moins grave que l'entérorectostomie, attendu qu'elle ne donne pas une mortalité inférieure à 8 ou 10 %.

Au point de vue de la technique opératoire, on doit, à mon avis, accorder la préférence aux sutures, dans tous les cas où il est possible de les pratiquer facilement, mais, lorsque le siège du néoplasme oblige à placer la bouche anastomotique à la partie inférieure du rectum, on ne doit pas hésiter à recourir au bouton de Murphy.

Traumatisme crânien sans fracture et ponction lombaire.

M. le Secrétaire général donne lecture, au nom de M. Djemil pacha (de Constantinople), d'une observation concernant un homme de cinquante-deux ans qui, après une chute sur les pieds d'une hauteur de 2 mètres environ, sans perte de connaissance, eut des vomissements passagers et une céphalalgie très intense. A l'examen du malade on ne trouva aucune contusion ni aucune ecchymose. Une première ponction lombaire, pratiquée trois jours après l'accident, permit de retirer 25 c.c. de liquide céphalo-rachidien très hémorrhagique qui s'écoula avec une certaine pression. Il y eut immédiatement diminution très marquée de la céphalalgie, mais, deux jours après, le patient se plaignant de nouveau de douleurs de tête, on retira, par une deuxième ponction, 20 c.c. de liquide céphalo-rachidien sanguinolent : le soulagement fut encore immédiat et la céphalalgie cessa, pour revenir cependant deux jours plus tard et disparaître tout à fait après une troisième ponction, laquelle donna issue à 25 c.c. de liquide céphalo-rachidien légèrement teinté de sang. A partir de ce moment, l'état du malade alla toujours en s'améliorant et la guérison fut complète neuf jours après la dernière ponction.

M. Broca lit un rapport sur une observation de M. Vaquet (de Lorient), relative à un cas d'épilepsie symptomatique d'une petite tumeur cérébrale, déterminée, chez un boucher, par la présence d'un cysticerque qui a été enlevé avec succès par trépanation.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 décembre 1905.

Fièvres continues et fièvres accompagnées dues au bacille de Gärtner.

M. Netter. — J'ai attiré l'attention avec M. Ribadeau-Dumas, dans une précédente séance (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 584), sur l'existence de fièvres intermittentes et rémittentes provoquées par le bacille de Gärtner. Je voudrais établir aujourd'hui que le même agent infectieux peut donner naissance à des fièvres continues, simulant plus ou moins la dothiénentérie classique (taches rosées, grosse rate, phénomènes thoraciques et abdominaux), et à des fièvres que j'appellerai *accompagnées*, parce que le premier plan de la scène morbide est occupé par des signes de phlegmasie locale (tuberculose pulmonaire, entérite, pleurésie séro-fibrineuse, endo et péricardite, etc.), qui masquent facilement l'infection générale sous-jacente.

Quelques particularités permettent de différencier les fièvres continues gärtnériennes d'avec la fièvre éberthienne. Je signalerai en premier lieu la longue durée de l'affection — deux mois et plus —, soit d'une seule tenue, soit par le fait de poussées successives. En second lieu, bien que les températures du matin soient supérieures à la normale, l'écart entre les températures matutinales et vespérales est sensiblement plus élevé que dans l'infection éberthienne.

Les 7 cas de fièvre continue gärtnérienne que j'ai eu l'occasion d'observer se sont terminés par la guérison malgré des complications diverses du côté de l'appareil respiratoire et cardio-vasculaire.

La recherche de l'agglutination du bacille d'Eberth a été négative pendant les premières semaines. A une période plus avancée, elle est devenue positive, mais à un taux faible et avec lenteur. Le bacille de Gärtner a toujours été agglutiné à un taux beaucoup plus élevé.

Chez 3 malades l'infection paraît avoir été provoquée par l'ingestion d'huîtres. Près de trois mois après les accidents gastro-intestinaux qui avaient caractérisé l'affection, le sang de l'un d'eux agglutinait encore le bacille de Gärtner à 1 pour 20.

J'ai observé aussi 7 cas de fièvre accompagnée, dans lesquels, ainsi que je l'ai dit plus haut, la symptomatologie a été des plus variées : ces cas se sont également terminés par la guérison.

M. Sacquépée (médecin militaire). — Les différences, en général légères, qui ont été relevées dans la courbe thermométrique des malades atteints d'infection gärtnérienne ne permettent pas, à mon sens, d'ériger cette infection en type clinique. En se plaçant exclusivement au point de vue clinique, je crois qu'il faut maintenir l'unicité de la fièvre typhoïde.

Je reconnais, toutefois, que grâce aux examens bactériologiques il est possible de détacher du groupe des fièvres typhoïdes quelques infections qui paraissent plus directement en rapport avec les bacilles paratyphiques. Pour établir l'existence de ces infections paratyphiques, l'hémoculture est le procédé de choix; la recherche du bacille dans les selles, de même que la découverte des sensibilisatrices dans le sérum, peut être employée comme moyen de contrôle, en particulier quand l'hémoculture est négative ou impossible.

Quant à l'agglutination, sa valeur est très discutable; elle est limitée en tout cas d'abord par le pouvoir agglutinant que présentent, à l'état normal, certains sérums et, ensuite, par l'existence de coagglutinines paratyphiques dans le sérum des typhoïdiques. Il résulte, en outre, de mes recherches que le groupe paratyphique manque complètement d'homogénéité vis-à-vis de l'agglutination et, enfin, il n'est que juste de reconnaître que nous sommes encore très insuffisamment éclairés, pour tout ce qui est relatif aux rapports des bacilles paratyphiques proprement dits et des bacilles du groupe de Gärtner. J'admets, néanmoins, la légitimité de la recherche du sérodiagnostic d'une infection paratyphique, mais je considère comme indispensable d'en contrôler les résultats par d'autres procédés (examen des selles, sensibilisatrices, etc.).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 décembre 1905.

Action antihémolysante du chlorure de calcium chez l'homme.

M. Vincent. — On sait que la fièvre bilieuse hémoglobinurique est caractérisée par une hémoglobinhémie parfois intense, suivie de mélanurie et d'ictère. Cette affection n'est pas, comme on le croit, sous la dépendance directe de l'infection palustre : celle-ci en est la raison nécessaire, mais non suffisante. Elle survient à la suite de l'absorption de la quinine (surtout) et, aussi, de l'antipyrine, de la phénacétine, de la salipyrine, etc., chez certains paludéens. L'alcoolisme aigu, l'auto-intoxication intestinale (indigestion, embarras gastrique), le refroidissement, peuvent également susciter l'hémoglobinhémie avec hémoglobinurie chez ces mêmes malades.

J'ai pu constater d'autre part que les sels de quinine, l'antipyrine, etc., déterminent *in vitro* l'hémolyse rapide, surtout dans le sang des paludéens prédisposés à l'hémoglobinurie.

Il résulte déjà de ce qui précède que le trai-

tement de l'infection palustre, chez ces derniers malades, devient très dangereux. Le praticien se trouve placé dans l'alternative de laisser évoluer les accès palustres ou de provoquer, par l'intervention quinique, une crise hémoglobinurique qui est souvent mortelle.

Or, il est possible de remédier à ce dernier accident et aussi de le prévenir. Depuis plusieurs années, je traite les sujets prédisposés à l'hémoglobinurie, quelle que soit la cause de celle-ci (quinine, froid, etc.), par le chlorure de calcium — de 4 à 6 grammes par jour, par la voie digestive; de 1 à 2 grammes dissous dans le sérum physiologique, par la voie sous-cutanée —, substance dont je viens d'étudier, avec M. Dopter, le pouvoir antihémolysant *in vitro*.

Certains paludéens, qui avaient régulièrement une crise hémoglobinurique après l'ingestion d'une quantité minime de sel de quinine, ont pu prendre sans inconvénient des doses élevées du médicament après avoir été traités préventivement, pendant plusieurs jours, par le chlorure de calcium. Il en a été de même chez ceux qui avaient leur crise après le refroidissement. On peut, à volonté, provoquer par la quinine et prévenir par le chlorure de calcium les accès d'hémoglobinurie.

En outre, le chlorure de calcium a manifesté son action antihémolysante et curative rapide chez tous les hémoglobinuriques que j'ai traités.

Quel que soit son mode d'action, qui peut être rapproché des effets qu'il détermine dans la coagulation du sang (Dastre) et dans la sécrétion pancréatique (Delezenne), le chlorure de calcium se comporte, dans les faits qui précèdent, comme une sorte de substance antisensibilisatrice ou antialexique, en tout cas comme un agent antihémolysant remarquable.

Dissociation des réactions cliniques, cytologiques, bactériologiques et anatomo-pathologiques dans certaines formes de méningite tuberculeuse.

MM. Villaret et **Tixier**. — Il résulte d'une série de recherches que nous venons de faire, qu'on peut observer des cas de méningite aiguë dans lesquels les allures cliniques de la maladie et l'examen cytologique font porter le diagnostic de méningite tuberculeuse et qui donnent cependant des résultats bactériologiques négatifs, soit à l'examen direct, soit par les cultures, soit surtout par l'inoculation pratiquée au cobaye (péritoine, mamelle en lactation).

Nous avons pu, d'autre part, nous assurer que les faits de méningite tuberculeuse avec polynucléose prédominante ne sont pas exceptionnels. Des différentes pathogénies invoquées en pareille occurrence (infection secondaire, présence du bacille de Koch ou de foyers caséeux, examen pratiqué au début de la réaction méningée), aucune ne peut s'appliquer à nos observations. Peut-être s'agit-il, dans certains cas, de méningites tuberculeuses provoquées non par les corps bacillaires eux-mêmes, mais par des toxines déterminant des réactions cellulaires variables.

Le nystagmus-myoclonie.

MM. Lenoble et **Aubineau** (de Brest) adressent une note contenant le résultat de leurs observations sur une forme de myoclonie congénitale, pouvant être héréditaire et familiale, qui est caractérisée surtout par du nystagmus, du tremblement, des modifications des réflexes, ainsi que par des troubles vasomoteurs et trophiques sans réaction de dégénérescence.

Cette affection s'accompagne quelquefois de troubles psychiques et peut revêtir différents aspects, mais, en raison de la constance du nystagmus chez tous les sujets qui en sont atteints, les auteurs proposent de la désigner sous le nom de *nystagmus-myoclonie*.

Transplantation uniterminale des veines sur les artères.

MM. A. Carrel et **C.-C. Guthrie** (de Chicago) envoient une note relative à des expériences de transplantation vasculaire ayant consisté à unir : 1° l'extrémité centrale d'une veine à l'extrémité périphérique d'une artère; 2° l'extrémité centrale d'une veine à l'extrémité centrale ou à la paroi d'une artère ; 3° l'extrémité périphérique d'une veine à l'extrémité périphérique d'une artère; 4° enfin l'extrémité périphérique d'une veine à l'extrémité centrale d'une artère.

Ces expériences sont susceptibles d'applications pratiques ; au point de vue thérapeutique, les auteurs ajoutent qu'une opération de ce genre a été pratiquée, consistant en la transplantation uniterminale d'une veine d'une glande pathologique sur une grosse artère du voisinage; l'aspect extérieur de la glande se modifia profondément après cette intervention, et ses fonctions se rétablirent.

ETRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 6 décembre 1905.

Sur les voies de conduction de la sensibilité dans la moelle.

M. Max Rothmann rend compte d'expériences qu'il a faites chez des mammifères supérieurs (chiens et singes) pour tâcher d'élucider cette question.

Dans ce but, il a sectionné les cordons antérieurs au niveau de la moelle cervicale, au-dessous de l'entre-croisement des pyramides; il a ainsi déterminé des troubles de la sensibilité tactile et de légères manifestations ataxiques, par conséquent des troubles du sens musculaire. Dans d'autres expériences, il a pu sectionner les cordons latéraux ou postérieurs, ou combiner la section de divers cordons.

De ces recherches, l'orateur conclut que la sensibilité tactile est transmise principalement par les cordons antérieurs et postérieurs; la sensibilité thermique ne peut naturellement pas être étudiée chez les animaux; quant à la sensibilité douloureuse, elle emprunte surtout la voie des cordons latéraux, du moins chez le chien, mais après section de ces cordons les excitations douloureuses intenses sont encore perçues, ce qui permet de supposer qu'une partie des fibres affectées à la sensibilité douloureuse appartient aux voies courtes. La sensibilité à la pression est transmise à peu près par les mêmes voies, le sens musculaire chemine par les trois ordres de faisceaux longs.

En ce qui concerne l'homme, nous ne possédons encore que des notions fort incertaines : dans le tabes, en effet, dans les tumeurs médullaires, les myélites, etc., il s'agit de lésions complexes; seules les plaies de la moelle par piqûre ont la valeur d'expériences de laboratoire : on sait qu'elles déterminent en général le syndrome de Brown-Séquard, avec perte absolue des sensibilités douloureuse et thermique, ce qui indique que l'entre-croisement des faisceaux est plus complet chez l'homme que chez les animaux. D'autre part, quand ces lésions ne sont pas mortelles, on assiste le plus souvent à un retour très prononcé des fonctions, d'où l'on peut conclure qu'il se produit une suppléance par les cordons du côté non blessé.

Pour ce qui est de la sensibilité à la pression, elle paraît emprunter les mêmes voies que les deux modes précédents de sensibilité. Enfin, à la sensibilité tactile sont dévolus surtout les cordons antérieurs et latéraux.

Au reste, l'expérience démontre que chaque espèce de sensibilité dispose de voies multiples; cette constatation ouvre à la chirurgie médullaire un vaste horizon, en permettant de supposer qu'après les interventions sur la moelle il n'y aura pas de troubles sensitifs graves et persistants.

Emploi de la méthode oxygénée dans les infections chirurgicales.

M. H. Wohlgemuth dit avoir expérimenté la méthode oxygénée dans diverses infections chirurgicales, telles que furoncles, anthrax, panaris, phlegmons. Quand il y avait déjà une plaie suppurante, il traitait celle-ci par des irrigations répétées ; dans le cas contraire, il faisait de petites incisions et pratiquait tout autour des injections d'oxygène. Ces injections ont l'inconvénient d'être douloureuses, mais il a semblé à l'orateur qu'elles abrégeaient la durée de l'affection ; d'autre part, elles permettent de s'abstenir des incisions étendues et d'éviter les conséquences fâcheuses des cicatrices de ces dernières au point de vue esthétique et fonctionnel.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 16 décembre 1905.

Les indications de l'appendicectomie dans la douleur iléo-cæcale.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Hochenegg** a fait une communication sur les conditions anatomiques de malades qui ont été opérés pour appendicite, sans qu'on ait trouvé à l'intervention d'inflammation de l'appendice. Dans quelques-uns de ces cas on avait constaté dans la région iléo-cæcale la présence d'une tumeur cylindrique, qu'on avait considérée comme l'appendice enflammé, et qui n'existait plus le lendemain.

Les causes de l'accès douloureux, en pareille occurrence, peuvent être rangées sous quatre chefs :

1° L'appendice adhère à la paroi du cæcum et le malade a des douleurs seulement lorsqu'il est constipé ou que le cæcum est distendu par des gaz : la douleur est provoquée par le tiraillement de l'appendice lors de distension du cæcum;

2° Les patients ne se sentent bien que lorsqu'ils sont constipés, après la défécation ils ont au contraire des douleurs vives et persistantes : en pareil cas on trouve, à l'opération, un appendice long, dont l'extrémité adhère dans le bassin; les douleurs sont causées par les tiraillements dus à la rétraction du cæcum après la défécation;

3° Les malades ont des douleurs quand le cæcum est distendu par des gaz : c'est que l'abouchement de l'appendice au cæcum est large et infundibuliforme, de sorte que sous la pression des gaz des matières pénètrent dans l'appendice, d'où elles ne sont éliminées que peu à peu par les contractions de la musculeuse hypertrophiée de l'appendice;

4° La douleur apparaît même en dehors de la distension du cæcum par les matières fécales : à l'opération on constate que l'appendice est long et fermé du côté du cæcum par une valvule de Gerlach; lorsque le cæcum est très plein, la valvule est distendue et les matières fécales pénètrent dans l'appendice; elles ne peuvent en être chassées après l'évacuation du cæcum, parce que la valvule se ferme quand le cæcum revient sur lui-même; dans ces cas on trouve des coprolithes dans l'appendice.

Ce qu'on prend parfois pour une infiltration cylindriforme n'est que le bout contracté de l'intestin grêle. Il s'agit d'une contraction réflexe; la musculeuse de cette partie de l'intestin est souvent hypertrophiée.

L'orateur est d'avis que l'opération est indiquée dans ces cas de pseudo-appendicite — qu'il désigne sous le nom d'« appendice douloureux » ou *scolicalgie* —, pour obvier aux accès.

M. Tandler fait observer que la forme en entonnoir de l'abouchement de l'appendice au cæcum est due à la persistance d'un état embryonnaire. D'autre part, l'iléon est perceptible à la palpation seulement lorsque le cæcum est fixé et occupe un niveau élevé.

Inoculation de matières tuberculeuses chez le singe.

M. R. Kraus a présenté des singes auxquels il a inoculé des matières tuberculeuses provenant de lupus, de lésions de tuberculose humaine ou animale, de pommelière, ou enfin des cultures pures du bacille de la tuberculose.

Au point d'inoculation se développe un nodule et dans le voisinage on voit survenir d'autres nodules secondaires; le tableau clinique est celui des gommes scrofuleuses ou du lupus. Ces nodules peuvent se résorber sans laisser aucune trace; c'est la manière dont les bacilles se disséminent chez l'animal en expérience qui détermine la production soit de gommes, soit d'un lupus.

Ces recherches ont démontré que les bacilles humains et bovins provoquent parfois des altérations absolument semblables.

Dr SCHNIRER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1905).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Fawcett (E.). Ossification of the lower jaw in man. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 sept.) — Ossification de la mâchoire inférieure.

Gargano (C.). Un caso di completo arresto di sviluppo. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 15 nov.)

Nakai (M.). Ueber die Entwicklung der elastischen Fasern im Organismus und ihre Beziehungen zu der Gewebsfunktion. (*Virchows Arch.*, CLXXXII, 1.) — Sur le développement des fibres élastiques et leurs rapports avec les fonctions des tissus.

Wieder (H. S.). Intrahepatic gall-bladder. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, oct.) — Vésicule biliaire à siège intra-hépatique.

PHYSIOLOGIE

Ferraresi (C.). Ricerche sui pigmenti placentali. (*Boll. della Soc. Eustachiana*, III, 9, 10, 11 et 12.)

Flint (A.). Handbook of physiology. In-8°, 906 p. avec fig. Londres.

Kurdinowski (E. M.). Physiologische Versuche an der Gebärmutter in vivo, ihre Vergleichung mit den Versuchen an dem isolirten Organe und einige allgemeine Ergebnisse. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXVI, 2.) — Recherches physiologiques sur l'utérus *in vivo* et isolé.

Marocco (C.). Contributo allo studio delle vie di nutrizione dell'uovo umano. (*Arch. ital. di ginecol.*, juillet.)

Zuntz (N.), **Löwy** (A.), **Müller** (F.) et **Caspari.** Höhenklima und Bergwanderungen in ihrer Wirkung auf den Menschen; Ergebnisse experimenteller Forschungen im Hochgebirge und Laboratorium. In-4°, 494 p. avec fig. et tableaux. Berlin. Bong et Cie. — Climat d'altitude et alpinisme, leurs effets physiologiques sur l'homme.

Zunz (E.). Contribution à l'étude de la digestion des albumoses dans l'estomac et dans l'intestin grêle. (*Arch. internation. de pharmacodynamie*, XV, 3-4.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

De Nigris-Urbani (B.). Nota anatomo-patologica sulle alterazioni sifilitiche della placenta. (*Policlinico*, 8 oct.)

Edling (L.). Zur Kenntnis der Cystadenome des Pankreas. (*Virchows Arch.*, CLXXXII, 1.)

Engel. Ueber die Pathogenese des Hydrocephalus internus congenitus und dessen Einfluss auf die Entwicklung des Rückenmarkes. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLII, 3-4.)

Glas. Beiträge zur Pathologie gutartiger Tonsillartumoren. (*Virchows Arch.*, CLXXXII, 1.)

Hart (C.). Ueber die Embolie der Lungenarterie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIV, 5-6.) — Sur l'embolie de l'artère pulmonaire.

Homén (E. A.). Arbeiten aus dem pathologischen Institut der Universität Helsingfors. T. Ier, fasc. 1 et 2. In-8°, 387 p. avec fig. Berlin.

Klemm (P.). Ein Beitrag zur Genese der mesenterialen Chylangiome. (*Virchows Arch.*, CLXXXI, 3.)

Taddei (D.). Sulla questione delle fibre elastiche nel cheloide cicatriziale. (*Sperimentale*, LIX, 5.)

Ugolotti (F.). Ipertrofia compensatoria in un caso di cerebroplegia infantile. (*Riv. di patol. nervosa e mentale*, sept.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Chidichimo (F.). Modo di comportarsi delle contrazioni uterine dopo l'ablazione dei corpi tiroidi. (*Ginecologia*, 15 oct.)

Daddi (G.). Di alcune questioni riguardanti la fisiopatologia del vago. (*Riv. critica di clinica medica*, 19 août.)

D'Amato (L.) et **Faggella** (V.). Della natura e del significato delle lesioni aortiche prodotte dagli estratti di capsule surrenali. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 15 sept.)

Di Cristina. Die chemischen Veränderungen bei der fettigen Degeneration in Beziehung zu den anatomischen. (*Virchows Arch.*, CLXXXI, 3.) — Les altérations chimiques au cours de la dégénérescence graisseuse comparées aux lésions anatomiques.

Ghilarducci (F.). Contributo allo studio della mielite acuta sperimentale da streptococco. (*Ricerche fatte nel laborat. di anat. norm. dell'Università di Roma*, XI, 3,)

Guerrini (G.). Sulla funzione dei muscoli degenerati: tetano, fatica, soglia dell'eccitazione. (*Sperimentale*, LIX, 2.)

Guszman (J.). Experimentelle Untersuchungen mit implantierten Hautstücken. (*Virchows Arch.*, CLXXXI, 3.) — Greffes cutanées.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Axisa (E.). Ueber Harnstoff- und Ammoniakausscheidung im Harn bei Leberabszess. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 23 sept.) — Sur l'élimination de l'urée et de l'ammoniaque par l'urine dans l'abcès du foie.

Beneke (R.). Ueber physiologisches und pathologisches Wachstum. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 et 11 sept.) — De la croissance physiologique et pathologique.

Bloch (B.). Beiträge zur Kenntnis des Purinstoffwechsels beim Menschen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIII, 5-6.)

Cohn (Th.). Ueber Gefrierpunktsbestimmungen des Blutes und seröser Körperflüssigkeiten. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XV, 1-2.) — La cryoscopie du sang et des épanchements séreux.

Deucher (P.). Eiweisszerfall und Antipyrese. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVII, 5-6.) — Catabolisme des albuminoïdes et médication antipyrétique.

Klein (A.). Ueber Erythropräzipitin und andere Immunprodukte einzelner Bestandteile des Blutes. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, XXXIX, 3 et 4.)

Koch (R.), **Schütz** (W.), **Neufeld** (F.) et **Miessner** (H.). Ueber die Immunisirung von Rindern gegen Tuberculose. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, LI, 2.) — Immunisation des bovidés à l'égard de la tuberculose.

Pende (N.). Contributo alla fisiopatologia del pancreas con speciale riguardo agl'isolotti di Langerhans. (*Policlinico*, partie méd., XII, 11.)

Souza (C. de). Sur l'anaphylaxie. (*Gazeta clinica de S. Paulo*, juillet.)

MÉDECINE

Acevedo (M.). Ulcera varicosa del estómago. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Anderson (H. B.). Strain as a factor in cardio-aortic lesions. (*Brit. Med. Journ.*, 7 oct.) — Le surmenage comme facteur étiologique dans les lésions cardio-aortiques.

Beer (E.). Concerning the causes of gallstones. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.) — Sur les causes de la lithiase biliaire.

Belsky (A.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Adams-Stokes'schen Krankheit. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVII, 5-6.)

Bing (H. J.). 2 Fälle von Nephritis achlorica mit vikariierender Hypersekretion des Magens. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 oct.)

Boas (I.). Welche Aussichten bestehen für eine Frühdiagnose der Intestinalcarcinome? (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, XV, 1-2.) — Pronostic du cancer intestinal diagnostiqué de manière précoce.

Brunet. Quelques cas de fluxions articulaires, apyrétiques et éphémères, probablement rhumatismales. (*Arch. de méd. navale*, oct.)

Buchholz (I.). Forsnevring og krampe i pylorus; pylorisme. (*Tidsskrift for den norske lægeforening*, 15 août.)

Bull (S.). Kliniske studier over aneurysma aortæ. In-8°, 222 p. Christiania.

Cantù (V.). Sulla diagnosi e terapia dell'ulcera gastrica. (*Boll. dell'Accad. med. di Genova*, XX, 1.)

Ceconi (A.). Studio fisico-chimico sul liquido cerebro-spinale normale e patologico; importanza diagnostica e terapeutica della puntura lombale. (*Riv. critica di clinica medica*, 8, 15, 22 et 29 juillet, 5 et 12 août.)

Chapochnikov (B.). Contribution à l'étude de la position du cœur dans l'exsudat d'origine inflammatoire de la séreuse du cœur; applications à la paracentèse du péricarde. (*Rev. de méd.*, oct.)

Deletto (F. G.). Los trastornos encefálicos en las insuficiencias aórticas de origen endocárdico. (*Rev. de med. y cirugia pract.*, juillet.)

Galdi (F.). Considerazioni patogenetiche e cliniche sulla splenomegalia primitiva con cirrosi epatica (morbo del Banti). (*Morgagni*, sept. et oct.)

Galli (P.). Enantema pericardico. (*Gazz. med. ital.*, 2 nov.)

Gavalas (S. A.). Ein Fall von Morbus Addisonii. (*Allg. Wien. med. Ztg.*, 10 oct.)

Jolles (A.). Ueber den Nachweis der Pentosen im Harn. (*Zentr.-Bl. f. inn. Med.*, 28 oct.) — Sur la recherche des pentoses dans l'urine.

Masetti (E.) et **Rubinato** (G.). Sulla etiologia e patogenesi della leucemia. In-8°, 103 p. avec fig. Bologne.

Palermo (N.). Una nuova ipotesi sulla patogenesi dell'ulcera semplice dello stomaco. (*Riforma med.*, 28 oct.)

Pende (N.). Il sangue nell'osteomalacia. (*Boll. dell'Accad. med. di Roma*, XXX, 4.)

Testi (A.) et **Zaccaria** (A.). Sulla natura della linite plastica. (*Riv. critica di clinica medica*, 23 sept.)

Ziesché (H.). Ueber den klinischen Wert der Kryoskopie von Blut und Harn. 1. Teil. (*Centr.-Bl. für die Grenzgebiete der Med. u. Chir.*, 18 et 26 avril, 23 mai, 15 et 23 juin et 8 juillet.)

MALADIES INFECTIEUSES

Aaser (P.). Ueber prophylaktische Maassnahmen gegen die Diphtherie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 sept.)

Ashton (T. G.) et **Norris** (G. W.). Pulmonary streptothricosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 sept.)

Barbary (F.). Interprétation nouvelle du mécanisme de l'hémoptysie tuberculeuse; thérapeutique préventive de l'hémoptysie. In-8°, 114 p. F. R. de Rudeval.

Belgrano (O.). Un caso de perforación intestinal en una fiebre tifoidea. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Bell (W. D.). Some notes on typhoid fever in the Philippines. (*Med. Record*, 30 sept.)

Belliboni (E.). La pressione del sangue nei tubercolosi. (*Gazz. degli Osped.*, 22 oct.)

Berka (F.). O rázu letosní cerebrospinální meningitidy na Morave. (*Casopis lékaru ceskych*, 30 sept.) — La méningite cérébrospinale en Moravie en 1905.

Bertier (J.). Tachycardie paroxystique au cours de la tuberculose pulmonaire. (*Lyon méd.*, 29 oct.)

Braun (A.). La recherche du bacille d'Eberth; son importance au point de vue de la prophylaxie de la fièvre typhoïde. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept.)

Brouardel (P.) et **Gilbert** (A.). Nouveau traité de médecine et de thérapeutique. Fasc. 9: grippe, coqueluche, oreillons, diphtérie. In-8°, 172 p. avec fig.

Carrière (H.). La tuberculose et l'armement antituberculeux en Suisse. In-8°, 22 p. Berne.

Chiadini (M.). Meningite cerebro-spinale epidemica. (*Nuovo raccoglitore med.*, juillet-août.)

Descos (A.). Granulie méningée chez un adulte. (*Loire méd.*, sept.)

De Silvestri (E.). Come si evita e si cura la tubercolosi. In-8°, 404 p. avec fig. Turin. Hans Rinck.

Dürck (H.). Ueber Beri-Beri und intestinale Intoxikationskrankheiten im malaischen Archipel. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 oct.)

Etienne (G.). Recherches statistiques sur la morbidité et la mortalité tuberculeuses à l'hôpital civil de Nancy, 1895-1904. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er oct.)

Giani (P.). Sopra tre casi di ittero infettivo. (*Giorn. med. del R.° Esercito*, sept.)

James (S. P.). On kala azar, malaria, and malarial cachexia. In-8°, 47 p. Calcutta.

Landolfi (M.). Autosieroterapia ed autosierodiagnosi. (*Gazz. internazion. di med.*, 30 nov.)

Moschini (U.). Nuovo contributo allo studio su l'etiologia e la patogenesi della tubercolosi nell'uomo. In-8°, 121 p. Rome.

Rappin, Blaizot, Soubrane et **Ligouzat**. Essais de vaccination et de sérothérapie antituberculeuses. (*Gaz. méd. de Nantes*, 14 oct.)

Thompson (J. A.). Report of the Board of Health on a fourth outbreak of plague at Sidney, 1904; with remarks on the ætiology of plague, based on its observed epidemiology, 1900-1904. In-4°, 26 p. avec carte. Sydney. — La peste à Sydney en 1904.

Tranquilli (E.). Il fenomeno percussorio di Erni. (*Gazz. med. di Roma*, 15 août.)

Van Ryn. La fièvre des tuberculeux et son traitement. (*Journ. méd. de Bruxelles*, 19 sept.)

Van Voornveld (H. J. A.). Febris intermenstrualis. (*Zeitsch. f. Tuberkulose u. Heilstättenwesen*, VII, 6.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Capriati (V.). L'elettrodiagnostica nell'atrofia muscolare progressiva primitiva; contributo alla diagnosi differenziale delle diverse forme di atrofia muscolare progressiva. (*Ann. di nevrologia*, XXIII, 3.)

Clark (L. P.), **Taylor** (A. S.) et **Prout** (T. P.). A study on brachial birth palsy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — Paralysie obstétricale du bras.

Grasset (J.) et **Gaussel** (A.). Un signe de paralysie organique du membre inférieur : possibilité de soulever isolément le membre paralysé avec impossibilité de soulever simultanément les deux membres inférieurs. (*Rev. neurol.*, 15 sept.)

Gutzmann (H.). Das Verhältnis der Affekte zu den Sprachstörungen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, LVII, 5-6.) — Rapports des émotions avec les troubles du langage.

Hawthorne (C. O.). On 3 cases of tabes dorsalis. (*Lancet*, 30 sept.)

Huchard (H.) et **Fiessinger** (N.). Le syndrome myoclonique. (*Rev. de méd.*, oct.)

Hunt (E. L.). 60 cases of general paresis. (*Med. Record*, 23 sept.)

Kern (O.). 3 Fälle von Herderkrankung des Gehirns mit Psychose. (*Arch. f. Psychiatrie*, XL, 3.) — 3 cas de lésions cérébrales en foyer avec psychose.

Klar (M.). Ein weiterer Beitrag zu der Frage : Simulation oder Hysterie? (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, sept.)

Knapp (A.). Die Geschwülste des rechten und linken Schläfelappens. In-8°, 134 p. Wiesbaden. — Les tumeurs des lobes sphénoïdaux droit et gauche.

Lemoine (G.). Epilepsie et hystérie; considérations sur leur diagnostic différentiel. (*Nord méd.*, 1er oct.)

Liepmann (H.). Kleine Hilfsmittel bei der Untersuchung von Gehirnkranken. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 sept.) — Sur l'examen des aliénés.

Marchand (L.). Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale. In-12, 237 p.

Mirto (G.). Forma familiare di diplegia cerebrale infantile con nistagmo e tremore intenzionale. (*Pisani*, XXVI, 2.)

Mongeri (L.). Atrophie congénitale de la première circonvolution pariétale droite. (*Comptes rendus du Club méd. de Constantinople*, juillet.)

Moscucci (A.). Un caso di ambliopia funzionale vinto con un nuovo metodo di suggestione. (*Clinica e pratica*, nov.)

Reichardt (M.). Ueber die Entstehung des Hirndruckes bei Hirngeschwülsten. (*Heilkunde*, sept.) — Pathogénie de l'hyperpression intracrânienne dans les tumeurs du cerveau.

Suckling (C. W.). Movable kidney a cause of insanity, headache, neurasthenia, insomnia, mental failure and other disorders of the nervous system, a cause also of dilatation of the stomach. In-8°, 128 p. avec fig. Londres. — La néphroptose comme cause d'aliénation mentale, de céphalée, de neurasthénie, d'insomnie et d'autres affections nerveuses, ainsi que de dilatation de l'estomac.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Comby (G.). Syphilis héréditaire à forme ganglionnaire. (*Arch. de méd. des enfants*, oct.)

Malafosse (M.-E.). Contribution à l'étude du traitement mercuriel intensif dans les accidents graves de la syphilis par les injections de sels solubles. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, nov.)

Ophüls (W.). Coccidioidal granuloma. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 oct.)

Poenaru-Caplescu. Contributiuni la studiul scabiei in Romania. (*Spitalul*, 15 août.)

Stolper (P.). Syphilis und Unfall. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, oct.) — Syphilis et accident du travail.

Vaccari (A.). Le recenti scoperte sulla etiologia della sifilide; cytorhyctes luis (Siegel) e spirochæte pallida (Schaudinn). (*Ann. di med. navale*, juillet-août.)

CHIRURGIE

Cardi (G.). Contributo all'etiologia dell'appendicite (appendicite da influenza). In-8°, 8 p. Rimini.

Comptes rendus du 1er Congrès égyptien de médecine. T. II : chirurgie. In-8°, 593 p. Le Caire.

Davis (B. B.). Indications for the removal of the pathologic spleen. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 sept.) — Indications de la splénectomie pour lésions de la rate.

Debrie (E.-J.). Observation de rupture susrotulienne du quadriceps traitée par la suture. (*Lyon méd.*, 3 sept.)

Delore (X.) et **Leriche** (R.). Du cancer de l'antre pylorique. (*Rev. de chir.*, sept.)

Djémil-Pacha. Mémoires et observations médicales. In-4°, 196 p. avec fig. Constantinople.

Dollinger (J.). Die Dauererfolge der operativen Behandlung des Krebses in der ersten chirurgischen Universitätsklinik in Budapest. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 sept.) — Les résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer.

Domela (Th.). Un nouveau traitement des perforations typhiques de l'intestin. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, juillet-août.)

Donati (M.). Chirurgia dell'ulcera gastrica e dei postumi della medesima. In-8°, CXVII-348 p. Turin. H. Rinck.

Dubar (L.). Dégénérescence cancroïdale des lupus, des vieux ulcères et des anciens foyers ostéomyélitiques; cas rare de dégénérescence cancroïdale ayant pour point de départ un trajet fistuleux de tumeur blanche. (*Echo méd. du Nord*, 8 oct.)

Duvergey (J.). Genu valgum grave; ostéoarthrotomie; guérison. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 8 oct.)

Ekehorn. Zur Behandlung grösserer schwer heilender Knochenhöhlen in den langen Röhrenknochen. (*Nord. med. Arkiv*, partie chir., XXXVIII, 1.) — Traitement des vastes cavités des os longs à réparation difficile.

Falcone (R.). Contributo alla cura del serramento cicatriziale delle mascelle. (*Riforma med.*, 26 août et 2 sept.) — Sur le traitement de la constriction cicatricielle des mâchoires.

Faludi (G.). Die Behandlung der tuberkulösen Bauchfellentzündung im Kindesalter, mit besonderer Berücksichtigung der Laparotomie. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 3.) — Traitement de la péritonite tuberculeuse de l'enfant, notamment par la laparotomie.

Faria (D. de). Tumor do pancreas; diagnostico em vida; confirmação pela autopsia. (*Gazeta clinica de S. Paulo*, sept.)

Fischer (A.). Die heutige Therapie des Mammacarcinoms. (*Pest. med.-chir. Presse*, 20 et 27 août.)

Flesch (H.) et **Winternitz** (A. M.). Ueber Teratome der Schilddrüse und ihre operative Behandlung. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 3.) — Les tératomes du corps thyroïde et leur traitement chirurgical.

Flint (C. P.). Contusion and laceration of the mucous and alar ligaments and synovial fringes of the knee-joint. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Contusion et lacération des ligaments muqueux et alaires et des franges synoviales de l'articulation du genou.

Formiggini (B.). Contributo ai traumatismi del torace. (*Gazz. degli Osped.*, 8 oct.)

Fox (H.) et **Schumann** (E. A.). The permeability to bacteria of surgeon's rubber gloves. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — La perméabilité aux microbes des gants de caoutchouc employés en chirurgie.

Galzin (E.). Résultats anatomiques et fonctionnels d'une résection pour tuberculose osseuse de la partie interne de l'avant-pied. (*Rev. de chir.*, sept.)

Gaudier et **Bouret**. De l'arrachement de la tubérosité antérieure du tibia. (*Rev. de chir.*, sept.)

Gebele. Ueber Frakturenbehandlung. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 sept.)

Grant (W. W.). Operation for cancer of the mouth. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 sept.) — Opération pour cancroïde de la lèvre.

Grässner. Die Prinzipien der Bardenheuerschen Frakturbehandlung. (*Berlin. Klinik*, sept.) — Sur le traitement des fractures par l'extension continue.

Gratschoff (L.). Une nouvelle méthode de cure radicale des hernies inguinales. (*Rev. de chir.*, oct.)

Grégory (A.). La signification des vers intestinaux dans l'étiologie de l'appendicite (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, juillet.)

Greig (D. M.). The surgical treatment of empyema. (*Edinburgh Med. Journ.*, oct.)

Grünbaum (R.). Weitere Beiträge zur Kasuistik der Myositis ossificans traumatica. (*Wien. med. Presse*, 24 sept. et 1er oct.)

Lerda (G.). Sulle alterazioni patologiche dell'urina nei traumatismi operatorii. (*Clinica chirurgica*, juillet.)

Menocal (R.). Contribution à l'étude de la funiculite lympho-toxique dans les pays chauds. In-8°, 28 p. avec fig. La Havane.

Poppi (A.). Contributo alla diagnosi delle ferite penetranti nell'addome con lesione intestinale. (*Riforma med.*, 29 juillet.)

Salinari (S.). Il processo di scelta nella cura radicale dell'ernia crurale. (*Giorn. med. del R.° Esercito*, août.)

Schmitz (A.). Die Skopolamin-Morphium-Narkose nach den Erfahrungen der Freiburger Universitäts-Ohren-Klinik. (*Thèse de Fribourg.*)

Setti (G.). Carcinoma recidivante della mammella, con metastasi nella fossa posteriore della base del cranio e compartecipazione del ponte del Varolio. (*Riv. veneta di scienze med.*, 15 fév.)

Testi (A.). Nuovo contributo alla patogenesi della malattia di Dupuytren. (*Riforma med.*, 29 juillet.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Barnaba (A.). Craniotomia e basioclisia. In-8°, 27 p. Naples.

Burzagli (G. B.). Della possibilità di rimediare alla insufficienza della secrezione lattea nella donna. (*Gazz. degli Osped.*, 24 sept.)

Chiadini (M.). Avvelenamento da allume. (*Policlinico*, 19 nov.) — Empoisonnement par l'alun [en injections vaginales].

Ferraresi (C.). Blastomiceti e streptococchi nel liquido amniotico. (*Boll. della Soc. Eustachiana*, III, 9, 10, 11 et 12.)

Leopold. Ueber Lungenerkrankung im Wochenbette, beruhend auf Thrombose und Embolie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXV, 1-2.) — Thrombose et embolie pulmonaire des suites de couches.

Le Play (A.). Ulcère de l'estomac et grossesse. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, mai.)

Lewis (H. F.). Malignancy in uterine myomata. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Louros (K. N.). Περὶ τῶν ἐμβρυακῶν ὑμένων κατὰ τὴν τρίτην περίοδον τοῦ τοκετοῦ. (Γαληνός, sept.) — Sur les membranes fœtales à la troisième période de l'accouchement.

Mackenrodt (A.) et **Brunet** (G.). Ergebnisse der radikalen Abdominaloperation des Gebärmutterscheidenkrebses mittels Laparotomia hypogastrica. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, LIV, 3 et LVI, 1.) — Résultats de la cure radicale du cancer utérin par laparotomie hypogastrique.

McDonald (E.). Toxemia of pregnancy with vomiting; its toxic manifestations, its relation to eclamptic toxemia, acute yellow atrophy and experimental necrosis of the liver. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Mikhine (P.). Wiederholte Extrauterin-Schwangerschaft in ein und derselben Tube; Zwillinge. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — Grossesse extra-utérine itérative dans la même trompe; jumeaux.

Sheill (J. S.). A peculiar case of recto-vaginal fistula. (*Med. Press and Circular*, 25 oct.)

Wormser (E.). Ueber die Methoden der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. (*Med. Klinik*, 9 juillet et 10 sept.) — Sur les procédés pour provoquer l'accouchement.

PÉDIATRIE

Diévitzky (V.) et **Morozov** (A.). Sackförmiges Lymphangiom des grossen Netzes. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLII, 3-4.) — Lymphangiome kystique du grand épiploon.

Dowd (C. N.). Appendicitis in children; a study of 70 cases occurring between the ages of 2 and 15 years. (*Med. News*, 23 sept.)

Fairbanks (A. W.). Ataxia of central origin appearing in childhood. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 oct.)

Förster (F.). Ueber Myokarditis und Gefässerkrankungen im Kindesalter, insbesondere nach akuten Infektionskrankheiten : Akute primäre Myokarditis, Myokarditis nach Verbrennungen, bei Erkrankungen der Haut und bei Diphtherie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXV, 1-2.) — Sur la myocardite et les affections vasculaires de l'enfance, notamment à la suite des maladies infectieuses aiguës.

Fortescue-Brickdale (J. M.). Observations on the thymus gland in children. (*Lancet*, 7 oct.)

Fürst (L.). Die intestinale Tuberkulose-Infektion, mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. In-8°, 319 p. Stuttgart.

Sébilleau (J.). De la cyanose congénitale paroxystique. (*Gaz. méd. de Nantes*, 2 sept.)

Tedeschi (V.). Studii biologici sul latte e sulla alimentazione. (*Pediatria*, juillet.)

TÉRATOLOGIE

Campbell (M.) et **Shepherd** (H. D.). The circulatory and anatomical abnormalities of an acardiac fœtus of rare form. (*Lancet*, 30 sept.)

Denis. Monstre dérodyme. (*Arch. des laboratoires des hôpit. d'Alger*, juillet.)

Frankenberger (O.). Angeborene Atresie des Kehlkopfes. (*Virchows Arch.*, CLXXXII, 1.) — L'imperforation du larynx.

Moresco (G.). Un caso di anomalie genitali con rene atrofico. (*Gazz. degli Osped.*, 20 août.)

Petzalis (N. A.) et **Cosmettatos** (G.). Quelques considérations sur les anencéphaliens; étude histologique du système nerveux d'un fœtus anencéphale. (*Ann. de gynécol. et d'obstét.*, oct.)

Vérékoundov (A.). La syndactylie (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 3 sept.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Alexander (G.). Ueber die chirurgische Behandlung der otogenen Meningitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 sept.)

Ballance (C. A.). The difficulties and dangers of the mastoid operation, the vicissitudes of convalescence, and the ultimate result to the patient. (*Lancet*, 30 sept.)

Beiträge zur Ohrenheilkunde; Festschrift gewidmet August Lucae zur Feier seines 70. Geburtstages. In-8°, 419 p. avec fig. Berlin. — Livre jubilaire dédié à August Lucae.

Bianchi (F.). Un caso de epitelioma de la laringe curado con la tirotomía. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, mai-juin.)

Bonain (A.). Polype naso-pharyngien; opération par voie buccale et par voie externe. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

Brühl (G.) et **Politzer** (A.). Grundriss und Atlas der Ohrenheilkunde. 2e éd. In-8°, XXV-394 p. avec planches. Munich.

Chiari (O.). Zur Diagnose der Neubildungen der Kieferhöhle. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 sept.) — Sur le diagnostic des tumeurs du sinus maxillaire.

Debeyre (A.). Fracture de la mastoïde, otorrhagie très abondante; blessure de la veine mastoïdienne; intervention. (*Echo méd. du Nord*, 8 oct.)

Hope (G. B.). L'amygdalotomie, base du traitement des affections tonsillaires. (*Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct.)

Lacroix (P.). Précis de laryngologie; clinique et thérapeutique; maladies du pharynx et du larynx. In-12, 627 p. avec fig. F. de Rudeval.

HYGIÈNE

Bulhoes Carvalho. Annuario de estatistica demographo-sanitaria do districto federal e algumas capitaes do Brazil (1903). In-4°, 279 p. avec cartes. Rio-de-Janeiro.

Caldwell (R.). Military hygiene. In-8°, 428 p. Londres.

Calmette (A.). L'assainissement des villes et les procédés modernes d'épuration des eaux d'égout. In-8°, 47 p. avec fig.

Carpenter (D. N.). The relation of the water supply to diseases of the Isthmus. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 sept.) — Rapports de l'approvisionnement en eau avec les maladies de l'isthme [de Panama].

Cavalier et Artus. Sur le dosage de l'ammoniaque dans les eaux potables. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIV, 2.)

Debauve (A.) et **Imbeaux** (E.). Assainissement des villes; distributions d'eau. 3e éd. T. Ier. In-8°, 732 p. avec fig.

Dienert (F.). Des méthodes employées pour surveiller les eaux destinées à l'alimentation, et de l'interprétation à donner aux résultats obtenus. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept.)

Forster (W. H. C.). A simple technique for the bacterioscopic examination of sewage. (*Lancet*, 9 sept.)

Juillerat (P.). Le casier sanitaire des maisons. In-18, 136 p.

Korentchevsky (V.). Prophylaxie de la fièvre typhoïde, de la dysenterie et du choléra en campagne (en russe). (*Voïenno-méd. journ.*, sept.)

Rambousek (J.). Lehrbuch der Gewerbe-Hygiene. In-8°, 135 p. avec fig. Vienne. — Traité d'hygiène industrielle.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bayer (L.). Direkte Behandlung der kroupösen Pneumonie. (*Therap. Monatsh.*, nov.)

Bircher-Benner (M.). Grundzüge der Ernährungs-Therapie auf Grund der Energie-Spannung der Nahrung. 2e éd. In-8°, 223 p. Berlin. O. Salle. — Les principes de la thérapeutique alimentaire, basés sur la valeur dynamogénique des aliments.

Burzagli (G. B.). La ipodermoclisi nella anemia acuta da metrorragie. (*Gazz. degli Osped.*, 20 juillet.)

Fabio (G.). Le iniezioni saline nelle forme adinamiche dell'influenza. (*Gazz. degli Osped.*, 12 sept.)

Grixoni (G.). Nuovo latte fermentato facile a prepararsi nei servizi ospedalieri : il « gioddu ». (*Ann. di med. navale*, sept.)

Mastri (C.). Siero Behring ed erisipela. (*Riforma med.*, 16 sept.)

Moutier (A.). Le traitement de l'hypertension artérielle par les agents physiques. In-8°, 24 p. Anvers.

Pende (N.). Le iniezioni endovenose di sublimato nell'infezione puerperale. (*Clinica ostetrica*, VII, 6.)

Valli (A.). Un caso grave di tubercolosi glandulare del collo con suppurazione trattato e guarito colle iniezioni alla Durante. (*Gazz. degli Osped.*, 3 oct.)

ÉLECTROTHÉRAPIE et RADIOLOGIE

Bordet (E.). Un cas de goutte articulaire aiguë rapidement guérie par l'ionisation lithinée. (*Arch. des laboratoires des hôpit. d'Alger*, juin.)

Guilloz (Th.). De la radioscopie et de la radiographie dans la recherche des corps étrangers du tube digestif. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 oct.)

Haret. Indications de la radiothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 oct.)

Hirschberg (M.). Heilung eines Hautepithelioms durch direkte Sonnenbestrahlung; ein Beitrag zum Kapitel der Winterkuren im Hochgebirge. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 oct.) — Héliothérapie d'un cancroïde du pavillon de l'oreille.

Leduc (S.). Guérison d'un cas d'ichthyose par la radiothérapie. (*Arch. d'électricité méd.*, 10 sept.)

Mirto (G.). Azione biologica delle applicazioni sedative polari anodiche in rapporto coi vari apparecchi produttori di corrente continua. (*Giorn. di elettricità med.*, mai-juin.)

BACTÉRIOLOGIE

Bail (O.). Beziehungen zwischen Aggressivität und Leibessubstanz von Bakterien. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 sept. et 3 oct.)

Berestnev (N.). Le sérodiagnostic et l'hémolyse dans leurs applications au diagnostic du vibrion cholérique (en russe). (*Roussk. Vratch*, 20 et 27 août.)

Bergey (D. H.). The bacteria encountered in suppurations. (*University of Pennsylvania Med. Bull.*, sept.)

Boit (H.). Einfache und sichere Identifizierung des Typhusbazillus. In-8°, 48 p. Iéna.

Doyen (E.). Le rôle pathogène du Micrococcus neoformans. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, juin.)

Dvougilny (A.). L'influence de l'organisme animal sur les propriétés du streptocoque; morphologie; cultures (en russe). (*Roussk. Vratch*, 24 sept. et 1er oct.)

Fränkel (E.). Ueber menschenpathogene Streptokokken. 2. Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 sept.) — Sur les streptocoques pathogènes pour l'homme.

Goundobine (N.). Le microbe de la rougeole et le sérum antimorbilleux (en russe). (*Vratcheb. Gaz.*, 17 sept.)

Kindborg (A.). Die Pneumokokken; vergleichende Untersuchungen, mit besonderer Berücksichtigung der Agglutination. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, LI, 2.)

Klein (E.). Experiments and observations on the vitality of the bacillus of typhoid fever and of sewage microbes in oysters and other shellfish. In-8°, 79 p. avec fig. Londres.

Kraus (R.) et **Pribram** (E.). Zur Frage der Toxinbildung des Choleravibrio. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 sept.)

GÉNÉRALITÉS

Dalencour (F.). La force de l'idée. In-8°, 22 p. Port-au-Prince.

Forel (A.). Die sexuelle Frage; eine naturwissenschaftliche, psychologische, hygienische und soziologische Studie für Gebildete. In-8°, 588 p. avec fig. Bâle. — La question sexuelle.

Index-catalogue of the library of the Surgeon-General's Office, United States Army; authors and subjects. 2e série. T. X : M-Mnikhovski. In-4°, 935 p. Washington.

König (E.). Die Zelle. (*Deutsche Aerzte-Ztg.*, 15 sept.)

Körösy (J.). Budapest székesfőváros halandósága az 1901-1905 években és annak okai. 2e partie, fasc. 3 : 1903. In-4°, 69 p. [avec texte hongrois et allemand]. Budapest. — La mortalité de la ville de Budapest en 1903; ses causes.

Ledoux. La médecine depuis 40 ans. In-8°, 12 p. Besançon.

Medizinal-statistische Mitteilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. T. IX, fasc. 2. In-8°, p. 245 à 419, avec cartes. Berlin. — Statistiques médicales publiées par l'Office sanitaire impérial [allemand].

Rey-Pailhade (J. de). Recherches sur l'hydrogène philothionique. (*Bull. de la Soc. chim. de Paris*, 20 juillet.)

Robert (E.). Densité de la population en Bretagne, calculée par zones d'égal éloignement de la mer. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, XIV, 1 et 2.)

Vorotynsky (B.). Sur la nécessité d'introduire l'enseignement de la psychopathologie judiciaire dans le programme des Facultés de droit (en russe). (*Roussk. Vratch*, 1er oct.)

Witkowski (G.-J.). Les médecins au théâtre, de l'antiquité au XVIIe siècle. In-18, 573 p. avec fig.

CHIRURGIE PRATIQUE

Le traitement opératoire des sinusites frontales chroniques.

L'indication d'opérer d'une façon radicale les sinusites frontales chroniques ressort de notions cliniques et anatomo-pathologiques.

Nous n'avons certes pas en vue les sinusites frontales aiguës, qui guérissent le plus souvent par un simple traitement médical. Ici la rétention seule est à craindre — autant par les accidents cérébraux auxquels elle expose les malades que par son passage à la chronicité —, au point d'obliger quelquefois à intervenir chirurgicalement et à trépaner le sinus pour éviter toute complication; mais c'est là l'exception, car les sinusites aiguës ont une tendance naturelle à évoluer vers la guérison. La situation déclive de l'orifice du canal fronto-nasal est toute disposée pour le drainage, à la condition que cet orifice ne soit pas obstrué. Tout au plus alors les interventions (résection du cornet moyen, ablation de polypes) auront-elles pour but le rétablissement du libre drainage du sinus.

Nous ne viserons donc dans cet article que la thérapeutique des sinusites frontales anciennes.

I

Quel doit être ce traitement? L'avis est presque unanime aujourd'hui qu'il doit être exclusivement chirurgical.

La sinusite frontale s'accompagne de modifications de la muqueuse, qui, au bout d'un certain temps, sont telles que la régression n'est plus possible. Sous l'influence combinée de l'inflammation et de la présence du pus, la muqueuse s'hyperplasie, végète, se recouvre de bourgeons polypeux. Cette altération atteint rapidement le drain naturel : le canal fronto-nasal. Toutes ces causes réunies font que la régression est impossible quand la chronicité est constituée. Les lésions peuvent gagner secondairement l'os sous-jacent, amener la production de points d'ostéite, de séquestres, le processus peut même s'étendre plus loin et provoquer de l'ostéomyélite des os du crâne. Mais ce sont là des faits rares et sur lesquels nous n'avons pas à insister dans ce travail.

Comme dans toute suppuration chronique, il doit être posé en principe qu'il est préférable, en général, d'opérer les sinusites chroniques en dehors de toute crise aiguë de rétention. Aussi conviendra-t-il, avant d'intervenir plus largement, de soumettre le malade à un traitement endonasal approprié : inhalations mentholées, résection du cornet moyen. Les accidents encéphaliques ou orbitaires commandent seuls une intervention immédiate.

Etant données les altérations anatomo-pathologiques de la muqueuse, la production de fongosités, le traitement chirurgical doit être avant tout dirigé contre ces dernières, et la première indication — comme dans toute cavité suppurante — est de les détruire radicalement et de les poursuivre dans leurs moindres recoins; la deuxième, de rétablir le drainage par les fosses nasales le plus largement possible; la troisième, qui pour nous est capitale, de vérifier s'il n'existe aucune suppuration voisine, ethmoïdale ou autre, capable de réinfecter le sinus. Enfin, comme on s'adresse à une opération sur la face, le plus grand souci de l'esthétique doit guider l'opérateur.

C'est en raison de ces différentes données, et pour essayer de les résoudre, que l'on a décrit, depuis ces cinq ou six dernières années, plusieurs procédés opératoires auxquels les auteurs ont attaché leur nom, bien qu'en réalité certains d'entre eux ne soient que des modifications ou des combinaisons de procédés déjà connus. Il importe de rappeler sommairement en quoi ils consistent.

Le sinus frontal présente à considérer, d'une façon schématique peut-être, mais qui répond à la majorité des cas, quatre parois : une supérieure ou crânienne, une antérieure ou frontale, une inférieure ou orbito-nasale et une interne ou cloison intersinusale, qui le sépare de son congénère.

La paroi antérieure ou frontale et la paroi inférieure ou orbito-nasale ont été choisies tour à tour ou même attaquées simultanément pour aborder la cavité sinusale.

Cette diversité a fait naître toute une série de procédés assez dissemblables en apparence : ceux de Hogdston-Luc, de Kuhnt, de Killian, de Jacques, de Tilley.

La *méthode de Hogdston-Luc* a le plus grand souci de l'esthétique et assure, en même temps, le drainage du sinus dans les fosses nasales. Une ouverture est faite dans la paroi antérieure, juste suffisante pour le passage d'un instrument et le curettage du sinus. L'intervention est complétée par l'agrandissement du canal fronto-nasal pour permettre le drainage qui, dans l'esprit des auteurs du procédé, devrait se faire uniquement par les fosses nasales.

L'*opération de Kuhnt*, au contraire, sans tenir aucun compte de l'esthétique, consiste en la résection large et totale de la paroi antérieure, de l'arcade orbitaire et de la paroi inférieure. Après le curettage des parois et des angles du sinus, la peau est immédiatement suturée et appliquée sur la paroi profonde du sinus. Un simple tube à drainage, placé à l'angle inférieur de la plaie et maintenu pendant plusieurs jours, assure l'écoulement des sécrétions et préserve de la rétention. Il n'y a point de drainage intranasal, et la guérison est obtenue par la suppression de la cavité sinusale, la peau se trouvant exactement accolée sur le périoste profond. La récidive ne peut plus se produire, puisqu'il n'y a plus de sinus : tel est l'avantage mis en vedette par les partisans du procédé de Kuhnt.

Cette méthode a, disons-le tout de suite, le grand inconvénient de défigurer les malades quand le sinus est profond et étendu.

Quoi qu'il en soit, l'opération de Kuhnt constitue la première manifestation d'une tendance nouvelle, qui va se répandre et inspirer d'autres procédés : le souci de supprimer la cavité sinusale pour obtenir la cure radicale des sinusites chroniques.

Cette idée directrice se retrouve dans le *procédé de Killian*, de date toute récente, mais ici s'ajoute une autre préoccupation opératoire, celle de détruire le labyrinthe ethmoïdal pour assurer à la fois le libre drainage dans le nez et pour éviter toute récidive partie de l'ethmoïde infecté.

Après avoir trépané le plus possible de la paroi antérieure, en ménageant soigneusement le rebord orbitaire, on résèque largement la paroi inférieure du sinus en respectant également la poulie du grand oblique. Par cette double ouverture, on curette facilement la cavité sinusale en ses moindres recoins. Puis, revenant à la partie interne et inférieure de la plaie, on résèque la portion supérieure de la branche montante du maxillaire supérieur; par la brèche ainsi créée on évide facilement d'avant en arrière toute la masse de l'ethmoïde. Le drainage se fait uniquement par voie nasale. En outre, grâce à la suppression de la paroi inférieure du sinus, la graisse orbitaire doit remonter et remplir du même coup toute la cavité sinusale.

Autour de ces procédés opératoires types viennent s'en grouper toute une série d'autres, peu distincts, au fond, des précédents. M. Tilley, par exemple, combine les opérations de Kuhnt et de Luc, si bien que l'on pourrait appeler son intervention le procédé de Kuhnt-Luc : il résèque la paroi antérieure très largement, puis il ouvre une large voie de drainage vers les fosses nasales en agrandissant le canal fronto-nasal, aux dépens de l'ethmoïde antérieur.

M. Jacques, lui, attaque uniquement le sinus frontal au niveau de son plancher : il résèque complètement la paroi inférieure jusqu'à l'arcade orbitaire; se dirigeant ensuite vers l'angle interne et réséquant l'apophyse nasale du frontal et une partie de la branche montante, il curette avec soin le labyrinthe ethmoïdal antérieur.

Nous n'insisterons pas sur les procédés de Taptas, de Jansen, qui ne sont, en somme, que des variantes des précédents.

II

Ce qui frappe, à la lecture de ces différents procédés opératoires, c'est la tendance de plus en plus marquée vers l'attaque de la masse ethmoïdale pour assurer, d'une part, le drainage nasal, mais aussi pour combattre d'autre part la suppuration des cellules de l'ethmoïde et éliminer de ce fait tout risque de réinfection. On se rend compte également, ainsi que nous le faisions tantôt observer, que les chirurgiens visent la suppression de la cavité du sinus : c'est ainsi que M. Kuhnt s'efforce d'obtenir un accolement parfait de la peau et du périoste des cavités profondes du sinus; M. Killian pense que la graisse orbitaire, après effraction de la paroi inférieure du sinus, va remonter et, grâce à son expansion, combler peu à peu toute la cavité du sinus.

Voyons ce qu'il faut penser de ces idées directrices dans l'état présent de nos connaissances, et s'il convient de leur accorder la large part que les radicalistes actuels ont la plus grande tendance à leur attribuer. Mais avant d'aborder cette discussion, nous voudrions qu'un fait fût bien établi, c'est la nécessité de *curetter complètement le sinus* dans ses moindres recoins; aussi convient-il, pour l'aborder, de réséquer le plus largement possible la paroi antérieure, la seule qui permette une toilette complète de la cavité sinusale. Il faut que tous les recoins, en particulier les prolongements orbitaires et crâniens, soient exactement curettés pour éviter toute espèce de récidive venant de l'oubli de quelqu'une de ces fongosités, qui ne tarderait pas à repulluler.

Ceci posé, la résection doit-elle être très large pour favoriser l'accolement de la peau et du périoste profond? Que faut-il penser, en un mot, de cette prétendue nécessité de supprimer la cavité sinusale pour obtenir la guérison?

Sans doute, c'est un principe de chirurgie générale, que l'on ne doit pas laisser « d'espace mort » dans une cavité suppurante, et, en se basant sur cette donnée, l'idéal serait évidemment de pouvoir supprimer toute cavité. Mais cette conception, parfaite en théorie, est-elle réalisable en fait et notamment se trouve-t-elle réalisée dans le procédé de Kuhnt, qui semble viser avant tout ce but? Dans cette opération, l'accolement de la peau ne se produit — quelque compression que l'on fasse — qu'à la partie supérieure de la cavité, vers l'angle orbitaire; au niveau du canal fronto-nasal, au point où ce dernier débouche dans la cavité du sinus, il n'y a pas d'accolement et, en cet endroit, peut très bien s'accumuler une collection purulente qui se chargera de détruire les adhérences en voie de formation.

Nous ne pensons pas non plus que la graisse orbitaire puisse remonter et combler toujours la cavité sinusale, but recherché par M. Killian; elle ne le fait, en tout cas, que pour les sinus à large plancher et à prolongements peu développés : il est impossible d'imaginer qu'elle remplisse tout un étroit prolongement orbitaire ou crânien. Les quelques expériences auxquelles nous nous sommes livré sur le cadavre ne nous permettent d'attribuer que très peu de mobilité à la graisse orbitaire. On pourrait objecter que les tissus graisseux sur le vivant ont une consistance toute particulière; mais, dans nos résections ethmoïdales de l'os planum, dans celles de l'unguis, os qui constituent la paroi interne de l'orbite, la graisse orbitaire ne nous

a pas paru mobile au point de pouvoir envahir toute une cavité voisine.

Au reste, cette suppression de la cavité frontale est-elle nécessaire pour que l'opération soit radicale? Ne peut-on imaginer que le sinus frontal guérisse à la façon du sinus maxillaire, par la transformation fibreuse de sa muqueuse?

La réponse à cette question nous est fournie par M. R. Hoffmann, qui, dans un travail récent, relate toute une série d'observations où des résultats très satisfaisants ont été obtenus par des interventions ostéoplastiques avec persistance intégrale de la cavité. Le remplissage de celle-ci par un tissu voisin, ou sa suppression, ne nous apparaît donc pas comme indispensable.

Il semble dès lors tout au moins inutile de défigurer le malade en réséquant la paroi orbitaire, ainsi que dans l'opération de Kuhnt, ou de compliquer l'intervention, comme dans le procédé de Killian, en réséquant une partie de la voûte orbitaire, ce qui est toujours assez long à exécuter, surtout si l'on veut ménager tout à fait l'arcade orbitaire et la poulie du grand oblique.

III

Le second but vers lequel la plupart des opérateurs actuels paraissent vouloir diriger leurs efforts, à savoir le drainage large par l'ethmoïde, la suppression même de la masse ethmoïdale, nous semble indiquer une meilleure tendance et une conception plus juste dans le radicalisme de l'opération.

On peut, en effet, selon nous, poser en principe qu'il n'y a pas de sinusite frontale ancienne isolée, mais bien des fronto-ethmoïdites : l'ethmoïde est pris dans toutes les sinusites frontales anciennes et suppure pour son propre compte; et il ne s'agit pas seulement ici de l'ethmoïdite antérieure, atteignant les cellules péri-infundibulaires, mais bien, la plupart du temps, d'ethmoïdite totale.

A l'occasion de recherches spéciales que nous avons faites pour notre thèse inaugurale (1), il ne nous a point été donné d'observer, sur les 35 ou 40 opérations auxquelles nous avons assisté ou que nous avons pratiquées nous-même, un seul cas de sinusite frontale ancienne où tout l'ethmoïde ne fût pris. Ce n'est guère que dans les empyèmes clos du sinus frontal, c'est-à-dire fermés du côté de la fosse nasale, que l'on pourra observer l'atteinte isolée du sinus frontal.

Or, avant l'opération, il n'existe aucun symptôme clinique certain qui permette d'affirmer que tel groupe cellulaire est pris à l'exclusion de tel autre. L'examen rhinoscopique ne fournit que des signes de présomption. L'exploration au stylet peut aider dans certains cas : le contact d'un os carié, dénudé, la sensation de rugosité toute spéciale qui trahit un point d'ostéite, peuvent être d'un grand secours. Cet examen au stylet nous a donné des indications précieuses dans les 5 derniers cas de sinusite que nous avons opérés; il ne nous a jamais trompé sur l'état de l'ethmoïde postérieur. Mais ce signe n'est pas constant et, lorsqu'il manque, il ne s'ensuit pas que l'ethmoïde postérieur soit sain : les cellules, en effet, peuvent être fongueuses, ou la collection purulente enkystée à leur intérieur, sans qu'il y ait ostéite ni nécrose de leurs parois.

Même au moment de l'opération, il est difficile de savoir exactement où s'arrêtent les lésions, à cause de l'hémorrhagie qui masque le contenu des cellules.

Enfin, à un point de vue plus théorique, si l'on se rappelle la disposition anatomique des cellules ethmoïdales, la continuité de leur muqueuse, la minceur des cloisons, souvent même déhiscentes, qui les séparent, la proximité de leurs orifices qui baignent dans le pus, il est difficile d'admettre qu'elles ne se prennent pas toutes presque simultanément.

Comme on le voit, il y a là trop de raisons d'admettre que l'ethmoïdite doit être rapidement généralisée, et c'est avec cette idée qu'il faut entreprendre la cure radicale de la sinusite frontale chronique, car la plupart des récidives proviennent d'un curettage ethmoïdal incomplet, une seule cellule laissée malade pouvant réinfecter le sinus.

Il convient d'ajouter à ces considérations, pour le choix du procédé opératoire, celles qui découlent du danger qu'il y a d'opérer dans une région voisine de la lame criblée et de la dure-mère, et de faire surtout une opération incomplète.

Tous ces motifs ont déterminé M. Luc lui-même à abandonner le procédé opératoire auquel son nom est demeuré attaché, les récidives ou accidents qui ont été signalés par tous les auteurs ayant eu la plupart du temps pour cause un ethmoïde insuffisamment curetté. C'est ainsi que pour sa part M. Luc relate des cas de récidive et 2 observations de méningite dues à un foyer ethmoïdal méconnu.

Rien n'est plus dangereux qu'une opération incomplète en milieu septique.

IV

Cette nécessité de la résection totale de l'ethmoïde nous a toujours semblé évidente, et l'un des premiers en France, avant que l'opération de Killian y fût connue, nous avons insisté dans notre thèse sur l'importance de la résection complète de l'ethmoïde dans toutes les sinusites frontales ou fronto-maxillaires. Nous indiquions déjà, à cette époque, la voie orbitaire avec résection d'une partie de la branche montante du maxillaire supérieur, de l'os planum et de l'unguis, comme la plus sûre pour aborder l'ethmoïde et en faire un curettage complet. C'est elle, en somme, qui est suivie dans le procédé de Killian, dans celui de Jacques et autres opérations similaires.

En réséquant l'ethmoïde, on établit vers la fosse nasale le plus large drainage possible, et le sinus frontal, dont la cavité va persister, guérira à la façon du sinus maxillaire.

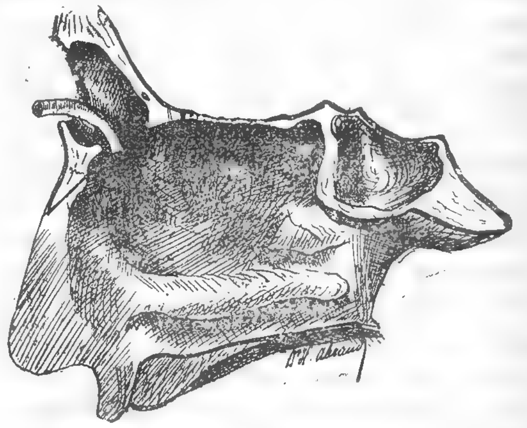
En nous inspirant de ces idées, et aussi de ce fait qu'une opération, pour être radicale, doit être aussi large que possible, en tenant compte également que nous opérons sur une région où l'esthétique doit être prise en sérieuse considération, nous avons adopté une technique presque uniforme pour toutes les sinusites fronto-ethmoïdales que nous avons opérées depuis quatre ans.

Voici notre manière de procéder :

Nous pratiquons l'incision cutanée dans le tiers supérieur du sourcil, qui a été au préalable rasé, en partant de la partie moyenne de l'arcade orbitaire; nous prolongeons cette incision jusqu'à un demi-centimètre au-dessous de l'angle interne de l'œil, dont nous nous rapprochons le plus possible. L'incision passe par la fistule, s'il en existe une. On rugine et décolle les téguments, le muscle de Horner, et on récline soigneusement le sac lacrymal par en bas.

On fait l'hémostase par forcipressure et on applique deux écarteurs à griffes, l'un sur le lambeau supérieur et l'autre sur l'inférieur. La paroi antérieure est alors largement trépanée en respectant le rebord et l'arcade orbitaire, mais en poursuivant les prolongements du sinus dans toute leur étendue. Ce curettage doit être fait à la curette mousse pour éviter toute lésion du périoste, en garnissant même la curette d'une compresse. Nous sommes persuadé, en effet, que certains accidents méningés, signalés à la suite des opérations sur le frontal, ont eu pour cause l'effritement du périoste, permettant l'infection des méninges par l'intermédiaire du diploé.

Revenant à l'angle interne, on décolle le globe oculaire et le sac lacrymal, on résèque 1 centimètre environ de la branche montante du maxillaire. On procède alors au curettage de l'ethmoïde en maintenant la curette bien horizontalement et parallèlement à la lame criblée de l'ethmoïde. On obtient ainsi une large brèche qui fait communiquer le sinus frontal et les fosses nasales, ainsi que le montre la figure ci-dessous.



Trépanation large de la paroi antérieure; évidement ethmoïdal complet.

Pour ce curettage de l'ethmoïde, nous trouvons commode de guider la curette sur l'index de la main gauche, introduit dans la fosse nasale. On doit diriger l'instrument en bas et en dedans pour éviter les échappées vers le haut (lame criblée) et en dehors (globe oculaire).

On établit enfin un tamponnement intranasal à la gaze stérilisée, sans laisser cependant de drain ni de mèche fronto-nasale : cette précaution nous paraît tout à fait inutile, étant donnée la large communication qui existe entre ces deux cavités.

Nous trouvons cependant commode de fixer dans l'angle inférieur de la plaie un petit drain destiné à évacuer les sécrétions et le sang qui remplissent le sinus dans les premières heures après l'opération. Nous l'enlevons au bout de quarante-huit heures pour ne plus le remettre.

Les jours suivants, on surveillera exactement la plaie externe. Dans les fosses nasales, on enlève à la pince le reliquat de l'ethmoïde, les lambeaux de muqueuse qui ont échappé à la curette lors de l'opération. Les soins intranasaux seront continués pendant plusieurs semaines, et ce n'est que lorsque toute suppuration, toute fongosité auront disparu que l'on pourra prononcer le mot de guérison.

V

Par ce procédé très simple et d'exécution rapide, on obtient la cure radicale avec le minimum de déformation, la paroi orbitaire du sinus empêchant la dépression de la région. La cicatrice est cachée dans les sourcils qui repoussent et, chez plusieurs de nos patients, il est presque impossible de reconnaître le côté opéré.

Dans 2 cas seulement, nous avons observé un léger décollement de la peau par suppuration; il nous a suffi d'enlever quelques crins de Florence et de faire de la compression pour voir ces phénomènes disparaître, le drainage se faisant largement par les fosses nasales.

Dans les grands sinus, on note simplement un peu d'aplatissement au niveau de la trépanation; au besoin, quelques injections de paraffine corrigeront facilement cette déformation.

Dans les 18 cas de sinusite fronto-ethmoïdale que nous avons opérés par ce procédé, la guérison a été radicale dès la première intervention. Dans 3 de ces faits, il s'agissait de *pansinusite unilatérale*, et, dans 2 autres, de *pansinusite bilatérale :* en pareille occurrence, il y a lieu de recourir à des opérations évidemment plus complexes, mais reposant sur le

(1) J. Guisez. Du traitement chirurgical de l'ethmoïdite purulente. (*Thèse de Paris*, 1902.)

même principe, pour ce qui est de l'évidement ethmoïdal et de la trépanation du sinus frontal.

La guérison de la plaie cutanée exige en moyenne de une à deux semaines. Dans les cas où nous avons dû évacuer un petit abcès superficiel de l'angle interne de l'œil, la guérison est survenue très rapidement après cette intervention complémentaire.

La guérison intra-nasale a toujours été assez longue à se faire, et le traitement a duré souvent de un à deux mois. Des pansements du côté de l'ethmoïde et des retouches par voie nasale sont nécessaires la plupart du temps. Quand un sinus voisin est pris (sinus sphénoïdal ou maxillaire), la guérison est naturellement plus difficile et plus longue à obtenir.

Dans tous les cas, on ne peut prononcer le mot de guérison que lorsque tout suintement, toute croûte ont disparu.

L'évidement ethmoïdal est donc, à notre avis, le complément indispensable de toute intervention radicale dans les sinusites frontales.

Il a cependant un inconvénient pour la suite, c'est qu'il élargit notablement le calibre des fosses nasales; il en résulte que l'opéré a de la sécheresse de la gorge. D'autre part, comme la muqueuse est altérée pour son propre compte dans toutes les sinusites anciennes, elle continue à sécréter du mucopus même après tarissement de tout écoulement sinusal, et le malade, étant donné l'élargissement des fosses nasales, a quelquefois beaucoup de peine à se débarrasser des croûtes qui les encombrent. Aussi nous a-t-il paru nécessaire de prolonger très longtemps les pansements intranasaux.

Nous avons entrepris aussi, pour abréger la période terminale du traitement, des injections intranasales de paraffine, ayant pour but de combattre l'élargissement des fosses nasales. On donne ainsi au patient le moyen d'expulser lui-même ses croûtes; les pansements antiseptiques agissent mieux dès lors, et la muqueuse elle-même ne tarde pas à reprendre son aspect normal.

Dr J. Guisez,
Ancien interne des hôpitaux, chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie à l'Hôtel-Dieu de Paris.

MÉDECINE PRATIQUE

La recherche de la bilirubine par le cyanure de mercure en milieu alcalin.

Autant que je sache, on ne possède pas jusqu'ici de réaction que l'on puisse appeler spécifique de la bilirubine, puisque les procédés de Gmelin, Huppert, Stokvis, Ultzmann, Smith s'appliquent également à la bilirubine, à la biliverdine et aux autres pigments biliaires.

M. Ehrlich a proposé, pour la recherche de la bilirubine, l'emploi du sulfodiazobenzol: d'après lui, il se produirait avec ce réactif une coloration rouge sombre qui vire au violet par l'addition d'acide acétique glacial. Mais l'essai que j'ai fait de ce procédé m'a donné un résultat négatif : j'ai pu constater que le sulfodiazobenzol, récemment préparé, selon le conseil de M. Ehrlich, en dissolvant 1 gramme d'acide sulfanilique, 15 c.c. d'acide chlorhydrique et 0 gr. 10 centigr. de nitrite de soude dans la quantité d'eau nécessaire pour avoir un litre de liquide, ne fournit pas la réaction annoncée avec la solution chloroformique de bilirubine pure, même si l'on rend le mélange homogène par l'addition d'alcool. Par contre, le même réactif fait apparaître une superbe coloration rouge sombre dans l'urine ictérique acidulée par l'acide acétique, et encore mieux dans l'extrait chloroformique de cette urine. Ce fait donne à penser que la réaction d'Ehrlich est due non à la bilirubine, mais à d'autres pigments qui existent toujours dans l'urine bilieuse.

Or, au cours de récentes recherches chimiques et physiologiques sur les pigments biliaires, j'ai obtenu une réaction colorée, qui me paraît spécifique de la bilirubine, en traitant cette substance en solution sodique ou potassique par le cyanure de mercure.

Mes essais ont été faits au moyen d'une bilirubine dont la pureté avait été vérifiée par les diverses réactions d'épreuve et par l'examen spectroscopique. Si l'on fait dissoudre, dans une capsule de porcelaine, une trace de cette substance dans une goutte de lessive de potasse à 10 % et qu'on y ajoute avec précaution quelques gouttes du réactif suivant :

Solution de cyanure de mercure à 5 %. }
Lessive de potasse à 10 % .... } aa.

on voit apparaître aussitôt une belle couleur rouge qui s'efface peu à peu; l'addition d'acide acétique la fait disparaître immédiatement.

Cette réaction se prête très bien à la recherche clinique de la bilirubine dans les urines ou les calculs biliaires.

Pour l'examen des urines, il suffit de verser dans un tube à essai 10 c.c. environ du liquide à examiner et d'y ajouter sans chauffer un volume moitié moindre du réactif; au cas de bilirubinurie, on obtient la coloration rouge caractéristique, disparaissant par l'addition d'acide acétique. La présence d'albumine ne gêne pas la réaction.

Si l'urine ne renferme pas assez de bilirubine pour que la réaction soit évidente, on extrait soigneusement l'urine par le chloroforme, on évapore ce dernier et l'on opère ensuite sur le résidu, en y ajoutant quelques gouttes de solution de potasse et quelques gouttes de réactif, comme je l'ai dit à propos de la bilirubine pure.

Je tiens à signaler que le cyanure mercurique *seul* ne donne pas la réaction : il ne la produit qu'en milieu alcalin; la réaction ne survient pas en présence d'ammoniaque. Les cyanures alcalins ne se comportent pas comme le cyanure de mercure.

Dr Pietro Trapani (de Messine).

BULLETIN

Comment faut-il appeler l'agent présumé de la syphilis ?

Quelques mois à peine se sont écoulés depuis que MM. F. Schaudinn et E. Hoffmann ont fait connaître qu'ils avaient trouvé une espèce particulière de « spirochète » dans les tissus syphilitiques, et voici que cette découverte, présentée par les auteurs allemands avec la plus prudente réserve en ce qui concerne le rôle pathogène du nouveau parasite, et accueillie tout d'abord avec un scepticisme justifié par les nombreuses déconvenues antérieures, a été de tout côté confirmée, si bien qu'il est maintenant sinon certain, du moins fort vraisemblable, qu'on se trouve réellement en présence de l'agent responsable de la syphilis; M. Schaudinn lui-même est devenu très affirmatif à cet égard, et son avis est partagé notamment par MM. Metchnikoff et Roux.

Mais si l'ensemble des recherches qui ont été consacrées au nouveau parasite a projeté une vive lumière sur bien des points de l'histoire du « spirochète » pâle, il s'en faut que du même coup ait été élucidée la question du nom à attribuer à ce microorganisme; bien au contraire, tout est confusion et arbitraire à ce point de vue.

C'est que, jusqu'ici, les deux genres *Spirillum* et *Spirochæte* — créés par Ehrenberg il y a quelque soixante-dix ans (1) — ont été confondus par la majorité des bactériologistes, les spirochètes n'étant que des spirilles très fins et à courbure peu prononcée; or, on sait combien négligeables sont les différences morphologiques de cet ordre, en matière de bactéries; et, d'autre part, la nature bactérienne de l'un et l'autre genre ne faisait de doute pour personne.

Mais l'année dernière — c'est-à-dire plusieurs mois avant la découverte du « spirochète » pâle — M. Schaudinn lui-même, à la suite de très intéressantes recherches sur le cycle évolutif de certains parasites sanguicoles du hibou, bouleversait toutes les notions communément admises à cet égard. Il étudiait, en effet, dans le sang de cet oiseau, un microorganisme qui a été décrit tout d'abord sous le nom de *Leucocytozoon* par M. Ziemann, puis considéré par M. Laveran comme un *Hæmamœba* dont l'auteur français a fait l'espèce *H. Ziemanni*. Or, les recherches de M. Schaudinn ont paru lui démontrer que ce parasite est un spirochète — il l'appela *Sp. Ziemanni*, mais nous verrons qu'il a dû tout récemment modifier cette désignation —, et a un processus évolutif extrêmement compliqué, sur les détails duquel nous ne saurions insister ici, qui le rapproche tout à fait des trypanosomes. Ces constatations eurent pour conséquence logique d'amener M. Schaudinn à distraire *Spirochæte Ziemanni* — et en même temps que lui les espèces voisines, *Sp. Obermeieri* de la fièvre récurrente et *Sp. anserina* (Sakharov) — du groupe des bactéries, où restent au contraire les spirilles vrais, pour en faire des protozoaires voisins des trypanosomes. Cette dernière parenté serait même si étroite que M. Schaudinn terminait son mémoire par ces mots : « Il reste pour l'instant à la convenance de chaque observateur [de décider] ce qu'il veut désigner comme *Spirochæte* et *Trypanosoma*. J'ai choisi *Trypanosoma* pour les formes qui se fixent par le pôle flagellé, *Spirochæte* pour celles qui se fixent par l'extrémité dépourvue de flagellum. »

Ces vues, M. Schaudinn les avait exprimées, comme nous l'avons dit, plusieurs mois avant la découverte de l'agent présumé de la syphilis; aussi les a-t-il appliquées à celui-ci et, dès sa première publication, il considère *Sp. pallida* non comme un microbe (au sens habituel du mot), mais comme un protozoaire. Dès lors, si l'on admet l'opinion de M. Schaudinn, c'est un abus de langage de parler, comme l'ont fait et le font encore nombre d'auteurs, du « spirille » de la syphilis, du « microbe » de la syphilis, de dire que la syphilis est une « spirillose », etc., etc.; seules les expressions de spirochète de la syphilis et de *spirochétiase* — par analogie avec trypanosomiase, ankylostomiase, etc., etc. — sont légitimes.

Toutefois, tous les parasitologistes ne paraissent pas disposés à considérer les spirochètes comme des protozoaires, et, tout récemment, M. R. Koch, à la suite de ses recherches sur la fièvre récurrente dans l'Afrique orientale allemande, déclare que rien ne lui permet de considérer *Spirochæte Obermeieri* comme voisin des trypanosomes; aussi n'hésite-t-il pas à conserver les anciens errements en employant indifféremment, à propos de ce parasite, les mots de spirille et de spirochète et en appelant « spirillose » l'affection correspondante.

De son côté, M. Laveran a bien voulu nous écrire que, à son avis, « les spirochètes et notamment le spirochète pâle rentrent dans le genre *Spirillum* et que les spirilles, dont la structure est tout à fait différente de celle des trypanosomes, doivent être considérés comme des bactéries et non comme des protozoaires ».

Par contre, pour ceux qui ont adopté l'opinion de M. Schaudinn, et pour celui-ci lui-même, non seulement l'appellation de spirille est inexacte pour le parasite présumé de la syphilis, mais même il faudrait renoncer à classer ce dernier dans le genre spirochète. C'est M. Vuillemin qui, ainsi que nous l'avons naguère signalé, a soulevé la question, en faisant observer que le microorganisme pour lequel Ehrenberg a jadis créé le genre *Spirochæte*, à savoir *Sp. plicatilis*, est trop différent de l'espèce décrite par MM. Schaudinn et Hoffmann pour qu'on puisse les réunir dans un

(1) A dire vrai, Ehrenberg employait le mot *Spirochæta*, mais depuis Cohn l'orthographe *Spirochæte*, plus conforme à l'étymologie, a prévalu.

même genre; aussi M. Vuillemin a-t-il proposé la création du genre nouveau *Spironema*, et de l'espèce *Sp. pallidum*, pour le parasite de la syphilis (Voir *Semaine Médicale*, 1901, p. 284).

M. Schaudinn s'est tout d'abord rallié à cette proposition, et cela d'autant plus volontiers qu'il a lui-même reconnu depuis ses premières publications, grâce à des colorations plus parfaites obtenues au moyen de la méthode de Löffler pour les cils, des différences morphologiques notables entre les spirochètes vrais (*Sp. refringens, dentium, plicatilis*) et le pseudo-spirochète pâle. Mais à peine eut-il fait connaître qu'il acceptait la dénomination de *Spironema* qu'on lui signalait que ce genre existait déjà en zoologie, ayant été créé en 1893 par M. Klebs pour un autre flagellé; aussi, par une très brève note publiée dans la *Deutsche medizinische Wochenschrift* du 26 octobre dernier, M. Schaudinn, abandonnant le mot *Spironema*, proposait-il pour le parasite qu'il a découvert le nouveau genre *Treponema*.

Le plus curieux, c'est que déjà trente ans avant Klebs — exactement en 1864 — le nom de *Spironema* avait été attribué par Meek à certains mollusques; c'est ce qu'ont fait observer, dans l'*American Medicine* du 2 décembre dernier, MM. Ch. W. Stiles et Ch. A. Pfender, lesquels, ignorant la note publiée cinq semaines auparavant par M. Schaudinn, proposent, pour l'ex-spirochète pâle, de créer le genre *Microspironema*. Il va sans dire que M. Schaudinn ayant nettement la priorité, comme il ressort de la comparaison des deux dates que nous venons de citer, c'est la désignation *Treponema*, proposée par lui, qui doit prévaloir.

Tel est l'état actuel de la question. Il ne nous appartient pas de départager les deux camps en présence, et de décider s'il s'agit en l'espèce d'un protozoaire ou d'un bactérien. L'opinion de M. Schaudinn paraît assurément bien fondée pour ce qui est de *Spirochæte Ziemanni* — lequel, à dire vrai, ne serait pas non plus un spirochète, d'après une communication qu'a bien voulu nous faire l'auteur allemand, et devrait reprendre son nom primitif de *Leucocytozoon* —, mais ce n'est que par voie de déduction que les conclusions relatives à ce dernier microorganisme ont été étendues par lui au « spirochète » pâle, puisque celui-ci n'a pu être mis en culture et que son cycle évolutif comme son mode de reproduction sont complètement inconnus. Au reste, pour nous médecins, il est d'importance secondaire que l'on dise *Spirochæte pallida* ou *Treponema pallidum*; ce que l'on peut en tout cas prédire sans craindre d'être démenti par les événements, c'est que longtemps encore les cliniciens parleront de syphilis plutôt que de *tréponémiase*.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur la signification du dermographisme pour le diagnostic des névroses fonctionnelles, par M. H. Stursberg.

Quelques traités classiques attribuant au dermographisme une certaine valeur pour le diagnostic des névroses, et notamment de l'hystérie, M. Stursberg a institué, en vue de vérifier le bien fondé de cette opinion, une série de recherches comparatives sur des malades atteints d'affections du système nerveux et sur des personnes qui en étaient complètement indemnes. Afin d'éviter toute erreur d'interprétation, l'auteur n'a examiné à cet égard que des sujets pour lesquels le diagnostic était tout à fait certain, notamment en ce qui concerne la présence ou l'absence de troubles nerveux; de plus, il a laissé de côté les enfants fébricitants, l'excitabilité des vaisseaux cutanés étant chez eux tout autre qu'à l'état normal.

En éliminant de la sorte les cas douteux, M. Stursberg a pu examiner 90 hommes, 84 femmes et 70 enfants. L'exploration, qui portait toujours sur les téguments de la poitrine et de la partie supérieure du dos, parfois aussi sur ceux d'autres régions, consistait à tracer sur la peau un trait au moyen de l'extrémité arrondie d'un porte-crayon métallique, modérément appuyée, et à noter ensuite non seulement l'intensité et l'étendue de la rougeur ainsi obtenue, mais encore le laps de temps qui s'écoulait entre le moment de l'excitation et celui de l'apparition de la ligne rouge, la durée de sa persistance, etc.

Dans la plupart des cas, l'auteur a vu la peau ainsi touchée d'abord pâlir, en même temps qu'elle devenait « chair de poule », mais, déjà au bout de quelques secondes, cette pâleur faisait place à une rougeur, qui apparaissait, le plus souvent, au point même sur lequel avait porté l'irritation; quelquefois, on voyait s'établir une hyperémie des deux côtés de la raie pâle; d'autres fois, au contraire, le trait lui-même était rouge, mais bordé de deux bandes pâles, plus ou moins larges. Dans 3 cas, enfin, M. Stursberg a noté l'existence de la *dermographie blanche*, c'est-à-dire l'absence de toute hyperémie, celle-ci étant remplacée par un trait pâle, qui persistait pendant quelques minutes : dans un de ces faits, il s'agissait d'une jeune fille atteinte d'une arthrite du genou d'origine obscure, et chez laquelle l'excitation de la peau du dos donnait lieu à de la dermographie blanche, alors qu'en traçant le trait sur la poitrine, on obtenait une rougeur, peu accentuée, il est vrai; la même variété particulière de dermographisme a été observée sur l'avant-bras paralysé, légèrement œdémateux et cyanosé, d'une autre jeune fille, atteinte de syringomyélie, ainsi que chez un enfant anémique.

Pour ce qui est de la constance avec laquelle se présente le phénomène vasomoteur en question, l'auteur a été à même de se convaincre que le dermographisme fait rarement défaut. Il n'a, en effet, noté son absence complète que 3 fois, chez des individus sains au point de vue du système nerveux, à savoir un homme de quarante-cinq ans à peau sèche et atteint d'un vitiligo étendu, une femme de soixante-neuf ans, très probablement myxœdémateuse et dont la peau, très sèche et dure, se desquamait fortement, et une autre femme traitée pour une anémie accentuée, et chez laquelle la peau, très pâle, était également sèche; dans ce dernier cas, le dermographisme ne faisait, d'ailleurs, complètement défaut qu'au niveau du dos, tandis que du côté de la poitrine on en obtenait quelques traces. Aussi M. Stursberg serait-il porté à croire que l'absence totale de dermographisme constitue un phénomène tout à fait exceptionnel et qui relève probablement d'un état anormal des téguments.

Chez un certain nombre d'individus à système nerveux sain (leur proportion a varié entre 3.9 et 16 %), l'hyperémie était à peine marquée; chez la moitié environ (de 44 à 49 %) des sujets de la même catégorie, la rougeur provoquée par l'irritation de la peau était légère; dans un autre groupe, moins nombreux (de 24 à 33.3 %), la réaction était modérée; enfin, à un degré intense, elle se montra rarement (de 2.4 à 13.7 %).

Chez les sujets atteints de maladies du système nerveux, on obtint des résultats quelque peu différents : le nombre des cas avec réaction modérée fut supérieur à celui des réactions légères; de plus, la proportion des faits avec hyperémie intense se montra généralement assez considérable, et, par contre, on n'eut pas à enregistrer un seul cas d'absence complète de dermographisme.

Quelle que soit l'intensité de l'hyperémie au niveau même du point d'excitation, on peut observer — chez les malades atteints d'affections du système nerveux plus fréquemment que chez les individus bien portants, et chez les femmes plus souvent que chez les hommes — l'extension de la rougeur aux parties avoisinantes, sous la forme de taches plus ou moins nettement délimitées entre elles. Le maximum de fréquence (50 %) et d'intensité de ce phénomène a été noté pour la peau de la poitrine des femmes atteintes de quelque névrose.

D'une façon générale, on peut dire que l'hyperémie réactionnelle, dans les cas de névrose, se montre un peu plus marquée et conserve plus longtemps le maximum de son intensité que chez les sujets à système nerveux sain, mais il serait erroné d'en conclure que ce signe pût avoir une valeur quelconque pour le diagnostic de ces névroses; car, d'une part, il n'est pas rare de voir des névrosés chez lesquels l'irritation mécanique de la peau ne donne lieu qu'à une rougeur très légère, et, d'autre part, on peut observer un dermographisme intense chez des individus exempts de toute maladie du système nerveux. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXXXIII, 5-6.) — L. Ch.

Les anomalies de structure du placenta dans l'utérus infantile et leurs conséquences, par M. O. Schäffer.

L'utérus infantile a déjà quelque peu attiré l'attention des gynécologues, mais il ne semble pas qu'on se soit jusqu'ici préoccupé des conséquences obstétricales que peut avoir sa conformation. Dans le présent travail, M. Schäffer s'efforce de combler cette lacune.

Une femme anémique, chétive, anciennement scrofuleuse et depuis longtemps connue par l'auteur pour l'insuffisant développement de ses organes génitaux, avait eu déjà toute une série d'avortements quand elle redevint enceinte; grâce à un traitement général et à beaucoup de ménagements, elle put cette fois arriver à terme. Pendant l'accouchement, l'énergie des contractions utérines laissa fort à désirer et, en fin de compte, il fallut recourir au forceps. Le placenta, extrait par la méthode de Crédé, était extrêmement friable, mais paraissait complet. Les suites de couches furent normales, sauf l'abondance assez grande des lochies et la lenteur de l'involution de l'utérus. Un mois et demi après l'accouchement, à l'occasion du retour de couches, il se fit une métrorrhagie très abondante. On pratiqua un tamponnement, puis un curettage, et l'on fut assez surpris de voir ce dernier ramener des débris abondants et semblables à ceux d'un avortement.

L'examen microscopique de ces fragments montra qu'ils contenaient encore de nombreuses franges choriales, frappées de dégénérescence hyaline par suite de l'oblitération de leurs vaisseaux. En plusieurs points la caduque avait également subi cette dégénérescence; elle présentait, en outre, une abondance considérable du tissu conjonctif interstitiel; enfin, circonstance assez singulière, tous les fragments ramenés par la curette étaient presque exclusivement formés par la couche compacte de la caduque : la couche spongieuse n'existait pour ainsi dire pas. Chez cette femme, tout comme l'utérus, la caduque était donc insuffisamment développée et scléreuse; d'autre part, en raison de la dégénérescence hyaline des franges et d'une partie de la caduque — due elle-même aux hémorrhagies interstitielles qui s'y étaient produites —, la séparation entre le placenta et le tissu maternel s'était opérée de telle sorte qu'une partie des franges chorio-placentaires étaient demeurées adhérentes à l'utérus. En somme, le mécanisme de la séparation avait été le même que dans les avortements, d'où la rétention de débris de l'arrière-faix et l'hémorrhagie tardive qui s'était manifestée lors du retour de couches.

De par l'examen de cette pièce et de quelques autres analogues, provenant surtout d'avortement, M. Schäffer pense qu'on peut décrire à la caduque de l'utérus infantile deux types : l'un atrophique, répondant à la description qui précède, et l'autre glandulo-kystique où les glandes sont nombreuses et dilatées, et où la muqueuse, pourvue de capillaires friables, rappelle assez bien celle des polypes glandulaires. Tous deux, par suite du faible développement de la circulation et de la vitalité insuffisante de la muqueuse, aboutissent facilement à l'avortement, à la rétention de particules placentaires et aux hémorrhagies secondaires.

Le remède à pareils accidents est dans le

curettage, mais ce dernier doit être extrêmement prudent, afin de ne pas amener une sclérose plus prononcée de la muqueuse et, par suite, une incapacité encore plus notoire d'assurer le développement de l'ovule fécondé. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXXVI, 1.) — R. DE B.

A propos du drainage infrasymphysaire de la vessie, par M. W. HANNES.

Dans le but d'éviter le contact des drains avec la plaie vésicale toute récente, on a proposé, après les opérations sur la vessie de la femme, de drainer ce réservoir en y faisant pénétrer un tube directement au-dessous de la symphyse, par une minime incision faite à ciel ouvert. M. Hannes pense que le manuel opératoire de cette petite intervention pourrait être simplifié de la façon suivante :

L'opération vésicale terminée, on remplit la vessie avec 100 c.c. d'eau, ce qui permet, entre autres, de s'assurer de l'étanchéité des sutures, s'il s'agit par exemple de la cure d'une fistule vésico-vaginale; puis, entre le clitoris et le méat, à 2 centimètres environ en avant de ce dernier, on enfonce un trocart de 5 ou 6 millimètres de diamètre dans la vessie. Grâce à la précaution qu'on a prise de remplir ce réservoir, la pointe pénètre facilement à travers la paroi, et on la retire en laissant en place la canule, dont il n'y a plus qu'à assurer la fixité. Au bout de deux à trois semaines, la canule est à son tour retirée.

L'auteur a ainsi opéré 3 malades qui ont parfaitement guéri, et chez lesquelles la canule métallique, malgré son long séjour, n'a pas laissé trace de fistulisation. (*Zentr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 novembre 1905.) — R. DE B.

PUBLICATIONS SCANDINAVES

Diphtérie auriculaire primitive, par M. H. DAAE.

L'extrême rareté des localisations primitives de la diphtérie sur l'oreille — il n'en existerait dans la littérature que 2 cas, d'après M. Daae — nous engage à résumer l'observation relatée dans le présent travail.

Un garçon de onze ans fut pris un jour de douleurs auriculaires, sans cause appréciable, sauf peut-être un léger refroidissement. A l'examen otoscopique, on trouva le tympan injecté et bombé. Comme les douleurs augmentaient et que la température atteignait 40°, on fit la paracentèse du tympan, mais cette opération n'amena ni amélioration, ni écoulement de sécrétion, à moins qu'on ne veuille considérer comme telle une sorte de filament grisâtre qui apparut le lendemain, en même temps qu'un peu de sérosité sanguinolente. Au quatrième jour, on chloroformisa de nouveau l'enfant et on trouva dans l'oreille quelques masses blanchâtres, où l'analyse bactériologique ne révéla que des microcoques vulgaires.

En dépit de ce résultat négatif, l'auteur recourut au sérum antidiphtérique, et, quelques jours plus tard, il put recueillir une nouvelle pseudo-membrane, dont l'examen démontra cette fois la présence de bacilles de Löffler; entre temps, des cultures provenant de la gorge et du nez n'avaient donné que des microcoques. Au neuvième jour, on aperçut quelques petites taches blanches, adhérentes, sur les amygdales; elles étaient peut-être diphtéritiques, mais en tout cas elles étaient secondaires à la diphtérie de l'oreille.

Des complications sérieuses marquèrent l'évolution de la maladie : au dixième jour, il fallut trépaner la mastoïde, qu'on trouva pleine de pus et de fausses membranes; trois jours après survenait une pneumonie et une petite embolie oculaire. Ces divers accidents finirent cependant par guérir. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, septembre 1905.) — R. DE B.

Quelques notes à propos d'un ferment oxydant comme cause de la production des selles vertes chez les nourrissons, par M. W. WERNSTEDT.

Les diverses hypothèses qui ont été formulées pour expliquer l'origine de la coloration des selles vertes dans les gastro-entérites des nourrissons sont toutes passibles de certaines objections. Aussi M. Wernstedt se croit-il autorisé à proposer une nouvelle théorie du phénomène.

Quand on compare, à l'œil nu, les selles jaunes, normales, d'un enfant bien portant avec les selles de la diarrhée verte, on s'aperçoit facilement que ces dernières contiennent une proportion plus ou moins considérable de mucus, au milieu duquel se rencontrent des grumeaux; plus le mucus est abondant et plus la coloration verte est intense. Il est donc naturel de penser qu'il existe une relation entre la composition et la coloration de ces selles et de se demander, par exemple, si le mucus ne serait pas capable de déterminer cette coloration en provoquant l'oxydation de la bilirubine. Cette opinion, assez admissible *a priori*, vu que plusieurs sécrétions de l'organisme possèdent les propriétés des ferments, est confirmée par ce fait que les selles de l'enfant en général, et les selles vertes en particulier, sont capables d'oxyder le gaïacol en présence de l'eau oxygénée, et perdent cette propriété par l'ébullition.

D'autre part, l'examen microscopique des selles montre que la matière colorante se concentre dans des corpuscules qui ont tout l'air d'être d'anciens leucocytes, lesquels ne sauraient évidemment provenir que de la muqueuse, par diapédèse. Or, d'après ce que l'on sait des propriétés oxydantes de certaines cellules de l'organisme, on peut supposer que le pouvoir oxydant mis plus haut en évidence appartient, en l'espèce, aux leucocytes en question. On trouve la confirmation de cette hypothèse dans ce fait que, dans la réaction du gaïacol, les leucocytes qui se trouvent dans les selles prennent une coloration brun rouge. Il est donc vraisemblable que le ferment en question est sécrété par eux.

La coloration verte des selles serait dès lors imputable à l'action d'un ferment élaboré en quantité anormale au cours des entérites. Il se peut cependant que les autres facteurs déjà signalés concourent à la production du phénomène. (*Hygiea*, août 1905.) — R. DE B.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'anesthésie par injection intra-rachidienne de sulfate de magnésie.

Ayant eu l'occasion de constater, au cours de recherches expérimentales poursuivies pendant les huit derniers mois au « Rockefeller Institute for Medical Research » de New-York, que les sels de magnésie avaient pour propriété de déterminer des effets d'inhibition et de dépression nerveuses, MM. les docteurs S. J. Meltzer et J. Auer ont eu l'idée d'appliquer ces résultats expérimentaux à la thérapeutique humaine en substituant aux injections de cocaïne, pour obtenir l'anesthésie médullaire, des injections intra-rachidiennes de sulfate de magnésie, injections dont les expériences de laboratoire avaient prouvé à nos confrères la parfaite innocuité.

Ces essais furent faits dans différents hôpitaux de New-York sur 12 malades, dont 7 furent opérés par M. le docteur H. A. Haubold au Harlem Hospital, 2 par M. le docteur J. Blake au Roosevelt Hospital, et 3 par M. le docteur Willy Meyer au German Hospital. La dose adoptée pour l'injection intra-rachidienne a été de 0 gr. 02 centigr. de sulfate de magnésie par kilo de poids du corps, soit 1 c.c. d'une solution à 25 % par 25 livres de poids. Au bout de trois ou quatre heures, survient une paralysie s'étendant au bassin et aux membres inférieurs, et l'analgésie est assez profonde pour que l'on puisse pratiquer une opération sur ces régions sans que le patient ressente aucune douleur. Au début, on crut devoir compléter l'anesthésie par des inhalations de chloroforme, mais on s'aperçut que cette pratique était tout à fait inutile, et les 4 derniers malades furent anesthésiés uniquement à l'aide de l'injection du sel de magnésie.

La sensibilité et la motilité reparaissent de huit à quatorze heures après l'injection, et il ne subsiste généralement plus alors qu'une rétention d'urine, qui nécessite parfois le cathétérisme pendant un jour ou deux.

Il convient d'ajouter que chez un sujet qui, par suite d'une méprise, reçut 1 c.c. de la solution à 25 % par 8 kilogrammes du poids de son corps, on put procéder à l'opération dès une heure après l'injection. Mais, deux heures et demie plus tard, cet homme tomba dans un état profond d'anesthésie générale avec ralentissement notable des mouvements respiratoires (10 seulement par minute). On fit aussitôt une ponction lombaire et, après écoulement de liquide céphalo-rachidien, on pratiqua le lavage de la cavité spinale avec la solution physiologique.

Dans un autre cas où l'on n'avait employé qu'une dose fort modérée de sulfate de magnésie, on observa, outre des douleurs irradiantes aux membres inférieurs, une rétention d'urine qui dura douze jours et ne s'amenda que fort lentement.

MM. Meltzer et Auer estiment toutefois que ces phénomènes sont imputables, non à l'action du sulfate de magnésie, mais à une technique défectueuse; du reste il serait facile d'en avoir raison en recourant au lavage de la cavité rachidienne au moyen de la solution physiologique.

L'héliothérapie des tuberculoses chirurgicales.

La lumière solaire a déjà été utilisée en tant qu'agent thérapeutique dans toute une série d'affections, principalement de la peau; dernièrement encore, nous avons signalé les excellents résultats qu'elle a donnés à M. L. Kunwald dans la tuberculose du larynx (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 30 et 491).

De leur côté, plusieurs médecins de la « Côte d'Azur » ont appliqué la radiothérapie au traitement des tuberculoses chirurgicales : c'est ainsi que l'année passée MM. les docteurs Bourcart, Revillet et Vernet (de Cannes) pouvaient citer 295 cas de tuberculose osseuse ou articulaire et 95 cas de tuberculose ganglionnaire externe soignés par l'héliothérapie et la balnéothérapie avec une forte proportion de succès. Plus récemment, M. le docteur Grinda, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Roch de Nice, a fait des essais thérapeutiques dans le même sens, essais dont son ancien interne, M. le docteur A. Borriglione, rend compte dans sa thèse inaugurale.

Voici la technique adoptée par M. Grinda : on expose directement à l'action des rayons solaires, entre dix heures du matin et deux heures de l'après-midi, moment de la journée qui correspond au maximum d'intensité lumineuse, les parties malades, protégées simplement par des couches plus ou moins épaisses de tissus blancs qui n'absorbent aucun rayon du spectre solaire. La durée d'exposition est de vingt-cinq à trente minutes en moyenne, avec une température de 25° à 37° au soleil. Pour les hommes, dont la peau renferme plus de pigment que celle des femmes et des enfants, on peut pousser la durée des séances jusqu'à une heure et demie sans interruption.

Notre confrère ne considère d'ailleurs l'héliothérapie que comme un moyen adjuvant dans le traitement des tuberculoses chirurgicales, nullement exclusif d'une intervention opératoire. Il estime, au contraire, que, toutes les fois que l'on se trouve en présence d'altérations graves, compliquées de lésions destructives ou d'infections surajoutées, il convient d'accorder la première place à l'intervention chirurgicale. Les expositions à la lumière — les premières séances étant faites sous pansement quand il s'agit de plaies dont on espère obtenir la réunion *per primam* — viennent alors activer les phénomènes de réparation et hâter la guérison.

D'une façon générale, le traitement manifeste tout d'abord ses effets par une atténuation des douleurs superficielles et profondes, bientôt suivie de la disparition complète de ces

phénomènes. La cicatrisation s'opère ensuite rapidement et les fistules sont exceptionnelles.

En somme, les résultats ont été excellents dans les 9 cas de tuberculose chirurgicale où M. Grinda a fait usage de l'héliothérapie; ces faits concernent respectivement 1 ostéite tuberculeuse d'une côte, 1 ostéite tuberculeuse du sacrum et de l'os iliaque, 1 adénite cervicale suppurée tuberculeuse, 2 tumeurs blanches du genou, 1 hydarthrose tuberculeuse de cette articulation, 2 coxalgies et 1 ostéite tuberculeuse du cubitus. Ajoutons qu'à ces 9 observations M. Borriglione a pu en joindre 8 autres du même genre, qui lui ont été communiqués par MM. les docteurs C. Roux, Malgat et Chini (de Nice), et où l'emploi de la lumière solaire a eu des effets non moins favorables.

Les injections profondes d'alcool au point d'émergence du nerf facial contre le blépharospasme.

Les bons effets obtenus contre les névralgies du trijumeau par MM. Pitres et Verger, M. Schlösser, M. Ostwalt, au moyen des injections profondes d'alcool (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 257), ont engagé M. le docteur Valude, médecin de la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, à Paris, à avoir recours à ce moyen thérapeutique contre le tic non douloureux des paupières, affection le plus souvent incurable et dans laquelle les injections profondes d'alcool auraient déjà donné des résultats satisfaisants à M. Schlösser.

Cette petite opération consiste à injecter 1 c.c. $^1/_2$ d'alcool à 80°, additionné de 0 gr. 01 centigramme de cocaïne par centimètre cube de liquide, en enfonçant l'aiguille en un point situé entre la face antérieure de l'apophyse mastoïde et la face inférieure du conduit auditif externe, et en la dirigeant de façon qu'elle glisse en arrière de l'apophyse styloïde; profondément, on atteint ainsi l'orifice externe du canal mastoïdien, point d'émergence du nerf facial. L'injection doit être poussée lentement : on injecte d'abord 0 gr. 20 centigr., puis, après quelques instants, le reste de la seringue par fractions de 0 gr. 10 centigr.

Dans les 2 cas de blépharospasme où M. Valude a eu recours à ce mode de traitement, la douleur opératoire fut minime, grâce à la présence de la cocaïne dans le liquide injecté. Il s'établit tout d'abord une paralysie faciale complète du côté où avait été faite l'injection, mais cette paralysie rétrocéda rapidement : déjà au bout de deux heures, les paupières pouvaient être fermées et la parole redevint normale cinq heures après l'injection. Douze ou quinze jours plus tard, il ne subsistait plus qu'un léger degré de raideur dans les muscles de la face. Le spasme palpébral n'a pas reparu; en cas de récidive, d'ailleurs, il serait facile de faire une nouvelle injection, ce qui serait sans inconvénient en raison de la simplicité et de l'innocuité de l'intervention : le seul désavantage que celle-ci paraît offrir est un gonflement un peu douloureux de la région parotidienne qui s'est produit dans l'un des cas traités par notre confrère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre 1905.

Action des iodiques sur la circulation.

M. G. Pouchet lit sur ce sujet un travail dans lequel il démontre, en s'appuyant sur une série de recherches expérimentales, que l'iode et les iodures d'une part, le suc de thyroïde fraîche, les albumines iodées d'autre part, ont une action inverse sur le cœur et les appareils nerveux extra-cardiaques.

Parmi ces substances, les premières sont hypertensives, les secondes hypotensives à doses médicamenteuses. A doses toxiques, les unes et les autres provoquent de l'hypotension par action dépressive sur le myocarde et par paralysie du système nerveux.

Les iodures ne doivent donc pas être considérés, dans la pratique, comme des médicaments cardiaques proprement dits, leur action circulatoire à dose thérapeutique n'est que secondaire et subordonnée à leurs effets sur le système lymphatique et le sang.

L'orateur estime, en outre, que les albuminoïdes iodés et les préparations thyroïdiennes sont difficilement utilisables dans la pratique en raison de leur grande altérabilité et que leur emploi devrait être plus surveillé qu'il ne l'est à l'heure actuelle. Si leurs propriétés pharmacodynamiques vasculaires s'atténuent au contact de l'air et de la lumière dans de notables proportions, il n'en est pas de même de leurs propriétés toxiques, et leur action sur le système nerveux et la nutrition ont causé nombre d'accidents, mis le plus souvent sur le compte de la maladie elle-même.

M. Josias lit un rapport sur un mémoire de M. Maurice de Fleury, ayant pour titre : *Névroses de l'enfance et problèmes d'éducation.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 décembre 1905.

Traitement de la lithiase des voies biliaires.

M. Terrier. — Je puis vous communiquer 5 faits qui viennent à l'appui de l'opinion que j'ai soutenue dans la dernière séance, relativement à l'importance du drainage des voies biliaires dans le traitement de la lithiase du cholédoque.

Dans la première observation, l'ablation d'un calcul du cholédoque fut suivie simplement du drainage du canal cystique; la fistule biliaire s'est fermée spontanément après un temps relativement court, et la guérison est parfaite.

Chez une deuxième malade, âgée de trente-huit ans, que j'ai opérée pour un calcul du canal hépatique, le drainage de ce dernier a donné également un résultat excellent.

Dans le troisième fait, il s'agit d'une femme chez laquelle on avait fait antérieurement une cholécystotomie suivie de fistulisation; une deuxième intervention a permis d'enlever un calcul du canal hépatique, mais, la patiente ayant succombé à une péritonite suppurée, l'autopsie a révélé l'existence d'un calcul du canal cholédoque, qui avait été méconnu lors de l'opération.

Chez la quatrième malade, on eut recours au drainage des voies biliaires, après ablation de deux calculs du canal hépatique et d'un calcul du canal cholédoque; la guérison fut très rapide.

Enfin, mon cinquième cas a trait à une femme que M. Michaux avait opérée pour une cholécystite suppurée et qui conservait une fistule; la cholécystectomie, suivie d'un large drainage du canal cystique, m'a donné un nouveau succès.

M. Hartmann. — La cholédoco-entérostomie, qui n'a pas été pratiquée bien souvent, n'est pas appelée à un très grand avenir; elle ne paraît répondre qu'à des indications exceptionnelles, dans les cas où la vésicule biliaire est atrophiée, et où le canal cholédoque est oblitéré irrémédiablement.

Myxochondrome sous-maxillaire.

M. Le Dentu. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas de tumeur mixte de la région sous-maxillaire, dont l'examen histologique a montré la nature myxochondromateuse. Le diagnostic clinique était assez difficile : j'avais pu éliminer toute idée d'adénite tuberculeuse, et j'hésitais entre une hypertrophie ganglionnaire simple et un néoplasme bénin. L'opération a mis en évidence que la tumeur, tout à fait indépendante de la glande sous-maxillaire, était absolument circonscrite, et sans adhérences intimes au muscle mylo-hyoïdien, sur lequel elle reposait.

M. Faure. — Je suis intervenu dans un cas analogue à celui que M. Le Dentu vient de nous communiquer; l'examen histologique de la tumeur a révélé qu'il s'agissait d'un néoplasme d'origine branchiale, qui, dans ce cas particulier, était de nature bénigne, car la récidive ne s'est pas produite jusqu'ici.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 décembre 1905.

Sur un cas de purpura hémorrhagique avec réaction myéloïde du sang.

M. Labbé relate, en son nom et au nom de M. Ameuille, l'observation d'une femme de vingt-sept ans, entrée à l'hôpital pour une sclérose en plaques, chez laquelle apparurent des accidents de purpura hémorrhagique grave (pétéchies et ecchymoses cutanées, saignement des gencives, ménorrhagies, gastrorrhagies, méléna, etc.).

Dès l'apparition de ces accidents, l'examen du sang décela un retard de la coagulation avec rétraction normale du caillot. Celui-ci ne devint irrétractile qu'au moment des gastrorrhagies. A cette même période des grandes hémorrhagies, on constata l'existence d'une réaction myéloïde du sang qui ne dura que quelques jours et qui doit être considérée, d'après l'orateur, comme un indice de l'état hémorrhagique et non comme la caractéristique d'une maladie spécifique.

La patiente, après avoir été traitée sans succès par le chlorure de calcium et par l'ergotine, reçut plusieurs injections sous-cutanées d'adrénaline à la suite desquelles les hémorrhagies cessèrent rapidement, ce qui tendrait à faire admettre que l'altération du sang n'est pas la seule cause des hémorrhagies purpuriques, lesquelles sont plutôt sous la dépendance de troubles vasculaires.

M. Josué estime que l'adrénaline ne doit être employée qu'avec beaucoup de prudence. Il a été démontré, en effet, que si l'on administre cette substance pendant un certain temps, non seulement en injections intraveineuses mais même par la voie sous-cutanée, on provoque des lésions athéromateuses des vaisseaux. Quant aux injections intrapulmonaires d'adrénaline, elles doivent être, à son avis, complètement proscrites, en raison des accidents d'œdème aigu du poumon qui en ont été la conséquence.

Trois cas d'infection paratyphoïde.

M. Guinon communique, en son nom et au nom de M. Pater, 3 cas d'infection paratyphoïde.

Le premier concerne un enfant de quatorze ans, dont l'affection a évolué en quatre poussées distinctes et a duré en tout quatre-vingt-dix jours. Le sérum agglutinait au taux de $^1/_{500}$ le *Bacillus enteritidis* de Gärtner.

Chez le deuxième malade, âgé de dix ans, le sérum présentait la réaction agglutinante vis-à-vis du bacille paratyphoïde A de Brion et Kayser au taux de $^1/_{200}$, mais n'agglutinait pas le bacille d'Eberth. Ce jeune garçon avait été contaminé par sa sœur, également atteinte de paratyphus A.

Enfin le troisième patient est un médecin ayant eu, il y a cinq ans, une affection d'allures cliniques un peu anormales, au cours de laquelle le sérodiagnostic fut nettement positif à l'égard du bacille d'Eberth. Au mois de septembre dernier, ce confrère présenta de nouveau une fièvre continue, offrant tous les caractères de la dothiénentérie, mais au cours de laquelle la séroréaction éberthienne resta négative. Par contre, le sérum de ce malade a présenté ces jours-ci la réaction agglutinante vis-à-vis du bacille paratyphoïde A.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 décembre 1905.

Toxicité du contenu intestinal.

MM. Roger et Garnier. — Le contenu de l'intestin grêle du chien est remarquablement toxique pour le lapin : la mort arrive après l'injection dans les veines périphériques de 0 c.c. 41 à 1 c.c. 3 par kilo d'animal. Le nombre d'*entérotoxies* (Voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 536) est en moyenne de 144.5. La mort, dans ce cas, n'est pas due à des coagulations intravasculaires, comme le prouve l'autopsie des animaux et la recherche de la toxicité chez des lapins traités préalablement par l'extrait de tête de sangsue. Le foie neutralise en partie ces poisons. Si on introduit le liquide par la

veine porte, il en faut trois fois plus pour entraîner la mort.

Dans le liquide que nous injectons, le poids du résidu sec est toujours infime; nous avons calculé que le poison intestinal du chien tuait le lapin à la dose moyenne de 0 gr. 076 milligr. par kilo. L'alcool semble détruire la molécule toxique: ni les corps qu'il dissout, ni ceux qu'il précipite n'ont une toxicité comparable à celle du produit primitif.

Les poisons intestinaux du chien viennent en grande partie de l'alimentation; en effet, ils diminuent d'une façon considérable quand on soumet l'animal au régime lacté. Il faut alors de 4 à 8 c.c. du contenu intestinal pour tuer 1 kilo de lapin, et le nombre d'entérotoxies s'abaisse à 38.9. L'intestin a donc fabriqué près de quatre fois moins de poisons avec le lait qu'il n'en fait avec la viande.

Evolution générale des actes hématolytiques.

M. Froin. — Dans le liquide céphalo-rachidien normal, les globules rouges peuvent se conserver intacts plus ou moins longtemps, et quand ils laissent diffuser leur hémoglobine, cette substance est simplement dissoute, mais non détruite. Au cours des hémorrhagies méningées, bien que le liquide conserve une constitution chimique presque normale, l'hémoglobine est rapidement transformée en pigment jaune. Or, les seuls éléments étrangers au liquide sont, avec les globules rouges, des leucocytes venus par diapédèse.

L'étude de 56 hémorrhagies méningées m'a permis d'examiner 128 fois le liquide céphalo-rachidien et de noter les modifications des éléments figurés et de la pigmentation pendant l'évolution des différents actes du processus hématolytique : résorption, globulolyse et hémoglobinolyse.

La résorption des globules rouges est d'abord massive et en apparence spontanée; elle se ralentit ensuite et coïncide alors seulement avec une macrophagie locale très apparente.

En second lieu, l'acte chimique par lequel l'hémoglobine est transformée en pigment jaune, ou hémoglobinolyse, ne concorde pas tant avec une forte leucocytose ou avec la prédominance considérable d'un élément cellulaire, qu'avec la formule montrant la présence simultanée de polynucléaires neutrophiles et de mononucléaires. Le liquide d'un hématome peu dilué, contenant ces éléments, est très jaune et présente la réaction de Gmelin.

Enfin, la globulolyse s'observe surtout quand le foyer hémorrhagique ne contient plus qu'un petit nombre de globules rouges et quand les lymphocytes et les macrophages sont nettement prépondérants dans l'hématome. A ce stade, il se produit très peu ou pas du tout de pigment jaune, et le liquide redevient lentement incolore.

Mécanisme et signification de la leucocytose digitalique.

M. Bard (de Genève). — La leucocytose déterminée chez les pneumoniques par la digitale a été attribuée par les uns à une prolifération effective, par les autres à la pénétration dans le sang de leucocytes empruntés aux réserves des organes hématopoiétiques.

Ayant pu constater que cette leucocytose est un fait constant après l'administration de digitale, et se produit aussi bien chez l'homme sain que dans les états morbides les plus divers, j'ai été amené à supposer qu'elle pourrait bien être non réelle mais seulement apparente, et tenir aux propriétés cardiovasculaires du médicament.

Pour vérifier cette hypothèse, j'ai chargé mon assistant M. Kampmann d'examiner comparativement le sang périphérique et celui du cœur chez des lapins soumis à l'administration de digitale; or, le premier montrait bien une leucocytose manifeste, mais le second offrait un certain degré de leucopénie compensatrice.

Il s'agit donc d'une leucocytose purement périphérique, et peut-être d'autres leucocytoses sont-elles justiciables de la même interprétation; je citerai notamment celle des maladies aiguës, les troubles vasomoteurs et les modifications des circulations capillaires ne faisant pas défaut dans ces dernières.

Les lésions périvasculaires de la sclérodermie généralisée.

MM. L. Alquier et **Touchard.** — Nous avons recherché, par des biopsies faites sur 2 malades atteints de sclérodermie généralisée avec sclérodactylie, les lésions que M. Raymond et l'un de nous ont constatées l'an dernier à l'autopsie de 2 cas de la même affection (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 174). Ces biopsies, portant d'une part sur un point encore peu touché, et d'autre part sur l'endroit le plus atteint, montrent la présence, autour des capillaires sanguins, d'assez nombreuses cellules allongées, du type connectif et du type *Mastzelle*.

Il semble donc que, dans la sclérodermie généralisée, la sclérose du tissu conjonctif débute par une irritation périvasculaire : cette constatation, jointe à celle des lésions précoces dans les petits vaisseaux sanguins (tuméfaction de l'endothélium, épaississement et lésions dégénératives de la paroi), nous paraît justifier l'hypothèse qui attribue la maladie à une intoxication sanguine.

Sur l'action préventive du mélange de virus fixe et de sérum antirabique.

M. A. Marie. — J'ai inoculé un certain nombre de chiens sous la peau du ventre avec 10 à 60 c.c. d'un mélange de sérum antirabique de mouton et de virus fixe.

Tous ces animaux ont été immunisés pour une durée de plusieurs semaines contre l'action d'un virus des rues mortel pour les témoins. Chez quelques-uns d'entre eux cette immunité persistait encore au bout d'un an.

D'autre part, cette immunité s'établit très rapidement puisqu'elle préserve les chiens de la rage trois jours encore après une injection virulente grave (dans la chambre antérieure).

Je crois pouvoir conclure de ces recherches qu'il est maintenant possible de préserver par une seule injection, et pour une durée d'une année, le chien contre la rage des rues.

M. Remlinger. — L'inoculation sous la peau d'une émulsion de virus fixe et de sérum antirabique en quantité soit insuffisante, soit trop considérable, est parfaitement capable de déterminer l'apparition de la maladie.

Ce fait doit imposer une certaine circonspection dans l'application du mélange virus-sérum à la vaccination antirabique, et un dosage très minutieux du sérum doit être pratiqué à chaque saignée.

Inoculé au lapin par la voie sous-dure-mérienne ou intra-cérébrale, le mélange de virus fixe et de sérum antirabique demeure absolument sans action.

Le même mélange agit, au contraire, très activement lorsqu'il est injecté sous la peau ou dans le péritoine, et il arrive qu'il préserve contre l'épreuve sévère de l'inoculation sous-dure-mérienne.

Présence du spirochète pâle dans la roséole syphilitique.

MM. Veillon et **Girard.** — Sur des coupes d'un petit fragment de peau prélevé au niveau d'une macule de roséole syphilitique, nous avons pu reconnaître à un fort grossissement la présence de spirochètes dans les capillaires terminaux des papilles et dans certains vaisseaux sous-papillaires. Nous avons noté, en outre, la présence de quelques parasites hors des vaisseaux dans les nodules périvasculaires. Il est probable que le spirochète, transporté par le sang, vient se fixer dans les capillaires terminaux des papilles en provoquant à ce niveau des lésions congestives et une infiltration périvasculaire.

ETRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 13 décembre 1905.

Anatomie pathologique de la tuberculose rénale.

M. P. Rosenstein présente une série de préparations de reins tuberculeux enlevés par M. J. Israel. On peut distinguer trois formes de tuberculose rénale — la forme ulcéro-caverneuse, l'ulcération tuberculeuse du sommet des papilles, la forme nodulaire chronique —, qu'il n'est, du reste, possible de différencier l'une de l'autre qu'au début de l'affection.

Il faut savoir, en outre, que la seconde variété peut n'être pas reconnue, si l'on se contente d'explorer extérieurement le rein mis à nu; une large ouverture du bassinet est nécessaire pour en constater l'existence.

En terminant, l'orateur exprime le vœu que, grâce à l'emploi des méthodes actuelles d'examen fonctionnel du rein, le diagnostic de la tuberculose rénale soit posé d'une façon plus précoce, ce qui permettra d'assurer la guérison au moyen d'une simple néphrectomie partielle, sans avoir à faire l'ablation de la totalité de l'organe.

M. Orth fait observer que les anatomo-pathologistes ont souvent l'occasion de voir des lésions de début, encore latentes, de la tuberculose rénale; il admet, du reste, les trois variétés dont vient de parler M. Rosenstein. Les lésions tuberculeuses du rein commencent au niveau de la substance médullaire ou des calices, au point où la muqueuse enveloppe le sommet des papilles; l'apparition précoce de foyers tuberculeux dans les pyramides s'explique par le passage de bacilles tuberculeux dans les *tubuli recti;* ces bacilles sont excrétés au niveau des glomérules en cas de tuberculose miliaire aiguë.

Les lésions tuberculeuses des artères jouent un grand rôle dans la tuberculose du rein, soit qu'il se produise un infarctus, soit que l'infection se dissémine à toutes les branches de distribution du vaisseau atteint.

M. H. Neuhäuser fait une communication sur 102 tumeurs rénales extirpées par M. J. Israel. Sur ce nombre, il y a 68 hypernéphromes, tumeurs qui, ainsi qu'on le sait, se constituent aux dépens de germes surrénaux aberrants; l'orateur en distingue des formes tubuleuses, parenchymateuses et papillaires, ces dernières formant comme la transition vers le carcinome.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 23 décembre 1905.

Trismus persistant depuis trois ans par syringomyélie bulbaire.

Dans la séance du 21 décembre de la Société de médecine interne, **M. H. Schlesinger** a présenté un homme de vingt et un ans, qui, bien portant jusqu'alors, fut atteint de cyphose à l'âge de quinze ans. Trois années plus tard survint, sans cause appréciable, une hémianesthésie du côté droit du corps, qui empiéta bientôt sur la face et le crâne. Après quelques mois, apparurent des troubles de la parole, de la mastication et de la déglutition, ainsi que du trismus.

A l'entrée du malade à l'hôpital, on constata, outre le trismus dû à la contracture des muscles de la mastication du côté droit, de l'hypoesthésie, de l'hypoalgésie et de la thermo-hypoesthésie de la moitié droite de la face. Le nerf moteur oculaire externe était paralysé, le facial droit parésié, la corde vocale droite paralysée et atrophiée; enfin, il y avait une paralysie sensitive de la moitié droite du voile du palais et du pharynx. Peu après, la moitié droite du corps se parésia également, avec exagération du réflexe rotulien et trépidation spinale du pied.

Ces symptômes ont peu changé dans les dernières années, si ce n'est qu'il y a eu de l'ataxie du membre supérieur droit, sans atrophie musculaire ni contracture, sans altérations des articulations ou des os, excepté la cyphose. Le fond de l'œil est normal. Enfin, récemment, est apparue une anosmie bilatérale.

Vu la cyphose du début, la dissociation de la sensibilité, les troubles bulbaires unilatéraux, la trépidation du pied, l'extension du processus bulbaire depuis la huitième jusqu'à la douzième paire crânienne, l'orateur admet qu'il s'agit de syringomyélie bulbaire primitive avec extension de l'affection à la moelle épinière.

La radiologie dans le diagnostic fonctionnel de l'estomac.

M. C. Schwarz a fait une communication sur un procédé qu'il a imaginé pour étudier la digestion gastrique : il introduit 1 gr. 50 centigrammes de sous-nitrate de bismuth dans une membrane fine de tissu conjonctif (partie conjonctive de l'appendice du bœuf) et fait ingérer au malade, après un repas moyen, cette petite bourse, fermée par un fil. A l'examen radiologique, celle-ci donne une ombre foncée, qui se trouve au point le plus déclive de l'estomac. Après sept heures on répète l'examen radiologique : si l'on ne retrouve plus de tache noire, c'est que, la membrane ayant été digérée, le bismuth s'est réparti uniformément dans le chyme où il ne peut plus être reconnu.

Dans un cas d'hyperacidité, l'orateur a vu la membrane digérée après deux heures, c'est-à-dire que l'estomac a exécuté dans ce laps de temps un travail pour lequel sept heures lui sont ordinairement nécessaires. Dans un cas de gastroptose, au contraire, la bourse fut retrouvée après dix heures dans la région cæcale.

L'hypotension dans la tuberculose rénale.

M. Reitter a présenté une jeune fille de dix-huit ans, qui fut reçue dans le service de M. von Schrötter avec les symptômes d'une néphrite parenchymateuse chronique : albuminurie (12 ‰), cylindres granuleux et hyalins, leucocytes. Après quelque temps, la quantité d'urine, qui jusqu'alors avait oscillé de 900 à 1,200 c.c., augmenta, les œdèmes s'effacèrent, le poids spécifique des urines diminua, la quantité d'albumine tomba à 5 ‰ et les cylindres granuleux disparurent.

Toutefois, la malade présentait de l'hypotension — la pression sanguine était de 60 à 65 au tonomètre de Gärtner — qui persista malgré l'administration de digitale à haute dose pendant trois jours. Ce fait suggéra l'idée qu'il pourrait bien s'agir de tuberculose rénale et, en effet, on trouva dans le sédiment urinaire des bacilles de la tuberculose en grand nombre.

Dans un autre cas de tuberculose rénale, l'orateur a également constaté une hypotension constante.

Dr SCHNIRER.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES DU BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

Publié pendant le quatrième trimestre de l'année 1905.

La lettre placée immédiatement après le numéro de la page du journal indique la colonne où se trouve l'indication et le rang, en suivant l'ordre de l'alphabet français, qu'occupe ladite indication dans cette colonne. Notre alphabet comportant 26 lettres, y compris le w, pour les cas assez rares où la colonne comprend plus de 26 indications, on recommence l'alphabet en doublant chaque lettre.

Les majuscules (A, C, O, U, Z) indiquent la première colonne, les minuscules (a, c, o, u, z) la seconde colonne, les italiques (*a*, *c*, *o*, *u*, *z*) la troisième colonne.

A

B

C

T

U

V

X

Z

25e ANNÉE. — N° 1. Vingt centimes le numéro. 4 JANVIER 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.

Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

AUX LECTEURS

A l'époque où fut fondée la *Semaine Médicale*, il y a un quart de siècle, la médecine se trouvait à un tournant de son histoire. Pasteur venait de démontrer l'existence désormais indiscutable des germes extérieurs, et, de toutes parts, aussi bien en France qu'à l'étranger, des recherches étaient entreprises pour élucider, avec le secours d'une science nouvelle, la pathogénie des maladies et édifier, sur les théories régnantes, la doctrine microbienne, plus tangible et plus rationnelle. Déjà, la thérapeutique chirurgicale avait commencé, sous l'impulsion de Lister, à donner des résultats inespérés et dans des domaines qui paraissaient lui être interdits. Les brillants succès dus à la méthode antiseptique rendaient les chirurgiens de plus en plus audacieux et les médecins de plus en plus enthousiastes de l'introduction des connaissances bactériologiques dans l'étude des causes de la maladie.

Mais une pareille révolution ne pouvait se faire sans quelque résistance, d'autant plus que, dans le début, la doctrine microbienne fut érigée en termes un peu trop absolus : aussi, partisans et adversaires de la science bactériologique combattirent-ils entre eux non seulement par la voie de la presse médicale, mais encore, et surtout, au sein des Sociétés savantes.

Les journaux médicaux de l'époque n'étaient pas organisés pour signaler rapidement les débats de ce genre, et c'est alors que nous publiâmes la *Semaine Médicale*, appliquant à la presse médicale les procédés d'information sûre et d'impression rapide des grands journaux politiques. La faveur qu'elle rencontra dès ses débuts, avec ses comptes rendus détaillés des principales Sociétés savantes, prouve tout l'intérêt que le Corps médical portait au mouvement de rénovation scientifique. Le temps de ces séances mouvementées mais pleines d'intérêt est déjà bien loin : une fois la révolution accomplie, les séances des Sociétés, naguère si animées, sont revenues progressivement à leur situation antérieure. Peut-être aussi l'état d'âme du Corps médical s'était-il en même temps transformé, l'âpreté toujours plus grande de la lutte pour la vie, la concurrence professionnelle sans cesse grandissante, étant peu favorables au développement de l'esprit scientifique. Quoi qu'il en soit, les Sociétés savantes, aussi bien en France qu'à l'étranger, ont depuis quelques années perdu de leur importance, tant pour ces motifs que par suite de la création de Sociétés spéciales; et la plupart ont vu même leur prestige diminuer, d'aucuns s'étant avisés de les transformer en moyen de réclame pour les produits spécialisés. Et c'est ainsi qu'a pris naissance l'état de choses actuel, où l'on voit beaucoup de ces réunions être fréquentées par un nombre de plus en plus restreint de membres et donner lieu à des communications ou à des discussions d'un si faible intérêt que, une fois la sélection faite, il nous faut souvent réunir les travaux de deux séances pour que notre compte rendu puisse présenter quelque consistance. D'autre part, on sait assez ce que sont devenus la généralité des Congrès, tant nationaux qu'internationaux, pour nous dispenser de nous appesantir à nouveau sur ce point.

Aujourd'hui, c'est surtout et le plus souvent de prime abord dans les journaux et dans les recueils que se trouve consignée l'activité scientifique du Corps médical; et, si l'on jette un regard attentif sur les *Gesta medicorum* pendant le laps de temps qui s'est écoulé depuis la fondation de ce journal, on ne sera pas sans remarquer et le soin que nous avons mis à suivre le mouvement médical des vingt-cinq dernières années, et la part d'influence que la *Semaine Médicale* a exercée sur l'évolution du journalisme médical dans tous les pays.

L'œuvre que nous avons entreprise il y a un quart de siècle et qui a obtenu un succès toujours croissant a, en effet, pour but de mettre au jour, en leur donnant la plus grande publicité possible, les découvertes et les théories médicales, les nouvelles méthodes et les nouveaux procédés de diagnostic et de traitement appliqués dans le monde entier. C'est une œuvre essentiellement internationale, car, comme l'a dit un savant illustre, la science n'a pas de patrie.

Afin de suivre ce mouvement dans son ensemble, la *Semaine Médicale*, se composait jusqu'ici de deux parties distinctes, pour l'une desquelles notre journal remplit simplement le rôle d'enregistreur et de traducteur : nous voulons parler du « Bulletin bibliographique international ». Mais grâce aux améliorations incessantes que nous y avons apportées, cette partie bibliographique est devenue une publication précieuse, la seule, d'ailleurs, dans le monde entier qui ait derrière elle une aussi longue durée, la seule qui comprenne un tel nombre d'indications de travaux, la seule enfin qui suive le mouvement d'une manière aussi rapide. Pour ces raisons, le moment nous semble venu de l'incorporer dans le texte du journal qui, désormais, ne formera qu'un tout unique, représentant l'ensemble de l'activité scientifique dans tous les domaines des sciences médicales. Cette manière de procéder, outre qu'elle permettra de mieux apprécier la valeur d'une publication qui exige de très grands frais, aura l'avantage de fournir un contingent supplémentaire de trois colonnes de texte et d'accroître d'autant, au prix de nouveaux sacrifices de notre part, la place réservée à la rédaction. Ainsi réalisée, la transformation que nous inaugurons aujourd'hui sera, sous tous les rapports, profitable aux lecteurs.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris. — Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Oui, agrégé, est nommé professeur adjoint.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Rollet, agrégé, est nommé professeur de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Gayet, décédé.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur Eugène Joüon est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales.

Ecole de médecine de Tours. — M. Villedieu, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Amsterdam. — M. le docteur T. Tanja est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Alexandre Bossowski, privatdocent de médecine opératoire, est nommé professeur extraordinaire.

VARIA

Congrès allemand de médecine interne en 1905.

Le vingt-deuxième Congrès allemand de médecine interne se tiendra à Wiesbaden du 12 au 15 avril 1905.

Une seule question est à l'ordre du jour : *l'hérédité*, que les rapporteurs étudieront, l'un au point de vue de l'état actuel de nos connaissances biologiques, l'autre au point de vue de la prédisposition morbide, surtout en ce qui concerne la tuberculose.

Congrès international de gynécologie et d'obstétrique en 1905.

Le cinquième Congrès international de gynécologie et d'obstétrique se tiendra à Saint-Pétersbourg du 11 au 18 septembre 1905.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° *L'accouchement forcé;*
2° *Le traitement chirurgical des fibromyomes utérins;*
3° *Les opérations par la voie vaginale en obstétrique et en gynécologie;*
4° *Etude critique des interventions chirurgicales dans les rétrodéviations de l'utérus;*
5° *Le chorio-épithéliome.*

Réunion de l'Association médicale britannique en 1905.

La soixante-treizième session de l'Association médicale britannique aura lieu à Leicester du 25 au 28 juillet 1905.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.— Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.— J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 3. Vingt centimes le numéro. 18 JANVIER 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Max Martens, privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Giovanni Battista Ramoino est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur Heinrich Jacobsthal, privatdocent à la Faculté de médecine de Gœttingue, est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Kiel. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Karl Holzapfel, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

VARIA

Congrès français de médecine interne en 1905.

Le huitième Congrès français de médecine interne se tiendra à Liège du 2 au 4 octobre 1905.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° *Les formes cliniques du rhumatisme chronique ;*

2° *Le régime déchloruré ;*

3° *Les sécrétions pancréatiques en pathologie.*

NÉCROLOGIE

M. le docteur I. M. Lvov, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur J. R. Wolfe, ancien professeur d'ophtalmologie à St. Mungo's College de Glasgow. — M. le docteur Alexander Lockhart Gillespie, lecteur de thérapeutique et de matière médicale à l'Ecole de médecine d'Edimbourg.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 4. Vingt centimes le numéro. 25 JANVIER 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Election d'un membre titulaire de l'Académie de médecine de Paris.

Votants : 85. — Majorité : 43.

MM. Poirier... 58 voix (Elu).
Henneguy... 10 —
Rémy... 7 —
Gréhant... 6 —
Retterer... 2 —
Delezenne... 1 —
Hallion... 1 —

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Breslau. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Paul Jensen, privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur Léon Popielski, privatdocent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, est nommé professeur ordinaire de pharmacologie.

Faculté de médecine de Lund. — M. le docteur Carl M. Fürst, professeur extraordinaire d'anatomie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur Otto Löwi, privatdocent de pharmacologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Giuseppe Cao, privatdocent à la Faculté de médecine de Cagliari, est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Munich. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le docteur Hans Gudden, privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Riccardo Galeazzi, privatdocent à la Faculté de médecine de Turin, est nommé privatdocent de chirurgie et de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Pise. — M. le docteur Leone Sestini est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur Alfred Kohn, privatdocent d'histologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Rostock. — M. le docteur Max Wolters, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie, est nommé professeur honoraire ordinaire.

Faculté de médecine de Wurtzbourg. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le docteur Wilhelm Weygandt, privatdocent de psychiatrie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur José Antonio Serrano, professeur d'anatomie à l'Ecole médico-chirurgicale de Lisbonne. — M. le docteur A. A. G. Guye, professeur extraordinaire d'otologie à la Faculté de médecine d'Amsterdam. — M. le docteur Julius Scriba, ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Tokio.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)....... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)....... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Guido Ruata est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Paolo Morgano est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Stanislas Droba est nommé privatdocent de bactériologie.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Ettore Tedeschi est nommé privatdocent de pathologie interne.

Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le docteur A. Pütter est nommé privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur O. Minkowski (de Cologne), ancien professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. F. Moritz.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Wilhelm Fleiner, professeur extraordinaire de médecine interne, est nommé professeur honoraire ordinaire.

Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur H. von Halban, privatdocent à la Faculté de médecine de Vienne, est nommé professeur extraordinaire de psychiatrie et de neurologie.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Umberto Gabbi, professeur de pathologie interne, est nommé professeur de clinique médicale.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur K. Skrobansky est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

St. George's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur Th. Crisp English est nommé lecteur de médecine opératoire.

New York Polyclinic. — M. le docteur W. B. Pritchard, professeur adjoint, est nommé professeur de neurologie, en remplacement de M. B. Sachs, démissionnaire.

University of Pennsylvania de Philadelphie. — M. le docteur Thomas G. Ashton est nommé professeur adjoint de médecine.

VARIA

Congrès allemand de chirurgie en 1905.

Le trente-quatrième Congrès de la Société allemande de chirurgie se tiendra à Berlin du 26 au 29 avril 1905.

Les remarques que nous avons présentées à maintes reprises, à propos de l'encombrement des ordres du jour des Congrès en général, ont fini par ne pas laisser indifférent le bureau de la Société allemande de chirurgie, qui, pour éviter autant que possible pareil inconvénient, a décidé, à la date du 5 janvier 1905, d'apporter au règlement une série de modifications dont la principale consiste à limiter le nombre total des communications et présentations.

Congrès de radiologie en 1905.

A l'occasion du dixième anniversaire de la découverte des rayons de Röntgen, un Congrès de radiologie se tiendra à Berlin du 30 avril au 3 mai 1905.



LA PAPAÏNE TROUETTE-PERRET

(Pepsine végétale tirée du Carica Papaya)

LE PLUS PUISSANT DIGESTIF CONNU

Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Etranger sous les formes suivantes :

L'**Elixir Trouette-Perret** à la *Papaïne* (un verre à liqueur après chaque repas).
Le **Sirop Trouette-Perret** à la *Papaïne* (une cuillerée à bouche après chaque repas).
Les **Cachets Trouette-Perret** à la *Papaïne* (deux cachets après chaque repas).

Contre les **MALADIES D'ESTOMAC, GASTRITES, GASTRALGIES VOMISSEMENTS, DYSPEPSIES**

Pour la **DIARRHÉE DES ENFANTS** de 1 à 2 cuillerées à café de sirop après chaque repas.

POUDRE DE VIANDE

Diastasée

DE TROUETTE-PERRET



FORMULE
Poudre de Viande. 3/5
Lactine.......... 1/5
Malt de Lentilles.. 1/5

Nous recommandons tout spécialement à MM. les Docteurs notre *Poudre de Viande diastasée,* que nous garantissons SANS ODEUR NI SAVEUR et d'assimilation très facile.

L'addition de Lactine et de Poudre de Lentilles germées constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne, et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

DOSE : De une à deux cuillerées à bouche délayées dans du chocolat, du lait, du bouillon, de l'eau sucrée, ou du punch, grog, etc. Répéter cette dose de deux à six fois par jour, suivant l'effet que l'on désire obtenir.

Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Étranger. — Vente en Gros à PARIS : TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels.

ZÔMOL

PLASMA MUSCULAIRE

(Suc de Viande desséché)

Renferme, à l'état sec, les précieux éléments auxquels la viande crue doit ses propriétés reconstituantes. Héroïque dans la **Tuberculose**, l'**Anémie**, la **Chlorose**, la **Neurasthénie**, les **Convalescences**, etc., il ne doit pas être confondu avec les préparations culinaires connues sous le nom d'extraits ou de jus de viande et qui sont dénuées de toute action thérapeutique.

VIAL, 1, rue Bourdaloue, — BÉRAL, 14, rue de la Paix.

COLCHIFLOR

Cette alcoolature, faite avec la fleur fraîche du Colchique, est exempte des principes drastiques contenus dans le bulbe où les semences, qui forment, généralement la base de toutes les préparations analogues.

DOSE : 6 Capsules par jour en cas d'accès.

Selon la FORMULE de Mr le Dr DEBOUT d'ESTRÉES de *Contrexéville*

contre la **GOUTTE** et le **RHUMATISME**

Pharmacie VIAL, *1, rue Bourdaloue,* PARIS.

CAPSULES DE

LÉCITHINE VIAL

(PHOSPHORE ASSIMILABLE DE L'ŒUF)

à 0 gr. 05 de Lécithine pure par capsule.

La lécithine, grâce à son action spécifique sur les déperditions phosphatiques et à son influence remarquable sur les échanges nutritifs, est nettement indiquée dans la *Tuberculose, Neurasthénie, Surmenage, Convalescence, Chloro-Anémie, Rachitisme, Croissance, Diabète, Phosphaturie.*

Les **CAPSULES DE LÉCITHINE VIAL** qui renferment la lécithine à l'***état soluble,*** ont l'avantage de masquer la saveur âcre et écœurante que les solutions ou sirops de ce produit ne parviennent pas à atténuer.

DOSES : Adultes : **3** capsules par jour; — Enfants : **1** capsule par jour.

Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

CYPRIDOL

(Dr CHAPELLE)

(Huile biiodurée au centième)

Ce produit se présente sous deux formes :

1° *CAPSULES DE CYPRIDOL,* pour la médication par la voie stomacale (2 milligrammes de biiodure d'hydrargyre par capsule.

2° *INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES DE CYPRIDOL.*

Spécialement recommandé pour le traitement de la **SYPHILIS**, ce nouveau produit, préparé à froid, avec un excipient rigoureusement neutre, aseptique, se conserve d'une manière indéfinie, sans dépôt.

Son grand pouvoir antiseptique peut être utilisé contre toutes les affections d'origine microbienne ou parasitaire.

Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue, Paris

Le Gérant : J. CHARPENTIER. Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 6. Vingt centimes le numéro. 8 FÉVRIER 1905.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à MM. les privatdocenten Karl Kaiserling (*anatomie pathologique*), Heinrich Wolpert (*hygiène*).

Faculté de médecine de Berne. — Madame Schwenter-Trachsler, docteur en médecine, est nommée privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Gustav Bärmann est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Dario Maragliano est nommé privatdocent de pathologie externe.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Fausto Pini est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Robert Gaupp est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Naples. — MM. les docteurs Ugo Benenati et Giovanni Castronuovo sont nommés privatdocenten de pathologie interne.

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Agostino Insinna est nommé privatdocent d'hygiène expérimentale.

Faculté allemande de médecine de Prague. — Le titre de professeur a été conféré à MM. les privatdocenten Eduard Pietrzikowski (*chirurgie*), Rudolf Fischl et Robert W. Raudnitz (*pédiatrie*).

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Angelo Celli, professeur d'hygiène expérimentale, est nommé professeur ordinaire d'hygiène et de police sanitaire.

Faculté de médecine de Sienne. — M. le docteur Orlando Orlandini est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Wilhelm Schlesinger est nommé privatdocent de médecine interne.

Queen's College de Belfast. — M. le docteur W. St. Clair Symmers, professeur à l'Ecole de médecine du Caire, est nommé professeur d'anatomie pathologique, en remplacement de M. J. L. Smith.

Université de Leeds. — M. le docteur J. Spottiswoode Cameron est nommé professeur d'hygiène, en remplacement de M. R. N. Hartley, démissionnaire.

VARIA

Congrès international médical des accidents du travail en 1905.

Un Congrès international médical des accidents du travail se tiendra à Liège du 29 mai au 4 juin 1905.

Congrès français de médecine interne en 1905.

Le huitième Congrès français de médecine interne qui devait siéger du 2 au 4 octobre se tiendra à Liège du 25 au 27 septembre 1905.

Une quatrième question (*l'ankylostomiase*) a été mise à l'ordre du jour.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Béraud, sénateur de Vaucluse. — M. le docteur I. Felix, ancien professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Bucarest. — M. le docteur L. Jacobson, privatdocent d'otologie à la Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Gustave Piotrowski, privatdocent de physiologie à la Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur Ambrose Birmingham, professeur d'anatomie à l'Université catholique de Dublin.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)........ 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)........ 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Segond, agrégé, est nommé professeur d'opérations et appareils, en remplacement de M. Reclus.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Rauzier, agrégé, est nommé professeur adjoint.

Ecole de médecine d'Alger. — M. le docteur J.-M. Rouvier est nommé professeur de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Clermont. — M. le docteur Lepetit, professeur d'histologie, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, en remplacement de M. Bide.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur Moitessier, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur de chimie médicale, en remplacement de M. Rietsch, décédé.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. le docteur Pouliot est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Tours. — M. Javillier, pharmacien supérieur de 1re classe, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est nommé professeur de pharmacie et matière médicale.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Emil Abderhalden (*physiologie*); Karl Heilbron (*ophtalmologie*).

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Fortunato Montuoro est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le professeur Paul Ehrlich, directeur de l'Institut de thérapeutique expérimentale à Francfort-sur-le-Mein, est nommé professeur honoraire ordinaire.

Maladies de la Peau et des Organes génito-urinaires.

ICHTHYOL

Affections rhumatismales, Tuberculose pulmonaire.

ICHTHARGAN Combinaison d'argent (30 %) et d'Ichthyol soluble dans l'eau froide ou chaude ou dans la glycérine. Le meilleur des sels d'argent. Moins caustique et plus antiseptique que le nitrate d'argent.

MARQUES DÉPOSÉES CONFORMÉMENT A LA LOI

Monographies et Echantil. : Soc. Franç. Produits Sanit. et Antisept., 35, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

NEVRALGIES MIGRAINES, Guérison immédiate par les Pilules Antinévralgiques du **Dr CRONIER** Boite : 3f. (Envoi F^co). Pharmacie, 23, Rue de la Monnaie, Paris, et toutes Ph^cies.

ASTHME CATARRHE OPPRESSION. Guéris par les **Tubes Levasseur** (Quarante Ans de Succès) Tubes : 3f. (Envoi F^co)

Echantillon Gratuit et Franco à MM. les Docteurs

l'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, la MÉNORRHAGIE
cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 capsules par jour

L'APIOL des DOCT^rs JORET & HOMOLLE

RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION

PHARMACIE G. SÉGUIN, 165, Rue St-Honoré, PARIS (*Place du Théâtre Français*).

MM. les Docteurs ne seront jamais pris au dépourvu, s'ils portent une

Plume à Réservoir "SWAN"



Rien de plus commode pour prendre des notes, écrire les ordonnances chez les malades, etc.

En trois grandeurs : 15 fr., 23 fr. 50, et 35 fr.

La plume en or de 18 cts inoxydable dure des années.

Nombreux modèles de fantaisie pour cadeaux. *Catalogue envoyé franco sur demande.*

GROS ET DÉTAIL CHEZ BRENTANO'S 37, avenue de l'Opéra, Paris et dans toutes les bonnes papeteries.

Exiger la marque "SWAN"

EUKINASE
EUPEPTIQUE INTESTINAL

H. CARRION & Cie
54, Faub^g Saint-Honoré, Paris
TÉLÉPHONE 136.64

PANCRÉATO-KINASE
DIGESTIF PUISSANT

Affections des Voies Respiratoires, Maladies de la Peau

SIROP CROSNIER

MINÉRAL-SULFUREUX

au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON

Succédané des Eaux Sulfureuses

ADULTES : Une cuillerée à bouche, deux ou trois fois par jour, 1 heure avant ou 2 heures après les repas.

..... *A ces divers points de vue la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.*

Extrait du Rapport officiel de l'Académie de Médecine de Paris (7 Août 1877).

PARIS, 6, Rue Chanoinesse, *et toutes Pharmacies.*

CARBONATE de GAIACOL VIGIER
en CAPSULES de 0,10 cent. — Dose : 2 à 6 capsules par jour.
Ph^ie VIGIER 12, B^d BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

CÉRÉBRINE
(Coca-Théine analgésique Pausodun)
Médicament spécifique de la
MIGRAINE sous toutes ses formes NÉVRALGIES
E. FOURNIER, 21, Rue de St-Pétersbourg, Paris.

DOCTEURS, INTERNES, ÉTUD^ts
St LÉGER
GRATIS UNE CAISSE FRANCO

Dans les *CONGESTIONS* et les *Troubles fonctionnels du FOIE*, la *DYSPEPSIE ATONIQUE*, les *FIÈVRES INTERMITTENTES* les *Cachexies* d'origine *paludéenne* et consécutives au long séjour dans les pays chauds On prescrit dans les hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour de

BOLDO-VERNE

ou 4 cuillerées à café d'ÉLIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : VERNE, Professeur à l'École de Médecine GRENOBLE (FRANCE)
Et dans les principales Pharmacies de France et de l'Étranger

Rapport favorable de l'Académie de Médecine.
VINAIGRE DE PENNES
Antiseptique, Cicatrisant, Hygiénique
Purifie l'air chargé de miasmes.
Préserve des maladies épidémiq. & contagieuses
Précieux pour les soins intimes du corps.
Exiger Marque de Fabrique. — TOUTES PHARMACIES

Le Gérant : J. CHARPENTIER. Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

Liqueur Laprade à l'Albuminate de Fer — UNE CUILLERÉE à chaque repas — CHLORO-ANÉMIE

VIN GIRARD

DIPLOME d'HONNEUR MEMBRE du JURY



Médailles d'Or, d'Argent et de Bronze

DE LA CROIX DE GENÈVE
Iodo-Tannique Phosphaté
SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE
APÉRITIF, TONIQUE, RECONSTITUANT
22, Rue de Condé, PARIS

Un Verre à Madère de **VIN GIRARD** contient :

Iode bi-sublimé...............	0gr.075 millígr.
Tannin pur...................	0gr. 50 centigr.
Lacto-Phosphate de Chaux.....	0gr. 75 centigr.

ANÉMIE — FAIBLESSE GÉNÉRALE — MALADIES de POITRINE — SCROFULE, RACHITISME, RHUMATISME, ALBUMINURIE — AFFECTIONS CARDIAQUES

NÉVROSES — NÉVRALGIES REBELLES
ANÉMIE CÉRÉBRALE — ATAXIE
ALBUMINURIE — PHOSPHATURIE
DÉPRESSIONS NERVEUSES
Vertiges — Hypocondrie
SURMENAGE
EXCÈS

BIOPHORINE
KOLA GLYCÉRO-PHOSPHATÉE

La BIOPHORINE, granulé à base de Kola, Glycérophosphate de Chaux, Quinquina et Cacao vanillé, est le prototype de la médication Dynamogène antineurasthénique et antidéperditrice. La BIOPHORINE très agréable au goût est prise avec plaisir par les malades les plus difficiles.

DOSAGE par K^o

Extrait de noix fraîches de Kola..............	40 gr.
Glycérophosphate de Chaux pur..............	50 gr.
Extrait de Quinquina..............	10 gr.
Cacao caraque vanillé..............	40 gr.
Sucre..............	Q. S.

A. GIRARD, 22, Rue Condé, Paris, ET TOUTES PHARMACIES.

Envoi franco d'Échantillons aux Docteurs.

25e ANNÉE. — N° 8. Vingt centimes le numéro. 22 FÉVRIER 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur Guende, chargé du cours de clinique ophtalmologique, est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

M. le docteur Perrin, chargé du cours de clinique dermatologique, est nommé professeur de clinique dermatologique.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. le docteur Barnsby est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Hermann Gutzmann est nommé privatdocent de médecine interne et d'orthophonie.

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Hugo Selter est nommé privatdocent d'hygiène et de bactériologie.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Giovanni Loriga est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine d'Innsbruck. — M. le docteur Franz Bruno Hofmann, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Leipzig, est nommé professeur ordinaire de physiologie.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Attilio Cevidalli est nommé privatdocent de médecine légale.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Donato Greco est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine d'Odessa. — Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires A. Mankovsky (*histologie*); A. Korche (*médecine légale*).

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Roberto Desogus est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 9. Vingt centimes le numéro. 1er MARS 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Hugo Ribbert, professeur à la Faculté de médecine de Gœttingue, est nommé professeur ordinaire d'anatomie pathologique, en remplacement de M. K. Köster, décédé.

Faculté de médecine de Budapest. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le docteur Paul Kuzmik, privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Conrad L. Glinski est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Domenico Taddei est nommé privatdocent de pathologie externe.

VARIA

Dans sa séance d'hier, l'Académie de médecine de Paris a élu comme correspondants nationaux MM. Jolyet (de Bordeaux) et Massol (de Montpellier).

NÉCROLOGIE

M. le professeur Adolf Bastian, docteur en médecine, directeur du Musée ethnologique de Berlin. — M. le docteur Pasquale Penta, privatdocent de psychiatrie à la Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Robert Stevenson Thomson, professeur de médecine à Anderson's College Medical School de Glasgow. — M. le docteur Luther Holden, ancien lecteur d'anatomie à St. Bartholomew's Hospital and College de Londres.

Le Gérant : J. CHARPENTIER. Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 10. Vingt centimes le numéro. 8 MARS 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)........ 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)........ 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Tours. — M. le docteur Baudouin est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Antonino Bentivegna est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Rosario Traina, privatdocent à la Faculté de médecine de Bologne, est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Alessio Nazari est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Tomsk. — M. le docteur S. Lobanov, privatdocent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, est nommé professeur d'ophtalmologie, en remplacement de M. Erophéiev, démissionnaire.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Romeo Mongardi est nommé privatdocent d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Zurich. — M. le docteur Oskar Wild est nommé privatdocent de laryngologie et de rhinologie.

VARIA

Dans sa séance d'hier, l'Académie de médecine de Paris a élu comme correspondants nationaux MM. Fontan (de Toulon) et Malherbe (de Nantes).

Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes en 1905.

Le quinzième Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes se tiendra à Rennes du 1er au 7 août 1905.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :
1° *De l'hypochondrie;*
2° *Des névrites ascendantes;*
3° *Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales.*

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 11. Vingt centimes le numéro. 15 MARS 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)........ 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)........ 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berne. — M. le docteur Fritz Seiler-Bruggiser est nommé privat-docent de médecine interne.

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Karl Grube est nommé privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Paul Schröder est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Giessen. — M. le docteur August Brüning est nommé privat-docent de chirurgie.

Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le docteur Max Borst (de Cologne), ancien professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Wurtzbourg est nommé professeur ordinaire d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Hugo Ribbert.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Carlo Mariani est nommé privatdocent de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Pietro Imbriaco est nommé privat-docent des maladies d'origine traumatique.

Université d'Edimbourg. — M. le docteur Thomas D. Luke est nommé lecteur d'anesthésie pratique.

University College de Londres. — M. le docteur Arthur R. Cushny, professeur à l'University of Michigan d'Ann Arbor, est nommé professeur de pharmacologie et de matière médicale.

Rush Medical College de Chicago. — M. le docteur Lewellys F. Barker, professeur d'anatomie, est nommé professeur de médecine, en remplacement de M. Henry M. Lyman, décédé.

NÉCROLOGIE

M. le docteur C. Juglar, membre de l'Académie des sciences morales et politiques de Paris. — M. le docteur Hasenfeld, privatdocent de balnéologie à la Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Edward Atkinson, ancien lecteur de chirurgie à l'Université de Leeds.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 12. Vingt centimes le numéro. 22 MARS 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Election d'un membre titulaire de l'Académie de médecine de Paris.

Votants : 75. — Majorité : 38.

MM. Cadiot ... 71 voix (Elu).
Kaufmann ... 4 —

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Samuel Beck est nommé privatdocent des maladies cutanées des enfants.

Faculté de médecine de Gratz. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le docteur A. Sachsalber, privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur K. Wittmaack est nommé privatdocent d'otologie.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Peckert est nommé privatdocent d'odontologie.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Torindo Silvestri est nommé privatdocent de pathologie interne.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Antonio Iovane est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Andrea Pitini est nommé privatdocent de matière médicale et de pharmacologie expérimentale.

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur Johannes Finckh est nommé privatdocent de psychiatrie.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Antonio Perassi, privatdocent à la Faculté de médecine de Turin, est nommé privatdocent de chirurgie et de médecine opératoire.

King's College de Londres. — M. le docteur D. Somerville est nommé lecteur d'hygiène.

Université de Melbourne. — M. le docteur C. H. Mollinson est nommé lecteur de médecine légale.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie du Dépôt de la préfecture de police de Paris. — M. le docteur V. Schulek, ancien professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Walter S. Christopher, ancien professeur de pédiatrie au College of Physicians and Surgeons de Chicago.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Années 1881 et *1882* : Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1904* inclusivement (22 années) absolument complètes, soit les 24 années parues de la *Semaine Médicale*, *franco* à domicile, au prix de 218 francs pour la France, 260 francs pour l'étranger.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 13. Vingt centimes le numéro. 29 MARS 1905.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

« Préserves » et conserves.

Dans l'intéressant travail que M. le docteur E. Ekelöf, médecin de l'expédition suédoise au pôle sud dirigée par M. Nordenskjöld, vient de publier sur les maladies observées au cours des trois années (1901-1903) parmi le personnel de cette expédition à la suite de l'usage d'aliments artificiellement conservés, nous trouvons un mot qui, dans l'acception où il a été employé, nous semble être introduit pour la première fois dans le langage médical. Et comme ce mot paraît bien s'adapter à la représentation écrite des choses que l'auteur a en vue, il y a quelque utilité à le faire connaître.

En français, comme en d'autres langues européennes, on emploie ordinairement le mot conserves pour désigner des substances alimentaires conservées dans des boîtes de fer-blanc ou des bouteilles privées d'air. Ce substantif dérive directement du verbe conserver, lequel nous vient du latin *conservare*. Les Anglais se servent généralement en pareil cas du mot *preserves*, qui pour eux est uniquement synonyme de conserves. Le substantif *preserves* dérive du latin *præservare*, comme notre verbe préserver. Or, si de conserver on a tiré le substantif conserves, rien ne s'oppose à ce que de préserver on forme le mot « préserves ».

L'introduction de ce mot dans le langage scientifique présente des avantages au point de vue de la précision technique, attendu qu'il existe un certain nombre de substances ou produits alimentaires qui sont conservés autrement que sous la forme à laquelle on a donné le nom de conserves. Ce dernier mot ne désigne donc qu'un mode particulier de conservation (la stérilisation par la vapeur surchauffée ou la stérilisation fractionnée dans un courant de vapeur avec introduction des substances dans des récipients métalliques hermétiquement clos et stérilisés) et non l'universalité de l'acte de préservation des denrées alimentaires. Les autres procédés de conservation, c'est-à-dire la mise à l'abri de la décomposition par les microbes, sont assez nombreux; nous citerons : la salaison, le fumage, la dessiccation, la congélation, la stérilisation par la chaleur, etc.

C'est à l'ensemble des denrées alimentaires conservées par un moyen quelconque de préservation que M. Ekelöf donne le nom de « préserves », appellation qui ne préjuge pas du mode employé pour garantir ces substances contre la décomposition. Ce mot répond bien à ce qu'on veut désigner et mérite d'entrer dans le langage médical, d'autant mieux qu'une telle dénomination faisait défaut jusqu'ici.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur Delanglade, professeur de pathologie externe, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale.

M. le docteur Villeneuve, professeur de clinique chirurgicale, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie externe.

MALADIES DU CŒUR
TRAITEMENT CURATIF PAR LES
DRAGÉES TONI-CARDIAQUES LE BRUN
Caféine, Iodoforme et Strophantus.

PHTISIE Bronchites chroniques, Catarrhes pulmonaires, etc.
TRAITEMENT RATIONNEL PAR
L'EUCALYPTINE LE BRUN au Gaïacol iodoformé
Injections sous-cutanées et Capsules.

Dépôt Général : Pharmcie Centrale du Faubourg Montmartre, PARIS et toutes Pharmacies.

Wildbad

Forêt-Noire wurtembergeoise
Station terminus de la ligne Pforzheim-Wildbad
Saison principale : **Mai à Octobre**

Sources thermales éprouvées depuis des siècles contre : **rhumatisme chronique** et aigu, **goutte**, **névrose**, **maladies de la moelle épinière**, **neurasthénie**, **sciatique**, **paralysies de toutes sortes**, **suites de blessures**, **douleurs chroniques aux articulations et dans les os.** Autres moyens de cure : **bains de vapeur et d'air chaud**, **gymnastique médicale suédoise** (système Dr Zander), **électrothérapie**, **massage**, **cures d'air** (430 m. d'altitude). Promenade le long de l'Enz reconnue, magnifiques forêts de sapins, orchestre en propre, théâtre, pêche. **Prospectus** adressé sur demande envoyée à la **Kgl. Badverwaltung** ou au **Stadtschultheissenamt**.

Wildbad
- Königl. Badhôtel. Premier ordre.
- Hôtel Bellevue. Premier ordre.
- Hôtel Concordia. Ascenseur, pension, en face des établissements de cure.
- Hôtel Klumpp. Premier ordre.
- Hôtel Post. Ascenseur, pension de 7 à 10 Mk., prospectus.
- Hôtel de Russie. Jardin, pension de 6,50 à 9,50 Mk., prospectus.

Rapport favorable de l'Académie de Médecine.
VINAIGRE DE PENNES
Antiseptique, Cicatrisant, Hygiénique
Purifie l'air chargé de miasmes.
Préserve des maladies épidémiq. & contagieuses
Précieux pour les **soins intimes** du **corps.**
Exiger Marque de Fabrique. — TOUTES PHARMACIES

EUKINASE
EUPEPTIQUE INTESTINAL
H. CARRION & Cie
54, Faubg Saint-Honoré, Paris
TÉLÉPHONE 136.64
PANCRÉATO-KINASE
DIGESTIF PUISSANT

MM. les Docteurs ne seront jamais pris au dépourvu, s'ils portent une
Plume à Réservoir
"SWAN"



Rien de plus commode pour prendre des notes, écrire les ordonnances chez les malades, etc.

En trois grandeurs : **15 fr.**, **23 fr. 50**, et **35 fr.**

La plume en or de 18 cts inoxydable dure des années.

Nombreux modèles de fantaisie pour cadeaux.
Catalogue envoyé franco sur demande.
GROS ET DÉTAIL CHEZ
BRENTANO'S
37, avenue de l'Opéra, Paris
et dans toutes les bonnes papeteries.
Exiger la marque "SWAN"

BRAND ET CIE
ESSENCE DE BŒUF
DE MOUTON, VEAU ET POULET
Représentant Dépositaire Général pour la France
MAURICE COUSIN
5 et 13 Rue de Montholon Paris
VAUXHALL, LONDRES, ANGLETERRE

CARBONATE de GAIACOL VIGIER
en **CAPSULES** de **0,10** cent. - Dose : 2 à 6 capsules par jour.
Phie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

CÉRÉBRINE
(Coca-Théine analgésique Pausodun)
Médicament spécifique de la
MIGRAINE sous toutes ses formes
NÉVRALGIES
E. FOURNIER, 21, Rue de St-Pétersbourg, Paris.

DOCTEURS, INTERNES, ÉTUDts
St LÉGER
GRATIS UNE CAISSE FRANCO

Dans les **CONGESTIONS** et les **Troubles fonctionnels** du **FOIE**, la **DYSPEPSIE ATONIQUE**, les **FIÈVRES INTERMITTENTES** les **Cachexies** d'origine **paludéenne** et consécutives au long séjour dans les pays chauds
On prescrit dans les hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour de
BOLDO-VERNE
ou 4 cuillerées à café d'ÉLIXIR de BOLDO-VERNE
Dépôt : **VERNE**, Professeur à l'École de Médecine
GRENOBLE (FRANCE)
Et dans les principales Pharmacies de France et de l'Étranger

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris. — Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

Liqueur Laprade à l'Albuminate de Fer
UNE CUILLERÉE à chaque repas
CHLORO-ANÉMIE

Seuls Topiques
de ce genre
A VENTE RÉGLEMENTÉE
assurant aux Pharmaciens
UN BÉNÉFICE
obligatoire

Prescrire :
SUPPOSITOIRES CHAUMEL, *Adultes*;
— **CHAUMEL**, *Enfants*;
OVULES CHAUMEL,
etc., etc.

TOPIQUES CHAUMEL

(Longueur 6 cent. — Diamètre 4 millim.)
CRAYONS CHAUMEL INTRA-UTERINS
ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL
ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL
PESSAIRES CHAUMEL
MALADIES DES FEMMES
OVULES CHAUMEL
à la GLYCÉRINE SOLIDIFIÉE
(Longueur 6 cent. — Diamètre 4 millim.)
CRAYONS CHAUMEL INTRA-UTERINS
BOUGIES CHAUMEL (URETHRALES)
Dimensions réelles : Longueur 16 centimètres. — Diamètre 4 millimètres.

à la glycérine solidifiée

DÉPÔT CENTRAL : **FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS,**
DÉTAIL : **Pharmacie CHAUMEL, 87, Rue Lafayette, PARIS.**

25me ANNÉE. — N° 14. Vingt centimes le numéro. 5 AVRIL 1905.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numeros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

AUX LECTEURS

Aujourd'hui tous les médecins écrivent plus ou moins; or, quelque question que l'on se propose de traiter, il est indispensable de se mettre au courant des travaux publiés sur le sujet. Et cela tant pour profiter de ce qui a été observé avant soi et ne pas risquer de faire une étude incomplète, que pour s'épargner la peine de découvrir soi-même le chemin déjà frayé, où l'on peut avancer sans difficultés et assez rapidement quand on le connaît.

Malheureusement, le nombre des publications médicales est si grand à l'heure actuelle que l'étude des travaux antérieurs ou contemporains ne serait pas facilement abordable sans la bibliographie qui non seulement permet, sans trop de travail personnel ou de perte de temps, d'être au courant de tout ce qui s'est produit, mais donne encore le moyen de redresser les inexactitudes que certains auteurs ont pu commettre.

Ainsi que nous l'avons expliqué au début de cette année même, le « Bulletin bibliographique international » de la *Semaine Médicale* est, sous ce rapport, une publication très précieuse et pour tout dire unique. Bien qu'il comporte d'assez nombreuses divisions correspondant aux diverses branches des sciences médicales, la recherche des travaux sur une question donnée imposait au médecin la tâche fatigante de parcourir une série de numéros ou une partie de la collection pour y trouver les indications qui devraient lui être fournies immédiatement.

Nous avons bien jusqu'ici publié — et nous continuerons à faire paraître — à la fin de chaque année la table alphabétique des noms d'auteurs des ouvrages et mémoires indiqués dans le Bulletin bibliographique international; mais on ne peut, en vérité, obliger le médecin à connaître le nom de l'auteur d'une publication pour retrouver les indications bibliographiques relatives à cette publication. Les noms des auteurs dont le chercheur a besoin ne lui sont pas connus, et ce qu'il demande, c'est précisément qu'on les lui indique. L'important est donc de mettre à la disposition du médecin une table systématique des matières du « Bulletin bibliographique international », élaborée de telle manière qu'elle fournisse les éléments d'information sur une question déterminée. Afin que cette table puisse rendre de réels services, il convient qu'elle réponde aussi à l'empressement presque fébrile de l'activité médicale, c'est-à-dire qu'elle soit publiée à des intervalles assez rapprochés pour que le travailleur soit bien renseigné sur la littérature médicale courante.

Dans le but de faciliter le plus possible les recherches bibliographiques, nous avons décidé de faire paraître quatre fois par an, à la fin de chaque trimestre, une *Table alphabétique des matières du Bulletin bibliographique international*. C'est là une œuvre nouvelle, sans similaire dans le monde entier — elle comprend à la fois les sujets des publications périodiques et ceux des livres et brochures —, qui met à la portée de tous le fruit de l'observation et de l'expérience des travailleurs de tous les pays. Le système que nous avons adopté, dont on trouvera l'explication, fort simple d'ailleurs, en tête de la table publiée pour la première fois dans le présent numéro, permet, au moyen d'une seule notation, de trouver de suite non seulement la page et la colonne où se trouve l'indication, mais encore le rang de celle-ci dans la colonne. Les renseignements bibliographiques recueillis peuvent aisément être complétés par les recherches faites dans le texte du journal proprement dit à l'aide des tables hebdomadaires et annuelles.

Ainsi perfectionnée comme instrument de travail, la *Semaine Médicale* devient encore plus indispensable au médecin, quelque situation qu'il occupe et quelle que soit sa nationalité, car seul notre journal, tant par sa partie rédactionnelle que par sa partie bibliographique, tient, sans retard, le monde médical au courant de tout ce qui se produit dans l'univers au point de vue scientifique et pratique. C'est pourquoi il importe, dans leur intérêt propre et aussi dans l'intérêt de la science, que les auteurs de publications médicales nous adressent le plus tôt possible un exemplaire de leurs ouvrages et de leurs mémoires ou articles, en indiquant, s'il s'agit d'un tirage à part, soit le numéro, la date et l'année, soit le tome et le fascicule, ainsi que le titre exact du recueil dans lequel le travail a été publié. C'est par le concours de tous, et un concours *continu*, que l'œuvre internationale de la *Semaine Médicale* peut devenir encore plus complète.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Genève. — M. le docteur Max Askanazy, privatdocent à la Faculté de médecine de Königsberg, est nommé professeur d'anatomie pathologique, en remplacement de M. F. Zahn, décédé.

Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur N. Korsakov, professeur extraordinaire d'obstétrique et de gynécologie, est nommé professeur ordinaire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Hervieux, ancien médecin des hôpitaux de Paris, ancien président de l'Académie de médecine. — M. le docteur Collinot, sénateur de l'Yonne. — M. le docteur Manuel Pastor y Pellicer, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Saragosse. — M. le docteur F. Bornhaupt, ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Kiev.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine d'Alger. — M. le docteur Cabannes est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de chirurgie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Louis d'Astros, ancien médecin des hôpitaux de Marseille. — M. le docteur Georg Meissner, ancien professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le docteur L. Glaevecke, privatdocent d'obstétrique à la Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur William H. Mac Pheeters, ancien professeur de thérapeutique et de matière médicale à Saint Louis Medical College.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.— Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.— J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 16. Vingt centimes le numéro. 19 AVRIL 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numeros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à MM. les docteurs Oskar de la Camp et Adolf Magnus-Levy, privatdocenten de médecine interne.

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Luigi Cappelletti, privatdocent à la Faculté de médecine de Modène, est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Cadix. — M. le docteur I. Gimeno Rodriguez est nommé professeur de clinique médicale.

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Nunzio Di Stefano est nommé privatdocent de pathologie externe.

Faculté de médecine de Giessen. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Karl Bötticher (*chirurgie*); Friedrich Best (*ophtalmologie*).

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Emilio Daccò est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Université de Cambridge. — M. le docteur T. S. P. Strangeways est nommé lecteur d'anatomie pathologique.

Université d'Elimbourg. — MM. les docteurs J. O. Affleck et Claude B. Ker sont nommés lecteurs des maladies infectieuses.

VARIA

Congrès international des anatomistes en 1905.

Le premier Congrès international des anatomistes se tiendra à Genève du 7 au 10 août prochain.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Soupault, médecin des hôpitaux de Paris. — M. le docteur Eduardo Garcia Duarte, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Grenade. — M. le docteur Russell Murdoch, ancien lecteur d'ophtalmologie et d'otologie à l'University of Maryland de Baltimore.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1904* inclusivement (22 années) absolument complètes, soit les 24 années parues de la *Semaine Médicale*, *franco* à domicile, au prix de 218 francs pour la France, 260 francs pour l'étranger.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 17. Vingt centimes le numéro. 26 AVRIL 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Ce numéro est exclusivement consacré à la Littérature médicale.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine d'Angers. — M. G.-A. Tabuteau, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est nommé professeur de pharmacie et matière médicale.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur W. Stöckel, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Kharkov. — M. le docteur I. R. Pensky, privatdocent, est nommé professeur extraordinaire d'anatomie topographique et de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Ernst Rautenberg est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Karl Hirsch, privatdocent de médecine interne, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur Martynov, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Kharkov, est nommé professeur extraordinaire de chirurgie.

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Erich Meyer est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine d'Odessa. — M. le docteur F. Boukoïemsky, privatdocent, est nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur Rudolf Fick, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Leipzig, est nommé professeur ordinaire d'anatomie, en remplacement de M. Karl Rabl.

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur Ottfried Müller est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Varsovie. — Sont nommés professeurs ordinaires : MM. les professeurs extraordinaires M. Kouznetzov (*chirurgie*); E. Neznamov (*ophtalmologie*).

Faculté de médecine de Youriev. — M. le docteur Zöge von Manteuffel, professeur extraordinaire de chirurgie, est nommé professeur ordinaire.

Johns Hopkins University de Baltimore. — M. le docteur Lewellys F. Barker, professeur au Rush Medical College de Chicago, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. William Osler.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris. — Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 18. Vingt centimes le numéro. 3 MAI 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Johann Wenhardt est nommé privatdocent de médecine interne.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Nazareno Tiberti est nommé privatdocent de bactériologie.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur P. Baratynsky est nommé privatdocent de chirurgie.

University College de Bristol. — M. le docteur Newman Neild est nommé lecteur de thérapeutique et de pharmacologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Eugène Hubert, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Louvain. — M. le docteur Konrad Eckhard, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Giessen. — M. le docteur S. von Basch, professeur extraordinaire de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Th. Yéroféiev, ancien professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Tomsk. — M. le docteur William H. Doughty, ancien professeur de thérapeutique et de matière médicale à l'University of Georgia d'Augusta.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Visite des médecins anglais à Paris.

Aujourd'hui arrivera à Paris un groupe de médecins anglais pour rendre la visite faite l'automne dernier à Londres par un certain nombre de médecins français. Nous nous sommes déjà expliqués sur ce nouveau mode de contact entre médecins de pays différents (Voir *Semaine Médicale*, 1904, p. 346); sans être partisans de l'intrusion des combinaisons politiques dans les choses de la médecine, nous nous faisons un plaisir de souhaiter la bienvenue à nos confrères d'outre-Manche.

Bien que le programme de cette réception soit plus mondain que médical, les médecins anglais auront l'occasion, durant leur court séjour à Paris, d'apprécier *de visu* la valeur de notre pratique hospitalière, dont l'outillage deviendra encore meilleur lorsqu'on aura terminé les travaux de reconstruction ou de réfection partielle d'une série d'hôpitaux de l'Assistance publique, travaux qui comportent une dépense de 45 millions de francs.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Ferdinand Blumenthal, privatdocent de chimie médicale.

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Emilio Cavazzani, privatdocent à la Faculté de médecine de Padoue, est nommé privatdocent de pharmacologie.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Aldo Fabris, privatdocent à la Faculté de médecine de Turin, est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Kharkov. — M. le docteur N. Trinkler, privatdocent, est nommé professeur extraordinaire de pathologie externe.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Walter Rindfleisch est nommé privatdocent de médecine interne.

Guy's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur F. A. Bainbridge est nommé lecteur de pathologie expérimentale.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes; il suffit de prévenir l'administration du journal.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur Dietrich Gerhardt, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine d'Erlangen, est nommé professeur extraordinaire de médecine interne, en remplacement de M. Max Matthes.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Agostino Insinna, privatdocent à la Faculté de médecine de Palerme, est nommé privatdocent d'hygiène expérimentale.

Faculté allemande de médecine de Prague. — Le titre de professeur ordinaire a été conféré à M. le docteur Friedrich Ganghofner, professeur extraordinaire de pédiatrie.

Faculté de médecine de Tubingue. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le docteur Albert Dietrich, privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Youriev. — M. le docteur S. Mikhnov, professeur extraordinaire d'obstétrique et de gynécologie, est nommé professeur ordinaire.

Johns Hopkins University de Baltimore. — M. le docteur William S. Thayer, professeur adjoint, est nommé professeur de clinique médicale.

AVIS

A partir de ce jour, tout exemplaire séparé des numéros de la *Semaine Médicale* des années antérieures à 1900 sera vendu indistinctement un franc.

Le prix de chaque exemplaire séparé des numéros des années 1900 à 1903 inclusivement est fixé à cinquante centimes.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

LA
SEMAINE MÉDICALE
Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Reims. — M. Mire, licencié ès sciences naturelles, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Amsterdam. — M. le docteur A. P. J. Van den Broek est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Oskar Spitta, privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur H. Schridde est nommé privatdocent de médecine.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Emil Raimann est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

VARIA

Dans sa séance d'hier, l'Académie de médecine de Paris a élu comme associés étrangers MM. Ehrlich (de Francfort-sur-le-Mein) et Ramón y Cajal (de Madrid).

NÉCROLOGIE

M. le docteur Edouard Delacour, ancien délégué du gouvernement français au Conseil supérieur de santé de Constantinople. — M. le docteur Ezio Sciamanna, professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Michael Tcherinov, professeur de diagnostic médical et de propédeutique à la Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur Fédor Savarykine, ancien professeur d'histologie et d'embryologie à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur Andreas von Hüttenbrenner, privatdocent de pédiatrie à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur J. Everett Dutton, membre de la mission anglaise pour l'étude de la trypanosomiase dans l'Afrique centrale.

AVIS

Tout exemplaire séparé des numéros de la *Semaine Médicale* des années antérieures à 1900 est vendu indistinctement un franc.

Le prix de chaque exemplaire séparé des numéros des années 1900 à 1903 inclusivement est fixé à cinquante centimes.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 22. Vingt centimes le numéro. 31 MAI 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Election d'un membre titulaire de l'Académie de médecine de Paris.

Votants : 70. — Majorité : 36.

MM. Gréhant ... 44 voix (Elu).
Henneguy ... 16 —
Retterer ... 6 —
Rémy ... 3 —
Delezenne ... 1 —

NÉCROLOGIE

M. le docteur Ch. Mauriac, médecin honoraire des hôpitaux de Paris. — M. le docteur Hermann Isler, instructeur en chef des troupes sanitaires suisses. — M. le docteur Eduard von Fichte, ancien médecin inspecteur du service de santé militaire du Wurtemberg. — M. le docteur Michele Consiglio, privatdocent de physiologie à la Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Robert M. King, professeur d'obstétrique au College of Physicians and Surgeons de Saint-Louis.

Le Gérant : J. CHARPENTIER. Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 23. Vingt centimes le numéro. 7 JUIN 1905.

LA
SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berne. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Fritz Lüscher, privatdocent de laryngologie et d'otologie.

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Ernesto Crisafulli, privatdocent à la Faculté de médecine de Naples, est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Johann Piltz (de Varsovie) est nommé professeur extraordinaire de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Luigi Adolfo Oliva, privatdocent à la Faculté de médecine de Pise, est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur R. O. Neumann, privatdocent à la Faculté de médecine de Kiel, est nommé privatdocent d'hygiène et de bactériologie.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Siegfried Garten, privatdocent de physiologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté allemande de médecine de Prague. — Le titre de professeur ordinaire a été conféré à M. le docteur Alois Epstein, professeur extraordinaire de pédiatrie.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur Hugo Fuchs est nommé privatdocent d'anatomie.

VARIA

Dans sa séance d'hier, l'Académie de médecine de Paris a élu comme correspondants nationaux MM. Yersin (médecin des colonies) et Wertheimer (de Lille).

AVIS

Tout exemplaire séparé des numéros de la *Semaine Médicale* des années antérieures à 1900 est vendu indistinctement un franc.

Le prix de chaque exemplaire séparé des numéros des années 1900 à 1903 inclusivement est fixé à cinquante centimes.

GRANULÉ LEBRUN aux Formiates de CHAUX / de POTASSE / de SOUDE

Chaque cuillerée à café contient 0g50 cent. de Formiate. Le Granulé composé contient 0g25 cent. de chaque Formiate.
DÉPÔT, PHARMACIE CENTRALE, 50, Faubourg Montmartre, PARIS.

Affections des Voies Respiratoires, Maladies de la Peau

SIROP CROSNIER

MINÉRAL-SULFUREUX
au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON

Succédané des Eaux Sulfureuses

ADULTES : Une cuillerée à bouche, deux ou trois fois par jour, 1 heure avant ou 2 heures après les repas.

..... A ces divers points de vue la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.

Extrait du Rapport officiel de l'Académie de Médecine de Paris (7 Août 1877).

PARIS, 6, Rue Chanoinesse, *et toutes Pharmacies.*

L'ANTEINE

FORMIATE ALCALIN
Cachets de 0.20 : 3 par jour. - Prix de la Boîte, 3f

ACTIVE les échanges moléculaires
RELÈVE les organismes affaiblis
Anémie, Neurasthénie, Tuberculose, Cancer

PHie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.



Bad-Nauheim

Expédition d'eaux par la direction des Bains d'État Nauheim.

Maladies de cœur
La Goutte
Rhumatismes
Maladies des femmes
La Scrofule
Maladies des nerfs

Prospectus gratis par la Direction.

Expédition de Sel pour bains et d'Eau-mère par le Gr. Salinenrentamt.

Pour cures supplémentaires on peut recommander la petite et tranquille localité badoise **Salzhausen**, dans une situation charmante, non loin de Nidda (station de la ligne Friedberg-Nidda). Bains salins, sources, bon air.

BRAND ET CIE

ESSENCE DE BOEUF

DE MOUTON, VEAU ET POULET

Représentant Dépositaire Général pour la France
MAURICE COUSIN
5 et 13, Rue de Montholon Paris

VAUXHALL, LONDRES, ANGLETERRE

Dans les **CONGESTIONS** et les ***Troubles fonctionnels du FOIE***, la ***DYSPEPSIE ATONIQUE***, les ***FIÈVRES INTERMITTENTES*** les ***Cachexies*** *d'origine* ***paludéenne*** *et consécutives au long séjour dans les pays chauds*

On prescrit dans les hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour de

BOLDO-VERNE

ou 4 cuillerées à café d'ÉLIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : **VERNE**, Professeur à l'École de Médecine
GRENOBLE (FRANCE)
Et dans les principales Pharmacies de France et de l'Étranger

EUKINASE

EUPEPTIQUE INTESTINAL

H. CARRION & Cie
54, Faubg Saint-Honoré, Paris
TÉLÉPHONE 136.64

PANCRÉATO-KINASE

DIGESTIF PUISSANT

CÉRÉBRINE

(Coca-Théine analgésique Pausodun)
Médicament spécifique de la

MIGRAINE sous toutes ses formes **NÉVRALGIES**

E. FOURNIER, *21, Rue de St-Pétersbourg, Paris.*

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

VIN GIRARD

DIPLOME d'HONNEUR
MEMBRE du JURY

Médailles d'Or, d'Argent et de Bronze

DE LA CROIX DE GENÈVE
Iodo-Tannique Phosphaté
SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE
APÉRITIF, TONIQUE, RECONSTITUANT

22, Rue de Condé, PARIS

Un Verre à Madère de **VIN GIRARD** contient :

Iode bi-sublimé..............	0gr.075 milligr.
Tannin pur..................	0gr. 50 centigr.
Lacto-Phosphate de Chaux.....	0gr. 75 centigr.

ANÉMIE — FAIBLESSE GÉNÉRALE — MALADIES de POITRINE — SCROFULE, RACHITISME, RHUMATISME, ALBUMINURIE — AFFECTIONS CARDIAQUES

NÉVROSES - NÉVRALGIES REBELLES
ANÉMIE CÉRÉBRALE - ATAXIE
ALBUMINURIE - PHOSPHATURIE
DÉPRESSIONS NERVEUSES
Vertiges — Hypocondrie
SURMENAGE
EXCÈS

BIOPHORINE

KOLA GLYCÉRO-PHOSPHATÉE

La **BIOPHORINE**, granulé à base de **Kola**, **Glycérophosphate de Chaux**, **Quinquina** et **Cacao vanillé**, est le prototype de la médication Dynamogène antineurasthénique et antidéperditrice. La **BIOPHORINE** très agréable au goût est prise avec plaisir par les malades les plus difficiles.

DOSAGE par Ko

Extrait de noix fraîches de Kola..............	40 gr.
Glycérophosphate de Chaux pur..............	50 gr.
Extrait de Quinquina........................	10 gr.
Cacao caraque vanillé.......................	40 gr.
Sucre.......................................	Q. S.

A. GIRARD, 22, Rue Condé, Paris, ET TOUTES PHARMACIES.

Envoi franco d'Échantillons aux Docteurs.

Liqueur Laprade à l'Albuminate de Fer

UNE CUILLERÉE à chaque repas
CHLORO-ANÉMIE

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine d'Amiens. — M. le docteur Braillon est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

NÉCROLOGIE

M. le docteur E.-C. Duché (d'Ouanne), correspondant national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Victor Wehr, professeur extraordinaire de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur Jean Mally, délégué du gouvernement austro-hongrois au Conseil supérieur de santé de Constantinople. — M. le docteur Michael Krassine, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur James Murphy, lecteur de médecine légale à Durham University College of Medicine de Newcastle-on-Tyne. — M. le docteur C. A. Kleinschmidt, ancien professeur de physiologie à Georgetown University School of Medicine de Washington.

GRANULÉ LEBRUN aux Formiates de CHAUX / de POTASSE / de SOUDE

Chaque cuillerée à café contient 0g50 cent. de Formiate. Le Granulé composé contient 0g25 cent. de chaque Formiate.
DÉPÔT. PHARMACIE CENTRALE, 50, Faubourg Montmartre, PARIS.

Capsules Dartois

Contenant chacune 0 gr. 05 *véritable créosote de hêtre redistillée et titrée*, et 0 gr. 20 d'huile de foie de morue. Préparation ordonnée par les meilleurs médecins comme la mieux tolérée et la plus active.—2 ou 3 à chaque repas contre :
Bronchites** et **Catarrhes chroniques, Phtisie, Tuberculose.
Le flacon, **3** *fr.*, **rue de Rennes, 83, Paris,** et les Pharmacies

PRODUITS THÉRAPEUTIQUES TITRÉS ECALLE-LABÉLONYE

Fidélité et Sûreté d'Action. — Sécurité absolue.

PRÉPARATIONS TITRÉES *d'après leur richesse naturelle en leur principal principe actif « Digitaline ou Aconitine ».*

COMPRIMÉS DE DIGITALE
H. ÉCALLE
Docteur en Pharmacie de l'Université de Paris.
Chaque comprimé renferme 0,10 cgr. de **Poudre de Feuilles de Digitale**, titrée à 2 gr. 50 de **Digitaline** crist. par 1,000 grammes de plante et contient par conséquent exactement un quart de milligramme de **Digitaline cristallisée**.
Il est destiné soit à une *infusion*, soit à une *macération* (de 1 à 4 en 24 heures).

Solution de DIGITALINE crist.
H. ECALLE
Titrée au millième.
Cinq gouttes du *flacon compte-gouttes spécial* renferment mathématiquement un dixième de milligramme de **Digitaline cristallisée**.
(20 à 50 gouttes en 24 heures).

ALCOOLATURE de DIGITALE
H. ECALLE
Titrée à 0,50 cgr. de **Digitaline cristallisée** par 1,000 gr. d'**Alcoolature.**
Dix gouttes du *flacon compte-gouttes calibré* renferment un dixième de milligramme de **Digitaline cristallisée.** (40 à 100 gouttes en 24 heures).

GRANULES de DIGITALINE crist. H. Ecalle au dixième de milligr. *(1 à 10 en 24 heures).*

AMPOULES PROPULSIVES (Brevet Robert et Carrière) de **DIGITALINE** crist. H. ECALLE
Titrées au cinquième de millig. *(1 à 4 en 24 h.)*
(Directement injectables).

SIROP de DIGITALE de LABÉLONYE Titré à un tiers de milligramme de **Digitaline crist.** par cuillerée à bouche.
Trois cuillerées à bouche ou la dose normale de 24 heures, renferment par conséquent un milligramme de **Digitaline cristallisée**

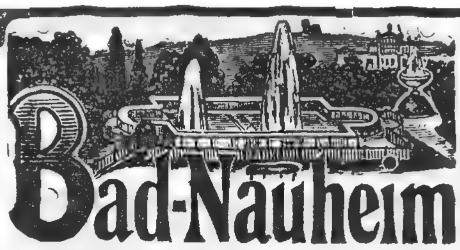
ALCOOLATURE d'ACONIT
H. ECALLE
Titrée à 0,50 cgr.. d'**Aconitine cristallisée,** par 1,000 grammes d'**Alcoolature.**
Dix gouttes du *flacon compte-gouttes spécial* renferment un dixième de milligramme d'**Aconitine cristallisée.** (20 à 50 gouttes en 24 heures).

SOLUTION D'ACONITINE crist. H. ECALLE au millième. *(10 à 25 gouttes en 24 heures).*

GRANULES D'ACONITINE crist. H. ECALLE au 1/10e milligr *(2 à 5 en 24 heures).*

AMPOULES PROPULSIVES (Brevet Robert et Carrière) d'**ACONITINE** crist H. ECALLE
Titrées au 1/10e de milligr. *(1 à 4 en 24 heures)*
(Directement injectables).

LABÉLONYE & Cie, 99, Rue d'Aboukir, PARIS.



Bad-Nauheim

Expédition d'eaux par la direction des Bains d'État Nauheim.

Maladies de cœur
La Goutte
Rhumatismes
Maladies des femmes
La Scrofule
Maladies des nerfs
Prospectus gratis par la Direction.

Expédition de Sel pour bains et d'Eau-mère par le Gr. Salinenrentamt.

Pour cures supplémentaires on peut recommander la petite et tranquille localité badoise **Salzhausen**, dans une situation charmante, non loin de Nidda (station de la ligne Friedberg-Nidda). Bains salins, sources, bon air.

SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE A BÂLE (SUISSE) USINE A St FONS (RHÔNE)

PRINCIPE PHOSPHO-ORGANIQUE DES GRAINES VÉGÉTALES

Reconstituant général — **PHYTINE** — Apéritif puissant

Anhydro-oxyméthylène-diphosphate, acide de chaux et de magnésie
Contient 22,8 p.c. de phosphore organique assimilable.
GRANULÉ, CACHETS, COMPRIMÉS, GÉLULES

FORTOSSAN *Phytine neutre en tablettes au sucre de lait pour les enfants au dessous de deux ans.*

Dépôt et vente en gros pour la France : *LABORATOIRES SAUTER*, 49, Rue de Paradis PARIS et Bellegarde (Ain)
Échantillons et littérature *FRANCO* à MM. les Docteurs.

EUKINASE
EUPEPTIQUE INTESTINAL
H. CARRION & Cie
54, Faubg Saint-Honoré, Paris
TÉLÉPHONE 136.64
PANCRÉATO-KINASE
DIGESTIF PUISSANT

Dans les **CONGESTIONS** et les **Troubles fonctionnels** du **FOIE**, la **DYSPEPSIE ATONIQUE**, les **FIÈVRES INTERMITTENTES** les *Cachexies d'origine paludéenne* et consécutives au long séjour dans les pays chauds
On prescrit dans les hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour de
BOLDO-VERNE
ou 4 cuillerées à café d'ÉLIXIR de BOLDO-VERNE
Dépôt : **VERNE,** Professeur à l'École de Médecine GRENOBLE (FRANCE)
Et dans les principales Pharmacies de France et de l'Étranger

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

Seuls Topiques
de ce genre
A VENTE RÉGLEMENTÉE
assurant aux Pharmaciens
UN BÉNÉFICE
obligatoire

Prescrire :
SUPPOSITOIRES CHAUMEL, *Adultes;*
— **CHAUMEL,** *Enfants;*
OVULES CHAUMEL,
etc., etc.



DÉPÔT CENTRAL : **FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78,** Faubourg Saint-Denis, **PARIS.**
DÉTAIL : Pharmacie **CHAUMEL, 87,** Rue Lafayette, **PARIS.**

ELIXIR GREZ Chlorhydro-Pepsique UN VERRE A LIQUEUR à chaque repas **DYSPEPSIES**

25e ANNÉE. — N° 25. Vingt centimes le numéro. 21 JUIN 1905.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Dijon. — M. le docteur Gault est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Col, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine de Clermont, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Rouen. — M. le docteur Halipré est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur A. Le Roy, ancien chirurgien des hôpitaux de Rouen. — M. le docteur Johann von Mikulicz, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Karl Wernicke, professeur de neurologie et de psychiatrie à la Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur Alexis Fortounatov, ancien professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur James Thorburn, ancien professeur de thérapeutique et de pharmacologie à la Faculté de médecine de Toronto. — M. le docteur Henry P. Stearns, ancien lecteur de psychiatrie à Yale Medical School de New-Haven.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 26. Vingt centimes le numéro. 28 JUIN 1905.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Ce numéro contient la Table alphabétique des matières du Bulletin bibliographique international publié pendant le deuxième trimestre de l'année 1905.

Ce que n'ont pu faire des groupements scientifiques, même aidés par de généreux donateurs, la *Semaine Médicale* l'a réalisé par ses seules ressources. Depuis vingt ans nous publions chaque semaine, sans interruption, la liste des ouvrages et mémoires médicaux parus dans le monde entier. Grâce à des sacrifices pécuniaires considérables et au concours de collaborateurs dévoués aux intérêts du Corps médical, nous sommes parvenus à créer une publication qui, jointe à la partie rédactionnelle du journal, rend la *Semaine Médicale* indispensable au médecin, dans tous les temps et dans tous les lieux.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berne. — M. le docteur Otto Heller est nommé privatdocent d'hygiène et de bactériologie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Ludwig Fränkel est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur Hugo Lüthje, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Tubingue, est nommé professeur extraordinaire de propédeutique et d'histoire de la médecine.

Faculté de médecine de Kiev. — M. le docteur V. Lindemann, professeur extraordinaire de pathologie générale, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Rudolf Stich est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Lausanne. — M. le docteur August Weith est nommé privatdocent de gynécologie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Karl von Stejskal est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Zurich. — M. le docteur Karl Jung est nommé privatdocent de psychiatrie.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Domenico Grisafi est nommé privatdocent de pédiatrie.

Institut de médecine pour les femmes de Saint-Pétersbourg. — MM. les docteurs N. Kanneguisser et A. Sitzinsky sont nommés privatdocenten d'obstétrique.

King's College de Londres. — M. le docteur Peter Thompson, lecteur à Middlesex Hospital Medical School de Londres, est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. A. Robinson.

University of Michigan d'Ann Arbor. — M. le docteur Charles W. Edmunds est nommé professeur de thérapeutique et de matière médicale, en remplacement de M. Arthur R. Cushny.

Rush Medical College de Chicago. — M. le docteur William J. Butler est nommé professeur adjoint de pédiatrie.

University of Pennsylvania de Philadelphie. — M. le docteur David Linn Edsall est nommé professeur adjoint de médecine.

VARIA

Congrès international de chirurgie en 1905.

Le premier Congrès de la Société internationale de chirurgie se tiendra à Bruxelles du 18 au 23 septembre 1905.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° *Valeur de l'examen du sang en chirurgie;*
2° *Traitement de l'hypertrophie prostatique;*
3° *Interventions chirurgicales dans les affections non cancéreuses de l'estomac;*
4° *Traitement de la tuberculose articulaire;*
5° *Traitement de la péritonite;*
6° *Diagnostic des maladies chirurgicales du rein.*

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1904* inclusivement (22 années) absolument complètes, soit les 24 années parues de la *Semaine Médicale*, *franco* à domicile, au prix de 218 francs pour la France, 260 francs pour l'étranger.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1903), moins le n° 1 de 1884, le n° 54 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 53, avenue de Villiers, Paris.

TOLU LE BEUF
ÉMULSION CONCENTRÉE

Ce produit a sur les autres préparations de **Baume de Tolu** *l'avantage de contenir, sous une forme aisément absorbable, l'ensemble des principes actifs de ce médicament.* (Com. Thér. du Codex, du Professeur **GUBLER**, 2e édit., p. 314.) *Son efficacité est, pour ce motif, beaucoup plus grande.*

Doses : Une ou deux cuillerées à café, deux ou trois fois par jour, dans de l'eau ou du lait chaud **sucrés**, un lait de poule ou une tisane appropriée. — Le flacon : **2 fr. 50.**

SE MÉFIER DES IMITATIONS

PERBORATE DE SOUDE DE L'OXYLITHE
POUDRE D'EAU OXYGÉNÉE

Breveté S. G. D. G. — en France et à l'Étranger.
Se méfier des contrefaçons qui seront poursuivies.
113, Rue Cardinet, Paris
Échantillon gratuit à MM. les Docteurs.

LANOLINE LIEBREICH
Seule Graisse { *Se combinant avec l'eau; Ne rancissant jamais; Absolument aseptique et stérile.*

"LANOLINE" *Marque déposée* — DÉPOSITAIRES : **MAX Frères, 31, rue des Petites-Écuries, Paris.**
SE TROUVE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

CÉRÉBRINE
(Coca-Théine analgésique Pausodun)
Médicament spécifique de la
MIGRAINE
sous toutes ses formes
NÉVRALGIES
E. Fournier, 21, Rue de St-Pétersbourg, Paris.

TRIPLE MINÉRALISATION UNIQUE
CARABAÑA
PURGATIVE, ANTISEPTIQUE

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO
Préparé à l'aide de **macérés de viande crue**. *Goût agréable dû aux écorces d'oranges amer.*
Grande ressource pour malades affaiblis et sans appétit.
4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, Place des Vosges et Pharmacies.*

ERGOTINE BONJEAN
LABÉLONYE & Cie, Paris.
DRAGÉES — SOLUTION — AMPOULES STÉRILISÉES

BRAND ET CIE
ESSENCE DE BŒUF
DE MOUTON, VEAU ET POULET
Représentant Dépositaire Général pour la France
MAURICE COUSIN
5 et 13, Rue de Montholon Paris
VAUXHALL, LONDRES, ANGLETERRE

LYCETOL VICARIO
Le Lycétol effervescent Vicario, *vingt fois plus actif que les sels de Lithine,* possède une action spécifique certaine contre les diverses manifestations de la diathèse urique : **GRAVELLE, GOUTTE, COLIQUES NÉPHRÉTIQUES,** etc. Dose : de 4 à 8 mesures pr jour dans un verre d'eau. — **Pharmacie VICARIO, 17, Bould Haussmann, PARIS.**

HUILE GRISE STÉRILISÉE VIGIER
et HUILE au CALOMEL STÉRILISÉE VIGIER * HUILE au BI-IODURE de MERCURE STÉRILISÉE
VIGIER, Phcn, 12, Boul^d Bonne-Nouvelle, PARIS, et toutes Pharmacies.

Traitement physiologique de la CONSTIPATION
EUSÉCRETINE
MODE D'EMPLOI :
Prendre 2 capsules à la fin du repas et le reste par 2 capsules de demi-heure en demi-heure.

DOSES suivant l'intensité de la constipation. — **Opiniâtre** : 6 à 8 capsules à chacun des deux principaux repas. — **Ordinaire** : 4 à 6. — Les selles une fois régularisées 2 à 3 suffisent.
Envoi d'Échantillons aux Médecins. - H. CARRION & Cie, 54, Faubourg St-Honoré, PARIS.

COMPAGNIE PARISIENNE DE COULEURS D'ANILINE
Usine du Tremblay, à CREIL (Oise). Dépôt : 31, Rue des Petites-Écuries, PARIS.

Albargine "Creil"
Combinaison de Gélatose et de Nitrate d'argent.

Cet *excellent antiblennorrhagique* contient 15 % d'argent en combinaison organique. Son emploi est beaucoup moins dispendieux que celui des autres combinaisons albuminoïdes d'argent. Facilement soluble dans l'eau froide et chaude. *Action non irritante, absolument sûre, fortement bactéricide.*

A fait ses preuves dans la *blennorrhagie aiguë* et *chronique* des deux sexes, dans les *lavages intra-vésicaux*, dans les *empyèmes chroniques du sinus maxillaire* en solution à 0,1 — 0,2 jusqu'à 2 % : sous forme de lavements dans *les affections du colon*, dans les *affections oculaires*, etc

Pyramidon "Creil"
Salicylate et Camphorate de Pyramidon "Creil".

Excellent antithermique et *antinévralgique* : employé pour combattre les *fièvres de toute espèce.*
Spécifique contre les *céphalalgies* surtout du *trijumeau* et les *douleurs fulgurantes* des *malades atteints d'affections médullaires.*

Employé avec succès pour *couper les accès d'asthme* et les *troubles dysménorrhéiques.*
Doses pour le Pyramidon : 0,3 à 0,5.
Salicylate de Pyramidon : excellent antinévralgique employé en cas de *rhumatisme aigu et chronique,* de *goutte,* etc.
Dose : 0,50 à 0,75.

Les *Camphorates* de pyramidon possèdent à la fois une action *antisudorale* et une action *antipyrétique*. Employés avec succès pour combattre les pénibles *sécrétions sudorales des phthisiques.* Dans le camphorate neutre de pyramidon c'est l'action antithermique, et dans le camphorate acide de pyramidon l'action antisudorale qui prédomine.
Dose efficace : pour le ***Camphorate neutre de pyramidon 0,5 à 0 gr. 75,*** pour le ***Camphorate acide de pyramidon 0,75 à 1 gr.***

Anesthésine "Creil"
du Dr E. RITSERT
Anesthésique local d'action sûre et prolongée absolument exempt d'action irritante et de toxicité.

Indiquée à l'intérieur dans l'*hyperesthésie* de l'estomac, l'*ulcère rond*, la *dyspepsie nerveuse*, les *vomissements* de la grossesse, 0,2 à 0,5, trois fois par jour avant le repas.
Dans la pratique *oto-rhino-laryngologique*, dans toutes espèces de *catarrhes*, d'*ulcérations tuberculeuses du larynx*, etc.
Dans la *strangurie*, les *urethrites*, les *affections hémorroïdaires.*

Indiquée à l'extérieur dans toutes les sortes de *plaies douloureuses* telles que : *brûlures, ulcère de jambe, intertrigo, gangrène cutanée, prurit, eczémas,* etc., en nature ou en épispasme mélangée à du dermatol, ou en pommade à base de lanoline à 5—10 %.

Holocaïne "Creil"
(p-diéthoxy-diphényl-éthényl-amidine).
Anesthésique pour l'oculistique.

Le chlorhydrate d'*holocaïne* est un anesthésique facilement soluble dans l'eau et capable de remplacer *avec avantages* la *cocaïne en ophtalmologie.* Il ne produit *ni augmentation de la pression intraoculaire, ni mydriase, ni action nocive sur l'épithélium de la cornée.*

Le chlorhydrate d'holocaïne est employé en solution à 1 % comme anesthésique local pour les milieux oculaires; après instillation *de 1 à 4 gouttes,* il produit en *15 à 60 secondes une anesthésie complète, de longue durée de la cornée.*

Alumnol "Creil"
Astringent antiseptique facilement soluble dans l'eau, non toxique.

L'*Alumnol, naphtol-disulfonate d'aluminium,* est indiqué et énergiquement actif en cas de *plaies suppurantes, d'abcès,* de *plaies cavitaires,* en cas d'*endométrite blennorrhagique,* de *leucorrhée simple,* de *dermatites* superficielles aiguës ou infiltrées, chroniques ; en cas d'*otite moyenne*, etc. — Employé avec succès en *rhino-laryngologie* dans toutes les variétés de catarrhes des voies respiratoires.
Emploi : en pommade ou en bâtonnets de 1 à 5 %.

Les pâtes à 10—20 % se prêtent tout spécialement au traitement des *condylomes* acuminées.
Les solutions aqueuses de 1 à 2 % servent pour les *lavages* en gynécologie, urologie et chirurgie.
Les solutions aqueuses à ½—1 % servent pour des *gargarismes*, des lavages nasaux, etc.
L'alumnol mélangé à la dose de 10 à 20 % au talc de Venise et à l'amidon sert comme épispasme.

La Littérature concernant les produits ci-dessus ainsi que des échantillons sont toujours gratuitement à la disposition de Messieurs les Médecins.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 27. Vingt centimes le numéro. 5 JUILLET 1905.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Moritz Borchardt, privatdocent de chirurgie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Pietro Bossi est nommé privatdocent d'orthopédie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Bernhard Heile est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Giessen. — M. le docteur Otto Frank, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Munich, est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. K. Eckhard, décédé.

Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le docteur Richard Birnbaum est nommé privatdocent de gynécologie.

Faculté de médecine de Groningue. — M. le docteur P. C. Romkes est nommé privatdocent des maladies de l'estomac et de l'intestin.

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur K. Hörmann est nommé privatdocent de gynécologie.

Faculté de médecine d'Odessa. — M. le docteur S. Golovine, professeur extraordinaire d'ophtalmologie, est nommé professeur ordinaire.

VARIA

Congrès international de gynécologie et d'obstétrique.

Le cinquième Congrès international de gynécologie et d'obstétrique qui devait se tenir à Saint-Pétersbourg du 11 au 18 septembre 1905 n'aura lieu qu'en 1906.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Du Castel, membre de l'Académie de médecine et médecin des hôpitaux de Paris. — M. le docteur Johann Latschenberger, privatdocent de physiologie à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Hermann von Lingg (de Munich), littérateur renommé en Allemagne. — M. le docteur David D. Stewart, professeur de clinique des maladies de l'estomac et de l'intestin à Philadelphia Polyclinic.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 28. Vingt centimes le numéro. 12 JUILLET 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Bordeaux. — MM. les docteurs Pousson, Dubreuilh, agrégés libres, Régis et Moure, chargés de cours, sont nommés professeurs adjoints.

VARIA

Congrès français de chirurgie en 1905.

La dix-huitième session du Congrès français de chirurgie s'ouvrira à Paris le 2 octobre 1905.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour :

1° *Chirurgie du pancréas ;*
2° *Chirurgie réparatrice de la face ;*
3° *De la conservation dans le traitement des traumatismes des membres.*

NÉCROLOGIE

M. le docteur L.-D. Moussous, ancien professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Hermann Nothnagel, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Philipp Schech, professeur extraordinaire de laryngologie et de rhinologie à la Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur John B. Enright, professeur d'anatomie à Kentucky School of Medicine de Louisville.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Romeo Mongardi, privatdocent à la Faculté de médecine de Turin, est nommé privatdocent d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Ferdinand Sauerbruch est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Vienne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Anton Brosch (*anatomie pathologique*); Robert Breuer (*médecine interne*).

VARIA

Congrès international pour l'étude de la radiologie et de l'ionisation, en 1905.

Le premier Congrès international pour l'étude de la radiologie et de l'ionisation aura lieu à Liège du 12 au 14 septembre 1905.

Ce Congrès comprendra deux sections, consacrées respectivement aux sciences physiques et biologiques. Le programme de la seconde section comporte l'examen des propriétés physiologiques de la radioactivité et des autres radiations, ainsi que leurs applications médicales.

Congrès international des « Gouttes de lait » en 1905.

Un Congrès international des « Gouttes de lait » se tiendra à Paris les 20 et 21 octobre 1905.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 30. Vingt centimes le numéro. 26 JUILLET 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Besançon. — M. Morin, suppléant, est nommé professeur de chimie.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Karl Garrè, professeur à la Faculté de médecine de Königsberg, est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. J. von Mikulicz, décédé.

Faculté de médecine de Groningue. — M. le docteur D. De Vries Reilingh est nommé privatdocent de physiothérapie.

Faculté de médecine de Klausenbourg. — M. le docteur Elemer Veress est nommé privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Luigi Vanni, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire de pathologie interne.

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Ettore Ravenna est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Samuele Sereni est nommé privatdocent d'histologie.

Johns Hopkins University de Baltimore. — Mme Florence R. Sabin, docteur en médecine, est nommée professeur adjoint d'anatomie.

Rush Medical College de Chicago. — M. le docteur John B. Murphy, professeur à Northwestern University Medical School, est nommé professeur de chirurgie.

Post-Graduate Medical School de New-York. — M. le docteur Samuel W. Bandler est nommé professeur adjoint de gynécologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Edvard Schönberg, professeur d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie à la Faculté de médecine de Christiania. — M. le docteur Fritz Fischer, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur Paul Schultz, privatdocent de physiologie à la Faculté de médecine de Berlin.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 31. Vingt centimes le numéro. 2 AOUT 1905.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Rosario Buccheri est nommé privatdocent de chirurgie infantile.

Faculté de médecine de Rostock. — M. le docteur Hermann Brüning (de Leipzig) est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine de Sienne. — M. le docteur G. Tarozzi est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Tomsk. — M. le docteur V. Dobromyslov est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Filippo Carta est nommé privatdocent de chirurgie.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur E. Filippi est nommé privatdocent de toxicologie expérimentale.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur A. Redlich est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Université d'Oxford. — M. le docteur James Ritchie, lecteur, est nommé professeur d'anatomie pathologique.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Bernhard Honsell, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur Fernando Franzolini, ancien privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Augustus P. Dudley, professeur de gynécologie à New York Post-Graduate Medical School and Hospital.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.— Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.— J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 32. Vingt centimes le numéro. 9 AOUT 1905.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Prurit déterminé par la cueillette des pêches.

D'après l'expérience de M. le docteur J. Eraud (de Lyon), les cultivateurs employés à la cueillette des pêches ou à l'emballage de ces fruits seraient exposés à éprouver, sur les parties découvertes du corps (avant-bras, cou, poitrine), un prurit plus ou moins intense, donnant une sensation de fourmillement et incitant les malades à se gratter; ce petit accident — que notre confrère a tout récemment étudié dans le *Lyon Médical* — se manifeste particulièrement dans la matinée, alors que le corps est en moiteur et que le fruit est encore quelque peu imprégné de la rosée de la nuit; parfois passager, d'autres fois durable, il est fréquent de le voir s'exaspérer la nuit, sous l'influence de la chaleur du lit. En plus du contact des pêches avec les téguments, une certaine prédisposition paraît nécessaire à son apparition, car tous les sujets qui y sont professionnellement exposés n'en sont pas atteints; cependant on l'observe aussi chez des individus n'ayant aucun antécédent dermopathique.

Au point de vue pathogénique, M. Eraud croit qu'il y a lieu d'incriminer les champignons inférieurs — oomycètes ou mucorinées — qui sont répandus à la surface des pêches, et qu'il est facile de mettre en évidence dans les préparations obtenues par grattage de ces fruits. Bien que ces organismes soient voisins des trichophytées parasites de l'homme, notre confrère ne pense pas que, dans les faits qu'il vise, il y ait ensemencement de l'épiderme humain par les moisissures en question, et il est plutôt porté à admettre que c'est une influence chimique ou mécanique qui est ici en jeu.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Adelson Canepele, privatdocent à la Faculté de médecine de Rome, est nommé privatdocent d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Karl Göbel est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Klausenbourg. — M. le docteur Julius Filep est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Walter Scholtz, privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Carlo Palermo est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Adelchi Negri est nommé privatdocent de pathologie générale.

Faculté de médecine de Pise. — M. le docteur Agostino Bruno est nommé privatdocent de pathologie interne.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur Kamill von Lhotak est nommé privatdocent de pharmacologie.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Angelo Chiavaro est nommé privatdocent d'odontologie.

Faculté de médecine de Sienne. — M. le docteur Balduino Bocci, professeur extraordinaire de physiologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Vienne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs O. Marburg (*neurologie*); Gustav von Wunschheim (*odontologie*).

NÉCROLOGIE

M. le docteur L. Hyernaux, ancien professeur d'obstétrique à la Faculté de médecine de Bruxelles. — M. le docteur Walter Flemming, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur Josef von Metnitz, professeur extraordinaire d'odontologie à la Faculté de médecine de Vienne.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1904* inclusivement (22 années) absolument complètes, soit les 24 années parues de la *Semaine Médicale*, *franco* à domicile, au prix de 218 francs pour la France, 260 francs pour l'étranger.

TOLU LE BEUF

ÉMULSION CONCENTRÉE

Ce produit a sur les autres préparations de **Baume de Tolu** *l'avantage de contenir, sous une forme aisément absorbable,* **l'ensemble des principes actifs** *de ce médicament.* (Com. Thér. du Codex, du Professeur **GUBLER**, 2e édit., p. 314.) *Son efficacité est, pour ce motif, beaucoup plus grande.*

Doses : Une ou deux cuillerées à café, deux ou trois fois par jour, dans de l'eau ou du lait chaud **sucrés**, un lait de poule ou une tisane appropriée. — Le flacon : **2 fr. 50.**

SE MÉFIER DES IMITATIONS

LYCETOL VICARIO

Le Lycétol effervescent Vicario, *vingt fois plus actif que les sels de Lithine,* possède une action spécifique certaine contre les diverses manifestations de la diathèse **urique : GRAVELLE, GOUTTE, COLIQUES NÉPHRÉTIQUES,** etc. Dose : de 4 à 8 mesures pr jour dans un verre d'eau. — **Pharmacie VICARIO, 17, Boulᵈ Haussmann, PARIS.**

Traitement physiologique de la CONSTIPATION

EUSECRETINE

MODE D'EMPLOI :
Prendre 2 capsules à la fin du repas et le reste par 2 capsules de demi-heure en demi-heure.

DOSES suivant l'intensité de la constipation. — **Opiniâtre** : 6 à 8 capsules à chacun des deux principaux repas. — **Ordinaire** : 4 à 6. — Les selles une fois régularisées 2 à 3 suffisent.
Envoi d'Echantillons aux Médecins. - H. CARRION & Cie, 54, Faubourg St-Honoré, PARIS.

CÉRÉBRINE

(Coca-Théine analgésique Pausodun)
Médicament spécifique de la
MIGRAINE sous toutes ses formes **NÉVRALGIES**
E. Fournier, 21, Rue de St-Pétersbourg, Paris.

TRIPLE MINÉRALISATION UNIQUE
CARABAÑA
PURGATIVE, ANTISEPTIQUE

L'ANTÉINE
FORMIATE ALCALIN
Cachets de 0.20 : 3 par jour. - Prix de la Boîte : 3f.
ACTIVE les échanges moléculaires
RELÈVE les organismes affaiblis.
Anémie, Neurasthénie, Tuberculose, Cancer
Phie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

BRAND ET Cie
ESSENCE DE BŒUF
DE MOUTON VEAU ET POULET
Représentant Dépositaire Général pour la France
MAURICE COUSIN
5 et 13, Rue de Montholon Paris
VAUXHALL, LONDRES, ANGLETERRE

LANOLINE LIEBREICH

Seule Graisse { *Se combinant avec l'eau ; Ne rancissant jamais ; Absolument aseptique et stérile.*

"LANOLINE" *Marque déposée*

Dépositaires : **MAX Frères, 31, rue des Petites-Ecuries, Paris.**
Se trouve chez tous les Pharmaciens.

PERBORATE DE SOUDE DE L'OXYLITHE
POUDRE D'EAU OXYGÉNÉE
Breveté S. G. D. G. en France et à l'Etranger.
Se méfier des contrefaçons qui seront poursuivies.
113, Rue Cardinet, Paris
Echantillon gratuit à MM. les Docteurs.

COMPAGNIE PARISIENNE DE COULEURS D'ANILINE

Usine du Tremblay, à CREIL (Oise). Dépôt : 31, Rue des Petites-Écuries, PARIS.

Albargine "Creil"

Combinaison de Gélatose et de Nitrate d'argent.

Cet *excellent antiblennorrhagique* contient 45 % d'argent en combinaison organique. Son emploi est beaucoup moins dispendieux que celui des autres combinaisons albuminoïdes d'argent. Facilement soluble dans l'eau froide et chaude.
Action non irritante, absolument sûre, fortement bactéricide.

A fait ses preuves dans la *blennorrhagie aiguë* et *chronique* des deux sexes, dans les *lavages intra-vesicaux*, dans les *empyèmes chroniques du sinus maxillaire* en solution à 0,1 — 0,2 jusqu'à 2 % : sous forme de lavements dans *les affections du colon*, dans les *affections oculaires*, etc.

Pyramidon "Creil"

Salicylate et Camphorate de Pyramidon "Creil".

Excellent antithermique et *antinévralgique* : employé pour combattre les *fièvres de toute espèce.*
Spécifique contre les *céphalalgies* surtout du *trijumeau* et les *douleurs fulgurantes* des *malades atteints d'affections médullaires.*

Employé avec succès pour *couper les accès d'asthme* et les *troubles dysménorrhéiques.*
Doses pour le Pyramidon : 0,3 à 0,5.
Salicylate de Pyramidon : excellent antinévralgique employé en cas de *rhumatisme aigu et chronique,* de *goutte,* etc.
Dose : 0,50 à 0,75.

Les *Camphorates* de pyramidon possèdent à la fois une action *antisudorale* et une action *antipyrétique.* Employés avec succès pour combattre les pénibles *sécrétions sudorales des phthisiques.* Dans le camphorate neutre de pyramidon c'est l'action antithermique, et dans le camphorate acide de pyramidon l'action antisudorale qui prédomine.
Dose efficace : pour le *Camphorate neutre de pyramidon 0,5 à 0 gr. 75,* pour le *Camphorate acide de pyramidon 0,75 à 1 gr.*

Anesthésine "Creil"

du Dr E. RITSERT

Anesthésique local d'action sûre et prolongée absolument exempt d'action irritante et de toxicité.

Indiquée à l'intérieur dans l'*hyperesthésie* de l'estomac, l'*ulcère rond*, la *dyspepsie nerveuse*, les *vomissements* de la grossesse, 0,2 à 0,5, trois fois par jour avant le repas.
Dans la pratique *oto-rhino-laryngologique,* dans toutes espèces de *catarrhes, d'ulcérations tuberculeuses du larynx,* etc.
Dans la *strangurie,* les *uréthrites,* les *affections hémorroïdaires.*

Indiquée à l'extérieur dans toutes les sortes de *plaies douloureuses* telles que : *brûlures, ulcère de jambe, intertrigo, gangrène cutanée, prurit, eczémas,* etc., en nature ou en épispasme mélangée à du dermatol, ou en pommade à base de lanoline à 5—10 %.

Holocaïne "Creil"

(p-diéthoxy-diphényl-éthényl-amidine).
Anesthésique pour l'oculistique.

Le chlorhydrate d'*holocaïne* est un anesthésique facilement soluble dans l'eau et capable de remplacer *avec avantages* la *cocaïne en ophtalmologie.* Il ne produit *ni augmentation de la pression intraoculaire, ni mydriase, ni action nocive sur l'épithélium de la cornée.*

Le chlorhydrate d'holocaïne est employé en solution à 1 % comme anesthésique local pour les milieux oculaires ; après instillation *de 1 à 4 gouttes,* il produit en *15 à 60 secondes une anesthésie complète, de longue durée de la cornée.*

Alumnol "Creil"

Astringent antiseptique facilement soluble dans l'eau, non toxique.

L'Alumnol, naphtol-disulfonate d'aluminium, est indiqué et énergiquement actif en cas de *plaies suppurantes, d'abcès,* de *plaies cavitaires,* en cas *d'endométrite blennorrhagique,* de *leucorrhée simple,* de *dermatites* superficielles aiguës ou infiltrées, chroniques ; en cas *d'otite moyenne,* etc. — Employé avec succès en *rhino-laryngologie* dans toutes les variétés de catarrhes des voies respiratoires.
Emploi : en pommade ou en bâtonnets de 1 à 5 %.

Les pâtes à 10—20 % se prêtent tout spécialement au traitement des *condylomes acuminées.*
Les solutions aqueuses de 1 à 2 % servent pour les *lavages* en gynécologie, urologie et chirurgie.
Les solutions aqueuses à ½—1 % servent pour des *gargarismes,* des lavages nasaux, etc.
L'alumnol mélangé à la dose de 10 à 20 % au talc de Venise et à l'amidon sert comme épispasme.

La Littérature concernant les produits ci-dessus ainsi que des échantillons sont toujours gratuitement à la disposition de Messieurs les Médecins.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 33. Vingt centimes le numéro. 16 AOUT 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Amsterdam. — M. le docteur H. Burger, privatdocent, est nommé professeur extraordinaire d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Barcelone. — M. le docteur Francisco Rusca est nommé professeur de pathologie externe.

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Peter Bergell est nommé privatdocent de chimie physiologique.

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Ferdinand Klug est nommé privatdocent d'otologie.

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur Erwin Kreuter est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur Paul Clemens, privatdocent de médecine interne, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Salvatore Citelli est nommé privatdocent d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur Paul Uhlenhuth est nommé privatdocent de bactériologie.

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur Arthur Menzer est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Robert Scheller est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Heinrich Braun, privatdocent de chirurgie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Marbourg. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur W. Wendel, privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Agostino De Lieto Vollaro est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Francesco Galdi est nommé privatdocent de pathologie interne.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Turigny, député de la Nièvre. — MM. les docteurs Christopher Heath, ancien professeur de chirurgie à University College, et John William Ogle, ancien lecteur d'anatomie pathologique à St. George's Hospital Medical School de Londres.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes; il suffit de prévenir l'administration du journal.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 34. Vingt centimes le numéro. 23 AOUT 1905.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Ce numéro est exclusivement consacré à la Littérature médicale.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur Ludolf Brauer, professeur de médecine interne, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. E. Mannkopff, démissionnaire.

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Temistocle Della Vedova, privatdocent à la Faculté de médecine de Gênes, est nommé privatdocent d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Pise. — MM. les docteurs Ernesto Cionini et Alberto Michelazzi sont nommés privatdocenten de pathologie interne.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Alessandro Baldoni est nommé privatdocent de matière médicale et de pharmacologie expérimentale.

Faculté de médecine de Sienne. — M. le docteur Ivo Bandi, privatdocent à la Faculté de médecine de Bologne, est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Ferruccio Vanzetti est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Otto von Fürth, privatdocent à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé privatdocent de chimie médicale.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Domenico Taddei, privatdocent à la Faculté de médecine de Padoue, est nommé privatdocent de pathologie externe.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur Constantin Sérapine est nommé privatdocent de chirurgie.

University of Michigan d'Ann Arbor. — M. le docteur Cyrenus G. Darling, lecteur, est nommé professeur de chirurgie.

Ohio Medical College de Cincinnati. — M. le docteur Horace J. Whitacre, professeur d'anatomie pathologique, est nommé professeur de chirurgie.

M. le docteur S. P. Kramer est nommé professeur de pathologie externe.

NE PAS CONFONDRE AVEC LES REMÈDES SECRETS

VIN DE BERNARD

(Vin de Quinquina Ferrugineux au Malaga)

Les expériences faites avec les appareils destinés à l'examen du sang prouvent que le VIN DE BERNARD augmente rapidement le nombre et la coloration des globules rouges en même temps que le médecin note la disparition des divers symptômes morbides.

Le VIN DE BERNARD est assimilé complètement et peut être supporté par les personnes délicates sans provoquer aucun trouble de l'estomac ou de l'intestin.

Un verre à bordeaux avant chaque repas.

ANÉMIE, CHLOROSE, DÉBILITÉ, SUITES DE COUCHES, CONVALESCENCE

En 1875, un pharmacien a été condamné par le Tribunal correctionnel pour avoir frauduleusement imité la marque VIN DE BERNARD.



FER ROBIN

OU

PEPTONATE DE FER ROBIN

Est le véritable Sel Ferrugineux assimilable

Ce Sel, découvert en 1881 par M. MAURICE ROBIN, interne et chef de laboratoire des Hôpitaux de Paris, constitue l'agent thérapeutique le plus rationnel de la médication martiale.

*« Le **Peptonate de Fer Robin** est un sel organique défini, constitué par deux combinaisons :* 1° de Peptone et de Fer, 2° de Glycérine et de fer; *formant un sel ferrique double ; à l'état de combinaison particulière, telle que le fer ne peut être décélé ni précipité par les réactifs ordinaires de la chimie minérale. Cet état particulier le rend éminemment propre à l'assimilation. »*

(Analyse du Dr G. POUCHET, professeur de pharmacologie à la Faculté de Médecine de Paris).

*« Comme l'a démontré M. Robin dans son étude sur les ferrugineux, aucun sel ferrique n'est absorbé par la muqueuse stomacale; d'autre part, le **Peptonate de Fer** découvert par lui, représente la forme ultime du* sel ferrugineux formé dans l'intestin *après la digestion des aliments. Expérimenté et préconisé par les professeurs Hayem, Huchard, Dujardin-Beaumetz, Raymond, Dumontpallier, etc., les expériences cliniques faites avec ce ferrugineux ont confirmé les conclusions émises par M. Robin dans son travail, qui a eu l'honneur d'un rapport à l'Académie des Sciences, par Berthelot. »*

(BERTHELOT. Voir Comptes-rendus, 1885).

Voici, en résumé, les propriétés thérapeutiques de ce produit :

1° Le **FER ROBIN** augmente le nombre des globules rouges et leur richesse en hémoglobine, il est donc précieux dans l'**Anémie** et la **Chlorose**.

2° Le **FER ROBIN** favorise l'**hypergénèse** des **hématoblastes** et augmente la fibrine du sang. Il sera donc utilement employé pour augmenter la plasticité du sang et combattre l'**Hémophilie** ou les **Hémorragies** de toute nature.

3° Le **FER ROBIN** augmente la capacité respiratoire du sang. On pourra donc utilement l'employer pour activer les combustions organiques dans les vaisseaux (diabète, glycosurie) ou au niveau des tissus (dégénérescence graisseuse, etc.).

4° Enfin le **FER ROBIN** active la nutrition. Il pourra donc servir concurremment dans le traitement du **Lymphatisme**, des **Manifestations scrofuleuses et syphilitiques**, etc.

Très économique, *car chaque flacon représente une durée de 3 semaines à 1 mois de traitement,* ce médicament dépourvu de toute saveur styptique, se prend à la dose de 10 à 30 gouttes par repas dans un peu d'eau ou de vin et dans n'importe quel liquide ou aliment, étant soluble dans tous les liquides organiques, lait, etc.

On prescrira avec avantage chez les personnes délicates, les convalescents et les vieillards, etc.

Le **VIN ROBIN** au Peptonate de Fer ou l'**ELIXIR ROBIN**

Dose : Un verre à liqueur par repas.

Pour ne pas confondre et éviter les imitations et contrefaçons de ce produit, exiger la signature et la Marque **FER ROBIN.**

Vente en Gros à Paris : 13, Rue de Poissy ET TOUTES PHARMACIES.

TOLU LE BEUF
ÉMULSION CONCENTRÉE

Ce produit a sur les autres préparations de **Baume de Tolu** *l'avantage de contenir, sous une forme aisément absorbable,* **l'ensemble des principes actifs** *de ce médicament.* (Com. Thér. du Codex, du Professeur **GUBLER**, 2e édit., p. 314.) *Son efficacité est, pour ce motif, beaucoup plus grande.*

Doses : Une ou deux cuillerées à café, deux ou trois fois par jour, dans de l'eau ou du lait chaud **sucrés**, un lait de poule ou une tisane appropriée. — Le flacon : **2 fr. 50.**

SE MÉFIER DES IMITATIONS

LYCETOL VICARIO

Le Lycétol effervescent Vicario, *vingt fois plus actif que les sels de Lithine*, possède une action spécifique certaine contre les diverses manifestations de la diathèse urique : **GRAVELLE, GOUTTE, COLIQUES NÉPHRÉTIQUES,** etc. Dose : de 4 à 8 mesures pr jour dans un verre d'eau. — **Pharmacie VICARIO, 17, Boulᵈ Haussmann, PARIS.**

Traitement physiologique de la **CONSTIPATION**

EUSÉCRETINE

MODE D'EMPLOI :
Prendre 2 capsules à la fin du repas et le reste par 2 capsules de demi-heure en demi-heure.

DOSES suivant l'intensité de la constipation. — **Opiniâtre** : 6 à 8 capsules à chacun des deux principaux repas. — **Ordinaire** : 4 à 6. — Les selles une fois régularisées 2 à 3 suffisent.
Envoi d'Échantillons aux Médecins. - **H. CARRION & Cie, 54, Faubourg St-Honoré, PARIS.**

CÉRÉBRINE

(Coca-Théine analgésique Pausodun)
Médicament spécifique de la
MIGRAINE sous toutes ses formes **NÉVRALGIES**

E. Fournier, 21, Rue de St-Pétersbourg, Paris.

TRIPLE MINÉRALISATION UNIQUE
CARABAÑA
PURGATIVE, ANTISEPTIQUE

CARBONATE de GAIACOL VIGIER

en **CAPSULES** de **0,10** cent. Dose 1 à 4 capsules par jour.
Phie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

BRAND ET CIE
ESSENCE DE BŒUF
DE MOUTON, VEAU ET POULET

Représentant Dépositaire Général pour la France
MAURICE COUSIN
86, Rue Manin, Paris.

VAUXHALL, LONDRES, ANGLETERRE

"SIDONAL" MARQUE DÉPOSÉE

SPÉCIFIQUE contre la goutte, l'uricémie et les affections similaires.
Dépositaires : **MAX Frères, 31, Rue des Petites-Écuries, PARIS**
Littérature sur demande à MM. les Docteurs.
Se trouve chez tous les Pharmaciens.

PERBORATE DE SOUDE DE L'OXYLITHE

POUDRE D'EAU OXYGÉNÉE

Breveté S. G. D. G. — En France et à l'Étranger.
Se méfier des contrefaçons qui seront poursuivies.
113, Rue Cardinet, Paris
Échantillon gratuit à MM. les Docteurs.

COMPAGNIE PARISIENNE DE COULEURS D'ANILINE

Usine du Tremblay, à CREIL (Oise). Dépôt : 31, Rue des Petites-Écuries, PARIS.

Orthoforme "Creil"

Anesthésique local peu soluble, et par conséquent à effet durable, recommandé à l'intérieur surtout en cas d'*affections syphilitiques* et *tuberculeuses* du *larynx* et du *pharynx*, en cas de *carcinome* et d'*ulcère stomacaux*, à la dose de 0,5 à 1 gr plusieurs fois par jour, l'estomac étant vide.

Oxaphore "Creil"

Solution alcoolique à 50 % d'oxycamphre, le *seul remède inoffensif agissant sûrement contre la dyspnée*. Employé avec succès dans l'*asthme nerveux et bronchique*, *l'emphysème* et les *affections organiques du cœur* avec troubles de compensation. On ne doit pas donner des doses d'Oxaphore trop faibles.

Dose efficace de l'Oxaphore :
2, 4 jusqu'à 6 grammes par jour.

Pyramidon "Creil"

Salicylate et Camphorate de Pyramidon "Creil".

Excellent antithermique et antinévralgique : employé pour combattre les *fièvres de toute espèce*.

Spécifique contre les *céphalalgies* surtout du *trijumeau* et les *douleurs fulgurantes des malades atteints d'affections médullaires*.

Employé avec succès pour *couper les accès d'asthme* et les *troubles dysménorrhéiques*.

Doses pour le Pyramidon : 0,3 à 0,5.

Salicylate de Pyramidon : excellent antinévralgique employé en cas de *rhumatisme aigu et chronique*, de *goutte*, etc. Dose : 0,50 à 0,75.

Les *Camphorates* de pyramidon possèdent à la fois une action *antisudorale* et une action *antipyrétique*. Employés avec succès pour combattre les pénibles *sécrétions sudorales des phtisiques*. Dans le camphorate neutre de pyramidon c'est l'action antithermique, et dans le camphorate acide de pyramidon l'action antisudorale qui prédomine.
Dose efficace : pour le *Camphorate neutre de pyramidon* **0,5 à 0,75 gr** pour le *Camphorate acide de pyramidon* **0,75 à 1 gr.**

Gujasanol "Creil"

Diéthylglycocolgaïacol.

La *seule préparation à base de gaïacol* absolument *non toxique, non caustique*, en même temps *légèrement anesthésique*, donnant facilement du gaïacol dans l'organisme et pouvant être administré à hautes doses (3 à 12 gr. par jour) par la bouche ou en injections sous-cutanées.

Les *diarrhées tuberculeuses s'arrêtent* de suite après son emploi. En outre, a fait ses preuves comme *désodorant* dans l'*ozène*, la *stomatite*, les *carcinomes sanieux*, etc.

Comme *désinfectant* dans le lavage de la vessie, de 0,5 à 1 pour 1000

Albargine "Creil"

Combinaison de Gélatose et de Nitrate d'argent.

Cet *excellent antiblennorrhagique* contient 15 % d'argent en combinaison organique. Son emploi est beaucoup moins dispendieux que celui des autres combinaisons albuminoïdes d'argent. Facilement soluble dans l'eau froide et chaude.

Action non irritante, absolument sûre, fortement bactéricide.

A fait ses preuves dans la *blennorrhagie aiguë* et *chronique* des deux sexes, dans les *lavages intra-vésicaux*, dans les *empyèmes chroniques du sinus maxillaire* en solution à 0,1 — 0,2 jusqu'à 2 % : sous forme de lavements dans *les affections du colon*, dans les *affections oculaires*, etc

Chloral-Antipyrine "Creil"

(Hydrate de Chloral-Antipyrine). *Hypnotique doux agissant rapidement.*

Le *Chloral-Antipyrine "Creil"* est un *hypnotique facilement soluble, doux, agissant rapidement*; indiqué dans :

Les états légers d'*agitation* chez les aliénés, le *délirium tremens* au début, la *chorée*, l'*insomnie essentielle* et celle causée par des *douleurs*.

Dose : pour l'adulte 1 — 1, 5 — 2 gr. L'action hypnotique se manifeste au bout de 10 à 30 minutes.

La Littérature concernant les produits ci-dessus ainsi que des échantillons sont toujours gratuitement à la disposition de Messieurs les Médecins.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale,* 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 35. Vingt centimes le numéro. 30 AOUT 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La répression des fraudes dans la vente des marchandises et des falsifications des denrées alimentaires et des produits médicamenteux en France.

Dans le numéro du 5 août 1905 du *Journal officiel* a été promulguée la loi que le Parlement français a adoptée tout récemment sur la répression des fraudes dans la vente des marchandises et des falsifications des denrées alimentaires et des produits médicamenteux. En voici les principales dispositions, celles du moins qui peuvent intéresser le Corps médical en général :

Article premier. — Quiconque aura trompé ou tenté de tromper le contractant :

Soit sur la nature, les qualités substantielles, la composition et la teneur en principes utiles de toutes marchandises;

Soit sur leur espèce ou leur origine lorsque, d'après la convention ou les usages, la désignation de l'espèce ou de l'origine faussement attribuées aux marchandises, devra être considérée comme la cause principale de la vente;

Soit sur la quantité des choses livrées ou sur leur identité par la livraison d'une marchandise autre que la chose déterminée qui a fait l'objet du contrat;

Sera puni de l'emprisonnement pendant trois mois au moins, un an au plus, et d'une amende de cent francs (100 fr.) au moins, de cinq mille francs (5,000 fr.) au plus, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 2. — L'emprisonnement pourra être porté à deux ans, si le délit ou la tentative de délit prévus par l'article précédent ont été commis :

Soit à l'aide de poids, mesures et autres instruments faux ou inexacts :

Soit à l'aide de manœuvres ou procédés tendant à fausser les opérations de l'analyse ou du dosage, du pesage ou du mesurage, ou bien à modifier frauduleusement la composition, le poids ou le volume des marchandises, même avant ces opérations;

Soit enfin, à l'aide d'indications frauduleuses tendant à faire croire à une opération antérieure et exacte.

Art. 3. — Seront punis des peines portées par l'article 1er de la présente loi :

1° Ceux qui falsifieront des denrées servant à l'alimentation de l'homme ou des animaux, des substances médicamenteuses, des boissons et des produits agricoles ou naturels destinés à être vendus;

2° Ceux qui exposeront, mettront en vente ou vendront des denrées servant à l'alimentation de l'homme ou des animaux, des boissons et des produits agricoles ou naturels qu'ils sauront être falsifiés ou corrompus ou toxiques;

3° Ceux qui exposeront, mettront en vente ou vendront des substances médicamenteuses falsifiées;

4° Ceux qui exposeront, mettront en vente ou vendront, sous forme indiquant leur destination, des produits propres à effectuer la falsification des denrées servant à l'alimentation de l'homme ou des animaux, des boissons et des produits agricoles ou naturels et ceux qui auront provoqué à leur emploi par le moyen de brochures, circulaires, prospectus, affiches, annonces ou intructions quelconques.

Si la substance falsifiée ou corrompue est nuisible à la santé de l'homme ou des animaux ou si elle est toxique, de même si la substance médicamenteuse falsifiée est nuisible à la santé de l'homme ou des animaux, l'emprisonnement devra être appliqué. Il sera de trois mois à deux ans et l'amende de cinq cents francs (500 fr.) à dix mille francs (10,000 fr.).

Ces peines seront applicables même au cas où la falsification nuisible serait connue de l'acheteur ou du consommateur.

Art. 4. — Seront punis d'une amende de cinquante francs (50 fr.) à trois mille francs (3,000 fr.) et d'un emprisonnement de six jours au moins et de trois mois au plus, ou de l'une de ces deux peines seulement :

Ceux qui, sans motifs légitimes, seront trouvés détenteurs dans leurs magasins, boutiques, ateliers, maisons ou voitures servant à leur commerce ainsi que dans les entrepôts, abattoirs et leurs dépendances et dans les gares ou dans les halles, foires et marchés.

Soit de poids ou mesures faux ou autres appareils inexacts servant au pesage ou au mesurage des marchandises;

Soit de denrées servant à l'alimentation de l'homme ou des animaux, de boissons, de produits agricoles ou naturels qu'ils savaient être falsifiés, corrompus ou toxiques;

Soit de substances médicamenteuses falsifiées;

Soit de produits, sous forme indiquant leur destination, propres à effectuer la falsification des denrées servant à l'alimentation de l'homme ou des animaux, ou des produits agricoles ou naturels;

Si la substance alimentaire falsifiée ou corrompue est nuisible à la santé de l'homme ou des animaux ou si elle est toxique, de même si la substance médicamenteuse falsifiée est nuisible à la santé de l'homme ou des animaux, l'emprisonnement devra être appliqué.

Il sera de trois mois à un an et l'amende de cent francs (100 fr.) à cinq mille francs (5,000 fr.).

(Les dispositions des articles 3 et 4 ne sont pas applicables aux fruits frais et légumes frais fermentés ou corrompus.)

Art. 5. — Sera considéré comme étant en état de récidive légale quiconque ayant été condamné par application de la présente loi ou par application des lois sur les fraudes dans la vente :

1° Des engrais (loi du 4 février 1888);

2° Des vins, cidres et poirés (loi des 14 août 1889, 11 juillet 1891, 24 juillet 1894, 6 avril 1897);

3° Des sérums thérapeutiques (loi du 25 avril 1895);

4° Des beurres (loi du 16 avril 1897);

5° De la saccharine (art. 49 et 53 de la loi du 30 mars 1902);

6° Des sucres (loi du 28 janvier 1903, art. 7; loi du 31 mars 1903, art. 32);

Aura dans les cinq ans qui suivront la date à laquelle cette condamnation sera devenue définitive, commis un nouveau délit tombant sous l'application de la présente loi ou des lois susvisées.

Au cas de récidive, les peines d'emprisonnement et d'affichage devront être appliquées.

Art. 7. — Le tribunal pourra ordonner, dans tous les cas, que le jugement de condamnation sera publié intégralement ou par extraits dans les journaux qu'il désignera et affiché dans les lieux qu'il indiquera, notamment aux portes du domicile, des magasins, usines et ateliers du condamné, le tout aux frais du condamné, sans toutefois que les frais de cette publication puissent dépasser le maximum de l'amende encourue.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 36. Vingt centimes le numéro. 6 SEPTEMBRE 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

La mortalité des nourrissons dans les principaux pays.

La mortalité des nourrissons est à l'heure actuelle une des questions sociales qui passionnent un peu l'opinion publique, surtout dans quelques pays européens où cette léthalité est considérable. La France se trouve, sous ce rapport, dans une situation privilégiée, grâce à la clairvoyance et à la constance inlassable d'un médecin philanthrope, le docteur Théophile Roussel. Par la loi de 1874 (loi Roussel), notre pays est arrivé au premier rang en ce qui concerne la protection de l'enfance : c'est ce que prouvent depuis de longues années les statistiques sur cette question et ce que confirment les derniers relevés de la mortalité des nourrissons comparée à la mortalité générale dans les divers pays. Pour éviter tout soupçon de partialité, il nous a paru préférable de puiser ces documents dans une publication officielle de l'étranger, et nous avons choisi à cet effet le *Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich* de 1905, qui contient un tableau dont nous extrayons les chiffres que voici :

Sur 100 décès généraux, on compte en France 15 décès d'enfants âgés de moins d'un an, alors qu'on en constate 17.4 en Suède, 19.2 aux Etats-Unis d'Amérique, 22 en Suisse, 22.7 en Danemark, 22.8 en Finlande, 25.3 dans le grand-duché de Luxembourg, 25.8 en Italie, 26.1 à Cuba, 27.4 en Hollande, 31.8 en Autriche, 33.9 en Prusse, 34.5 dans l'empire allemand, 36.1 dans le Wurtemberg, 38 en Bavière, 42 en Saxe.

Vu l'intérêt international de la question, nous mettrons prochainement sous les yeux de nos lecteurs les parties principales du rapport présenté tout dernièrement au ministre de l'intérieur de France par l'inspection générale des services administratifs, qui est le document le plus complet qu'on ait dressé jusqu'à ce jour sur l'application de la loi relative à la protection de l'enfance. Les médecins et les autorités des autres pays y trouveront des renseignements dont ils pourront profiter pour préconiser ou mettre en vigueur des mesures visant la protection des nourrissons.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur Emil Küster est nommé privatdocent d'hygiène et de bactériologie.

Faculté de médecine de Groningue. — M. le docteur Visser est nommé privatdocent de chimie médicale.

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur Gabriel Anton, professeur à la Faculté de médecine de Gratz, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie, en remplacement de M. Wernicke, décédé.

Faculté de médecine d'Innsbruck. — M. le docteur Bernhard Mayrhofer est nommé professeur extraordinaire d'odontologie.

Faculté de médecine de Klausenbourg. — M. le docteur Ludwig Makara, privatdocent à la Faculté de médecine de Budapest, est nommé professeur ordinaire de chirurgie, en remplacement de M. Josef Brandt, démissionnaire.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Theodor Cohn est nommé privatdocent d'urologie.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Sudhoff est nommé professeur extraordinaire d'histoire de la médecine.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Gaetano Lodato, privatdocent à la Faculté de médecine de Palerme, est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Giovanni Cagnetto est nommé privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Parme. — M. le docteur Pietro Guizzetti, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Cagliari, est nommé professeur extraordinaire d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Antonio Pensa est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Rome. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Scipione De Rossi et Pietro Gallenga (*pathologie interne*) ; Giuseppe Betagh (*pathologie externe*); Piero Chiarini (*ophtalmologie*) ; Giovanni Memmo (*hygiène expérimentale*).

Faculté de médecine de Santiago. — M. le docteur Eduardo del Río y Lara est nommé professeur d'histologie normale et d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Sienne. — M. le docteur Corrado Bernabei, professeur extraordinaire de pathologie interne, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur Gustav Schickele est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur Harms est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Giovanni Lasio est nommé privatdocent de pathologie externe.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur A. Fuchs est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Bernardino Silva, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Karl Schweigger, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur A. J. Kunkel, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Wurtzbourg. — M. le docteur O. von Büngner, ancien professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur K. H. Karg, ancien professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de Leipzig.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 37. Vingt centimes le numéro. 13 SEPTEMBRE 1905.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

En France, le médecin d'une Compagnie d'assurances contre les accidents du travail, qui s'est engagé à traiter à forfait les ouvriers des assurés de cette Société, ne peut rien réclamer au patron de l' « accidenté ».

L'espèce qui a été tranchée dernièrement (12 juillet 1905) par le tribunal de Bourgoin (Isère) paraît tout à fait nouvelle. On sait qu'en France le législateur a reconnu au médecin qui a soigné un « accidenté » une action directe contre le patron. L'ancien article 4 de la loi du 9 août 1898 était très explicite au sujet de ce droit, qui a été expressément consacré par la loi du 31 mars 1905 modifiant sur certains points la loi sus-énoncée. Mais, d'après le jugement que nous reproduisons ci-dessous, il n'en est plus ainsi quand le médecin, renonçant aux avantages de l'article 4, s'est engagé par avance à reconnaître comme sa débitrice une Compagnie d'assurances qui garantit le patron assuré contre les risques encourus du fait de la loi de 1898.

« Attendu que les demandeurs réclament à X... le paiement d'une somme de 1,500 fr. pour soins médicaux, opérations de chirurgie et visites faites au jeune X..., à la suite d'un accident du travail dont il a été victime le 18 janvier 1904; que le défendeur soutient n'avoir pris aucun engagement personnel envers les médecins traitants, et que ceux-ci ont agi uniquement pour le compte de la Compagnie d'assurances « la Providence » et en exécution du contrat qui les liait à cette Société;

» Attendu, d'une part, qu'il est constant et non dénié que les demandeurs se sont engagés envers « la Providence » à traiter les victimes d'accidents dont celle-ci serait responsable, dans des conditions nettement précisées et moyennant des prix fixés à forfait;

» Que, d'autre part, il est établi par les documents de la cause que le docteur Y... n'a été appelé qu'en qualité de médecin de la Compagnie d'assurances et dans les formes prévues par les accords; que le bulletin qui lui a été produit à cet effet était rédigé sur une formule conforme auxdits accords, et que X... l'a signé seulement en sa qualité de patron assuré; qu'ainsi, le docteur Y... est mal venu à prétendre avoir été mandé comme médecin de la famille, et qu'il s'est lui-même donné un démenti en adressant à la Compagnie d'assurances le certificat constatant les conséquences de l'accident, sur une formule *ad hoc*, et en établissant le certificat de guérison sur le bulletin d'avis remis au blessé;

» Que la situation du docteur Z..., également médecin de la Compagnie « la Providence », et appelé par son confrère X... pour l'assister, est identiquement la même, et que, lui aussi, n'a d'action que contre la Compagnie qui s'était substituée, vis-à-vis d'eux, à X..., pour le règlement des honoraires concernant les soins à donner à ses ouvriers et employés victimes d'accidents du travail;

» Attendu qu'il résulte de ce qui précède qu'il n'existe aucun lien de fait, ni de droit entre X... et les demandeurs, et que ceux-ci doivent s'adresser directement à la Compagnie « la Providence », pour obtenir paiement de leurs honoraires; qu'il convient, toutefois, de leur donner acte de l'offre faite par le défendeur de leur payer à chacun une somme de 10 fr., que son assureur reconnaît leur devoir;

» Par ces motifs, sans s'arrêter à aucunes fins ou combinaisons contraires, déclare les docteurs Y... et Z... non recevables et mal fondés en leur demande contre X..., les en déboute et les condamne aux dépens, sous le bénéfice de l'offre faite par ce dernier de leur payer une somme de 10 fr. à chacun. »

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Bernhard Heine, privatdocent d'otologie.

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Emil von Grósz, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire d'ophtalmologie, en remplacement de M. W. Schulek, décédé.

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Giangiacomo Perrando est nommé professeur extraordinaire de médecine légale.

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur Adolf Oberst est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Groningue. — M. le docteur A.-H. Philipse est nommé privatdocent de bactériologie.

Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur V. Tonkov, professeur à l'Institut de médecine pour les femmes de Saint-Pétersbourg, est nommé professeur ordinaire d'anatomie, en remplacement de M. A. Fortounatov, décédé.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Gino Galeotti est nommé professeur extraordinaire de pathologie générale.

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Ernesto Belmondo est nommé professeur extraordinaire de psychiatrie.

Faculté de médecine de Palerme. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les docteurs Riccardo Versari (*anatomie*); Giovanni Argento (*pathologie externe*); Giovanni Cosentino (*obstétrique*).

Faculté de médecine de Parme. — M. le docteur Luigi Sabbatani, professeur extraordinaire de matière médicale et de pharmacologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Pise. — M. le docteur Antonio Cesaris-Demel est nommé professeur extraordinaire d'anatomie pathologique.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur W. Matys est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Sassari. — M. le docteur Claudio Fermi est nommé professeur extraordinaire d'hygiène.

Faculté de médecine de Sienne. — M. le docteur Eugenio Centanni, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Cagliari, est nommé professeur extraordinaire de pathologie générale.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Friedrich Reuter est nommé privatdocent de médecine légale.

Université de Leeds. — M. le docteur Harry Littlewood, lecteur, est nommé professeur de chirurgie, en remplacement de M. E. Ward, démissionnaire.

NÉCROLOGIE

M. le professeur H. Laehr, rédacteur en chef de l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. — M. le docteur E. Kohlschütter, professeur extraordinaire de médecine interne à la Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur J. P. de Carvalho, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. — M. le docteur Thomas J. Maxwell, professeur de clinique chirurgicale à Keokuk Medical College. — M. le docteur L. J. Frazee, ancien professeur de thérapeutique et de matière médicale à l'Université de Louisville.

ACTES OFFICIELS

— MM. les docteurs Evesque (de La Motte-Chalançon) et Pédebidou (médecin de l'armée territoriale) sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— M. le docteur H. de Rothschild (de Paris) est nommé officier du Mérite agricole.

MM. les docteurs Coutrest, L.-E. Leroux, Pauly, Trémeau de Rochebrune (de Paris); Bertholon (de Tunis); Mainguy, P.-C. Petit (médecins militaires) sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

— La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées:

Médaille d'or. — M. le docteur Mével (de Douarnenez).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Cottard (de Crugny); Deck (de Ville-en-Tardenois); Zaleskis (d'Alais); L.-M. Rousseau (médecin de troupes coloniales).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Dubois (de Bray-et-Lû); Nel (de Granville); M. Badin (externe des hôpitaux de Paris).

— Des récompenses honorifiques ont été accordées aux médecins ci-après dénommés qui ont rendu des services à la mutualité :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Bondon, Maire-Améro (de Paris); Boursot (de Nuits-Saint-Georges); Sallefranque (de Saint-Maur-les-Fossés).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Isch-Wall, Lamouroux, H. Mallet (de Paris); Becquembois (d'Alençon); Marcailhou (de Blida).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Héry, Lièvre, Recht, Simionesco, Socquet (de Paris); Bellamy (de Saint-Brieuc); Delarue (d'Amiens); Dimey (de Montigny-sur-Aube), Grilhaut des Fontaines (de Bois-Colombes); Jehanno (de La Haie-Fouassière); Godin (médecin militaire).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Bourée (de Châtillon); Scheydt (de Cette); Richardot (de Blida).

— Le ministre de la marine a accordé un *témoignage officiel de satisfaction*, pour fait de sauvetage, à M. le docteur Michel (d'Agde).

— Par décret en date du 14 août 1905, la fixation des cadres et des traitements des médecins adjoints des asiles d'aliénés sera appliquée, comme il suit, à dater du 1er avril 1906 :

Au début (2e classe), 3,000 fr.; après deux ans au minimum (1re classe), 3,500 fr.; après quatre ans au minimum (classe exceptionnelle), 4,000 fr. — Ils bénéficieront, en même temps, des avantages en nature dans l'établissement.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'externat. — Le jury définitif est composé de MM. Bourgeois, Rist, Gandy, Griffon, Dujarier, Lapointe, Baudet et Macé.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris. — Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 38. Vingt centimes le numéro. 20 SEPTEMBRE 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Giuseppe Bellei est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Béla Fenyvessy est nommé privatdocent de pharmacologie expérimentale.

Faculté de médecine de Cagliari. — M. le docteur Roberto Desogus, privatdocent à la Faculté de médecine de Palerme, est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur Leonhard Hauck est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur Oswald Baumgarten est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Otto Voss est nommé privatdocent d'otologie et de rhinologie.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Domenico Crisafi, privatdocent à l'Ecole supérieure de médecine de Florence, est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine de Parme. — M. le docteur Ambrogio Ferrari est nommé professeur extraordinaire de pathologie externe.

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur G. Mirto, privatdocent à la Faculté de médecine de Palerme, est nommé privatdocent d'électrothérapie des maladies nerveuses.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur K. Hirsch est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Sienne. — M. le docteur Salvatore Calderaro est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Raffaele Giani est nommé privatdocent de pathologie externe.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Severo Bianchini, privatdocent à la Faculté de médecine de Bologne, est nommé privatdocent de pathologie interne.

University of Maryland de Baltimore. — M. le docteur Hubert Richardson est nommé lecteur de neurologie et de psychiatrie.

Ohio Medical College de Cincinnati. — M. le docteur Samuel Iglauer est nommé professeur adjoint de laryngologie.

Keokuk Medical College. — M. le docteur Frank P. Norbury est nommé professeur de neurologie et de psychiatrie.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 39. Vingt centimes le numéro. 27 SEPTEMBRE 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

A propos de la mortalité comparée des nourrissons dans les principaux pays d'Europe.

Si les statistiques officielles de l'empire allemand ont le mérite de constater des faits vrais, il ne s'ensuit pas que tous les Allemands reconnaissent la vérité lorsqu'on la leur présente sous la forme irréfutable des données de la statistique. Le petit article que nous avons publié à cette place même dans notre numéro du 6 septembre dernier n'a pas été sans déplaire quelque peu à un de nos confrères de Berlin, l'*Allgemeine medizinische Central-Zeitung*, qui, regrettant *in petto* que « l'Allemagne au-dessus de tout dans le monde » n'occupe pas le rang privilégié dont jouit la France en ce qui concerne la mortalité des nourrissons âgés de moins d'un an, comparée avec les décès généraux dans les principaux pays d'Europe, déclare — après avoir reproduit notre statistique dans l'ordre où nous l'avons donnée, mais sans nous citer — ce qui suit : « Cette statistique représente l'expression numérique du fait que la mortalité des nourrissons est en raison directe de la fécondité d'un peuple, puisque la France où règne depuis longtemps le système des deux enfants occupe le premier rang; mais c'est là un résultat purement apparent d'institutions rationnelles pour la protection des nourrissons. »

Il n'entre pas dans nos habitudes de relever les erreurs, volontaires ou non, qui se trouvent dans les journaux, mais comme cette théorie pourrait paraître plausible à quelques-uns, nous ne voulons pas la laisser s'accréditer indûment.

Si notre confrère de Berlin avait connu la situation exacte de l'Allemagne au point de vue qui nous intéresse, il se serait bien gardé d'émettre comme loi que la mortalité des nourrissons est en raison directe de la fécondité d'un peuple, attendu qu'il suffit d'ouvrir le *Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich* de 1905 pour trouver une constatation officielle qui prouve le contraire. En 1903, le taux de la natalité en Prusse a été de 34.4 ‰, et le pourcentage de la mortalité des nourrissons au-dessous d'un an de 19.4, tandis que le Wurtemberg, qui a eu un taux de natalité inférieur, 33.7 ‰, a un pourcentage de mortalité, pour la même catégorie de nourrissons, de 22.2; l'écart est encore plus grand pour la Saxe, dont le taux de natalité, 33.8 ‰, ne va pas de pair avec le pourcentage de la mortalité des enfants âgés de moins d'un an, lequel est de 24.7. Voilà donc deux Etats qui, avec un taux de natalité inférieur à celui de la Prusse, perdent cependant plus d'enfants au-dessous d'un an que l'Etat prussien. De même pour l'ensemble de l'empire allemand, où il meurt plus de nourrissons qu'en Prusse — 20.4 % au lieu de 19.4 —, bien que le taux de natalité, 33.9 ‰, soit moindre que celui de la monarchie prussienne.

Mais cet état de choses n'est pas particulier à l'Allemagne; nous citerons, entre autres, l'Italie, un grand pays aussi, qui avec un taux de natalité de 33.3 ‰ — sensiblement égal à celui du Wurtemberg (33.7) et à celui de la Saxe (33.8) — ne perd que 17.2 enfants au-dessous d'un an sur 100, tandis que le Wurtemberg en perd 22.2 % et la Saxe 24.7 %.

Il n'est donc pas exact de dire que la mortalité des nourrissons dans un pays donné est parallèle à la fécondité des habitants de ce pays.

Un autre reproche, également non fondé, a été formulé. Celui-là nous vient de Hollande, et le *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* l'a exprimé comme il suit : « Il faut, en effet, reconnaître qu'en France les conditions se sont grandement améliorées et on ne saurait trop apprécier le dévouement dont ont fait preuve un certain nombre de médecins; mais la *Semaine Médicale* se trompe, quand, se basant sur *ces* chiffres, elle accorde à la France le prix d'honneur. Là où il naît *peu* d'enfants et où le taux de la mortalité générale est *plus élevé* que dans beaucoup d'autres pays, il va de soi que la mortalité infantile comparée à la mortalité générale soit peu élevée. Ce qu'il importe de savoir, c'est combien d'enfants sur 100 *naissances* atteignent leur première année ».

En d'autres termes, les données de notre statistique étant à l'avantage de la France, notre confrère hollandais nous demande de les changer et, au lieu de comparer le taux de mortalité des nourrissons avec celui de la mortalité générale, de faire connaître combien d'enfants sur 100 atteignent leur première année. Nous sommes tout prêts à déférer à ce désir, mais comme on va le voir cela ne changera rien à la place que la France occupe sous ce rapport parmi les divers pays de l'Europe continentale.

Nous en référant toujours, pour montrer notre complète impartialité, au *Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich* de 1905, nous constatons que pour 100 naissances il meurt en France 13.5 enfants qui n'ont pas accompli leur première année, alors qu'on constate dans les mêmes conditions d'âge 13.2 décès en Suisse, 13.5 en Hollande, 14.4 en Belgique, 15.2 dans le grand-duché de Luxembourg, 17.2 en Italie, 19.4 en Prusse, 20.4 dans l'empire allemand, 20.9 en Autriche, 22.2 en Wurtemberg, 24.7 en Saxe, 25 en Bavière. Par conséquent, la réponse au problème posé par le journal hollandais est celle-ci :

Sur 100 naissances, le nombre d'enfants atteignant leur première année est en Suisse de 86.8, en France et en Hollande de 86.5, en Belgique de 85.6, dans le grand-duché de Luxembourg de 84.8, en Italie de 82.8, en Prusse de 80.6, dans l'empire allemand de 79.6, en Autriche de 79.1, en Wurtemberg de 77.8, en Saxe de 75.3, en Bavière de 75.

La France arrive donc ici en tête avec la Suisse et la Hollande ; mais dans tous les pays la mortalité générale des nourrissons est aggravée par le contingent des illégitimes, et cette aggravation pèse d'autant plus que le nombre des illégitimes est plus considérable. Or, le nombre des naissances illégitimes est proportionnellement beaucoup plus grand en France que dans les deux autres pays qui ont le même pourcentage d'enfants vivants à la fin de leur première année. Dans notre pays, en 1902, on a compté 74,071 enfants illégitimes sur lesquels il en est mort 17,628, soit une mortalité de 23.8 %, tandis que le pourcentage de la mortalité des enfants légitimes (96,697 décès sur 771,307 naissances) n'est que de 12.5. Si la France était un petit pays, si, d'autre part, elle ne comprenait pas un nombre important de grandes villes et si Paris, en particulier, ne fournissait pas à la population étrangère une facilité de moyens de tous genres en ce qui concerne les naissances illégitimes, le taux de la mortalité des enfants illégitimes ne pèserait pas si lourdement sur la mortalité générale des nourrissons en l'aggravant de 1 % pour l'ensemble.

Pour être agréable au *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* nous comparerons sous ce rapport la France avec la Hollande qui, toutes deux, ont le même nombre d'enfants vivants à la fin de leur première année. Tandis qu'en France le rapport des décès d'enfants illégitimes ayant moins d'un an à la totalité des décès d'enfants du même âge est de 15.4 %, ce même rapport pour les Pays-Bas n'est que de 3.9 % : c'est que sur 22,985 décès d'enfants au-dessous d'un an en Hollande on n'a compté que 900 illégitimes, alors que sur 114,325 décès de la même catégorie en France, on a relevé 17,628 décès d'enfants illégitimes. C'est donc la mortalité plus élevée des enfants illégitimes, lesquels sont proportionnellement plus nombreux en France qu'en Hollande, qui, dans notre pays, porte le pourcentage de la mortalité des nourrissons de 12.5 à 13.5 pour 100 enfants âgés de moins d'un an.

NOTRE PROGRAMME

Faire dans la presse médicale ce qui avait été déjà accompli dans la presse politique, c'est-à-dire publier un journal à grand tirage et à bon marché, tout en présentant une valeur scientifique réelle et incontestable, tel a été le but que nous nous sommes proposé lorsque nous avons fondé la **Semaine Médicale** en 1881.

Depuis VINGT-SIX ANS, nous avons toujours été fidèle à notre programme qui se résume en deux mots : *Faire bien.*

La situation exceptionnelle et unique que la **Semaine Médicale** a acquise en France et à l'étranger par l'importance de son tirage est due à l'idée qui préside à la direction de ce journal et qui a pour principal objectif de donner l'événement de la semaine de la manière la plus complète et la plus immédiate.

D'ailleurs, il est suffisamment établi, sans qu'il soit besoin de le démontrer ici, que la **Semaine Médicale** est bien un véritable journal et non une revue comme les autres journaux de médecine, qui s'attachent peu à publier à la première heure les faits que recherchent particulièrement nos rédacteurs toujours en quête de la nouveauté médicale.

Outre les *Travaux originaux*, les *Leçons cliniques*, les *Revues générales* et *critiques*, les *Répertoires cliniques*, les articles consacrés aux *Actualités médico-chirurgicales*, à l'*Hygiène publique*, aux *Intérêts professionnels*, etc., chaque numéro contient :

Le compte rendu des *Sociétés savantes* de Paris ayant siégé pendant la semaine : Académie de médecine, Académie des sciences, Sociétés de chirurgie, médicale des hôpitaux, biologie, etc.

Le compte rendu, sous la rubrique *Etranger*, des travaux de la Société de médecine berlinoise et de la Société de médecine interne de Berlin, de la Société império-royale des médecins et du Collège médical de Vienne, de l'Académie de médecine de Belgique, etc. Ces comptes rendus nous sont fournis en français par nos correspondants spéciaux et la publication en est faite dans les mêmes conditions de fidélité et de célérité que nous observons à l'égard des Sociétés savantes de Paris;

Un *Bulletin bibliographique international* indiquant tous les ouvrages et mémoires ayant la médecine pour objet, dont l'apparition est parvenue à notre connaissance dans l'intervalle de chacun des numéros du journal. Nous citons exactement le titre même de l'ouvrage, et, en outre, pour ceux de langue étrangère, nous donnons la traduction du titre ou une indication suffisante. Le nombre des indications bibliographiques dépasse 15,000 par an. En présence de cette richesse de matériaux, nous faisons paraître, depuis 1905, à la fin de chaque trimestre, une *Table alphabétique des matières du Bulletin bibliographique international*, fournissant de suite les éléments d'information sur toute question. C'est là une œuvre nouvelle, sans similaire dans le monde entier — elle comprend à la fois les sujets des publications périodiques et ceux des livres et brochures —, qui met à la portée de tous le fruit de l'observation et de l'expérience des travailleurs de tous les pays;

D'autre part, comme il est à peu près impossible, vu le manque de temps, la somme à dépenser et la diversité de langues, de lire toutes les publications et tous les ouvrages de médecine qui paraissent et dont il peut être utile de connaître le contenu, la **Semaine Médicale** publie, sous la rubrique *Littérature médicale*, une analyse détaillée des principaux ouvrages et mémoires médicaux parus dans les deux mondes. Nos collaborateurs ont pour mission de présenter, d'une manière impartiale et sans tenir compte de la personnalité de l'auteur, les divers points nouveaux des articles et des livres susceptibles d'être analysés ;

Plusieurs articles de *Médecine* ou *Chirurgie pratique* sur un sujet nouveau ou un point important de la pratique et une série de *Notes thérapeutiques* relatives à des médications et à des procédés de traitement nouvellement préconisés.

Tous les deux mois, il paraît une *Revue de thérapeutique médicale* ou *chirurgicale*, écrite par des professeurs des Facultés de médecine.

La **Semaine Médicale** est le journal qui publie le premier le compte rendu des *Congrès français et étrangers* intéressant le Corps médical. De plus, des correspondants sont établis dans les principaux pays et, au besoin, des rédacteurs sont envoyés là où l'intérêt médical est en jeu.

Par l'intermédiaire de ses correspondants français et étrangers, la **Semaine Médicale** relate dans chaque numéro, sous la rubrique *Nouvelles, Varia, Nécrologie, Facultés et Ecoles de médecine*, tout ce qui peut intéresser le Corps médical des divers pays.

Pour parfaire la confection matérielle de notre périodique, nous avons créé en 1891 une imprimerie spéciale pour la **Semaine Médicale**, et nous employons exclusivement du papier fabriqué avec des chiffons de bonne qualité, lequel est de conservation indéfinie; le journal est mis sous presse dans la nuit du mardi et imprimé sur machine spéciale à tirage rapide; tous les exemplaires, pliés mécaniquement, sont mis sous chemise pour éviter tout maculage dans le cours du trajet postal et sont expédiés par les premiers courriers postaux du mercredi matin.

La précision et la rapidité d'information permettent à tous les médecins d'être au courant des faits médicaux, comme s'ils se trouvaient présents au moment même de leur production.

En résumé, la **Semaine Médicale** est, de tous les journaux de médecine, le plus important, le plus complet, le plus instructif, le plus pratique, le mieux informé.

TOLU LE BEUF
ÉMULSION CONCENTRÉE

Ce produit a sur les autres préparations de **Baume de Tolu** *l'avantage de contenir, sous une forme aisément absorbable,* **l'ensemble des principes actifs** *de ce médicament.* (Com. Thér. du Codex, du Professeur **GUBLER**, 2e édit., p. 314.) *Son efficacité est, pour ce motif, beaucoup plus grande.*

Doses : Une ou deux cuillerées à café, deux ou trois fois par jour, dans de l'eau ou du lait chaud **sucrés**, un lait de poule ou une tisane appropriée. — Le flacon : **2 fr. 50.**

SE MÉFIER DES IMITATIONS

Traitement physiologique de la **CONSTIPATION**

EUSÉCRETINE

MODE D'EMPLOI : Prendre 2 capsules à la fin du repas et le reste par 2 capsules de demi-heure en demi-heure.

DOSES suivant l'intensité de la constipation. — **Opiniâtre** : 6 à 8 capsules à chacun des deux principaux repas. — **Ordinaire** : 4 à 6. — Les selles une fois régularisées 2 à 3 suffisent.

Envoi d'Échantillons aux Médecins. - **H. CARRION & Cie, 54, Faubourg St-Honoré, PARIS.**

---

l'AMÉNORRHÉE, la DYSMÉNORRHÉE, la MÉNORRHAGIE
cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 capsules par jour

L'APIOL des DOCTrs JORET & HOMOLLE

RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION

PHARMACIE *G. SÉGUIN*, 165, Rue St-Honoré, PARIS (*Place du Théâtre Français*).

DOCTEURS, INTERNES, ÉTUDts

St LÉGER

GRATIS UNE CAISSE FRANCO

CÉRÉBRINE

(Coca-Théine analgésique Pausodun)

Médicament spécifique de la

MIGRAINE sous toutes ses formes **NÉVRALGIES**

E. FOURNIER, 21, Rue de St-Pétersbourg, Paris.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Préparé à l'aide de **macérés de viande crue**. Goût agréable dû aux écorces d'oranges amères.

Grande ressource pour malades affaiblis et sans appétit.

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — Paris, 20, Place des Vosges et Pharmacies.

BRAND ET CIE

ESSENCE DE BŒUF

DE MOUTON, VEAU ET POULET

Représentant Dépositaire Général pour la France

MAURICE COUSIN

86, Rue Manin, Paris.

VAUXHALL, LONDRES, ANGLETERRE

MALADIES DU CŒUR

TRAITEMENT CURATIF PAR LES **DRAGÉES TONI-CARDIAQUES LE BRUN**

Caféine, Iodoforme et Strophantus

PHTISIE Bronchites chroniques, Catarrhes pulmonaires, etc.

TRAITEMENT RATIONNEL PAR **L'EUCALYPTINE LE BRUN** au Gaïacol iodoformé

Injections sous-cutanées et Capsules.

Dépôt Général : Pharmacie Centrale du Faubourg Montmartre, PARIS et toutes Pharmacies.

EUKINASE

EUPEPTIQUE INTESTINAL

H. CARRION & Cie

54, Faubt Saint-Honoré, Paris

TÉLÉPHONE 436.64

PANCRÉATO-KINASE

DIGESTIF PUISSANT

Dans les **CONGESTIONS** et les **Troubles fonctionnels** du **FOIE**, la **DYSPEPSIE ATONIQUE**, les **FIÈVRES INTERMITTENTES** les **Cachexies** d'origine **paludéenne** et consécutives au long séjour dans les pays chauds

On prescrit dans les hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour de

BOLDO-VERNE

ou 4 cuillerées à café d'ÉLIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : VERNE, Professeur à l'École de Médecine

GRENOBLE (FRANCE)

Et dans les principales Pharmacies de France et de l'Étranger

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

VIN GIRARD

DIPLOME d'HONNEUR
MEMBRE du JURY



Médailles d'Or, d'Argent et de Bronze

DE LA CROIX DE GENÈVE

Iodo-Tannique Phosphaté

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

APÉRITIF, TONIQUE, RECONSTITUANT

Un Verre à Madère de **VIN GIRARD** contient :

Iode bi-sublimé	0 gr. 075 milligr.
Tannin pur	0 gr. 50 centigr.
Lacto-Phosphate de Chaux	0 gr. 75 centigr.

22, Rue de Condé, PARIS

ANÉMIE — FAIBLESSE GÉNÉRALE — MALADIES de POITRINE — SCROFULE, RACHITISME, RHUMATISME, ALBUMINURIE — AFFECTIONS CARDIAQUES.

NÉVROSES — NÉVRALGIES REBELLES
ANÉMIE CÉRÉBRALE — ATAXIE
ALBUMINURIE — PHOSPHATURIE
DÉPRESSIONS NERVEUSES
Vertiges — Hypocondrie
SURMENAGE
EXCÈS

BIOPHORINE

KOLA GLYCÉRO-PHOSPHATÉE

La **BIOPHORINE**, granulé à base de **Kola**, **Glycérophosphate de Chaux**, **Quinquina** et **Cacao vanillé**, est le prototype de la médication Dynamogène antineurasthénique et antidéperditrice. La **BIOPHORINE** très agréable au goût est prise avec plaisir par les malades les plus difficiles.

DOSAGE par K°

Extrait de noix fraîches de Kola	40 gr.
Glycérophosphate de Chaux pur	50 gr.
Extrait de Quinquina	10 gr.
Cacao caraque vanillé	40 gr.
Sucre	Q. S.

A. GIRARD, 22, Rue Condé, Paris, ET TOUTES PHARMACIES.

Envoi franco d'Échantillons aux Docteurs.

Liqueur Laprade à l'Albuminate de Fer

UNE CUILLERÉE à chaque repas **CHLORO-ANÉMIE**

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

CORRESPONDANCE

Dans son intéressant article sur le paludisme à forme de péritonite aiguë, paru dans le numéro de la *Semaine Médicale* du 13 septembre 1905, M. le docteur V. Gillot déclare qu' « elles [les formes péritonéales du paludisme] ont été signalées en Grèce depuis longtemps par Manginas, Gravaris, Pampoukis (1888) ». Or, je tiens à rappeler que, dès 1887, j'ai communiqué au Congrès des médecins grecs la première observation de fièvre palustre à forme de péritonite aiguë; cette observation se trouve mentionnée dans la *Semaine Médicale* (1887, p. 162) et a paru avec plus de détails dans le compte rendu officiel dudit Congrès (p. 297).

Dr CH. DASCALAKIS,
Chirurgien de l'hôpital grec de Smyrne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Francesco Francaviglia est nommé professeur extraordinaire d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Anton Bleichsteiner, privatdocent d'odontologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Groningue. — M. le docteur W. Noordenbos est nommé privatdocent d'anatomie chirurgicale.

Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur V. P. Néboliouboy, privatdocent, est nommé professeur extraordinaire de médecine légale.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Giuseppe Betagh, privatdocent à la Faculté de médecine de Rome, est nommé privatdocent de pathologie externe.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Mariano Patrizi est nommé professeur extraordinaire de physiologie.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur Richard Kahn est nommé privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Amico Bignami est nommé professeur extraordinaire de pathologie générale.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Mario Donati est nommé privatdocent de pathologie externe.

Anderson's College Medical School de Glasgow. — M. le docteur R. Barclay Ness, professeur de matière médicale, est nommé professeur de médecine, en remplacement de M. R. S. Thomson, décédé.

University of Maryland de Baltimore. — Sont nommés professeurs : MM. les professeurs adjoints James M. Craighill, Joseph E. Gichner et A. D. Atkinson (*médecine*); S. B. Bond (*urologie*).

Miami Medical College de Cincinnati. — M. le docteur E. H. Shields est nommé professeur de dermatologie et de syphiligraphie.

Université de Louisville. — M. le docteur Oscar E. Bloch est nommé lecteur de chirurgie.

University of California de San Francisco. — Sont nommés professeurs adjoints : MM. les docteurs John C. Spencer (*maladies de l'appareil génito-urinaire*); Alfred B. Spalding (*obstétrique*).

NÉCROLOGIE

M. le docteur Chevalier, chirurgien des hôpitaux de Paris. — M. le docteur Edouard Korczynski, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Hermann Schaper, ancien directeur de l'hôpital de la Charité à Berlin. — M. le docteur Alfred Schaper, professeur extraordinaire d'anatomie et d'embryologie à la Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Thomas Menees, ancien professeur d'obstétrique à Vanderbilt University de Nashville.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1904* inclusivement (22 années) absolument complètes, soit les 24 années parues de la *Semaine Médicale*, *franco* à domicile, au prix de 218 francs pour la France, 260 francs pour l'étranger.

HOPITAUX DE PARIS

HOSPICES DE BICÊTRE ET DE LA SALPÊTRIÈRE

Un concours pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière s'ouvrira le 1er décembre prochain. — Se faire inscrire du 23 octobre au 11 novembre inclusivement.

CONCOURS DE L'INTERNAT

L'ouverture du concours de l'internat pour 1906 aura lieu le 18 décembre prochain. — Se faire inscrire tous les jours, de 11 heures à 3 heures, du 2 au 30 novembre inclusivement.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale,* 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 41. Vingt centimes le numéro. 11 OCTOBRE 1905.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le tarif officiel français des honoraires médicaux pour soins donnés aux victimes d'accidents du travail.

On sait qu'un certain nombre de pays ont une législation spéciale sur les accidents du travail et que, dans la plupart de ceux où il n'a point encore été légiféré à cet égard, la question est à l'ordre du jour. Or, l'application des lois sur les accidents du travail n'est pas sans soulever, dans les différents pays, des difficultés d'ordre médical dont la solution intéresse tous les praticiens, surtout là où, comme en France, le sinistré a le droit absolu de se faire soigner par le médecin de son choix. Mais si la victime peut toujours choisir elle-même son médecin, il est juste néanmoins que le chef d'entreprise ne puisse être tenu des honoraires médicaux que jusqu'à concurrence d'une certaine somme. Depuis la mise en vigueur, en France, de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, les soins médicaux donnés aux sinistrés sont fixés conformément au tarif départemental de l'assistance médicale gratuite ; or, un mois avant l'application de ladite loi, nous avions signalé au ministre du commerce et fait remarquer, dans ce journal, combien cette disposition était défavorable aux intérêts du Corps médical, attendu qu'un accidenté du travail, ayant un répondant solvable, ne saurait être considéré comme un indigent. On n'a pas tardé à reconnaître le bien fondé de cette observation, et quand est venue devant le Parlement la question des améliorations à apporter à la loi de 1898, le paragraphe 2 de l'article 4 a reçu des modifications qui le rendent très acceptable. En effet, aux termes de la loi du 31 mars 1905, ce n'est plus d'après « le tarif départemental de l'assistance médicale gratuite » que sont fixés les honoraires médicaux pour soins donnés à un sinistré, mais « conformément à un tarif qui sera établi par arrêté du ministre du commerce, après avis d'une commission spéciale comprenant des représentants de syndicats de médecins et de pharmaciens, de syndicats professionnels ouvriers et patronaux, de sociétés d'assurances contre les accidents du travail et de syndicats de garantie ».

Ce tarif est aujourd'hui élaboré et, par un récent arrêté ministériel, il deviendra applicable le 1er novembre 1905. Bien qu'il n'intéresse directement que le Corps médical français, il est bon qu'il soit connu des médecins étrangers, car il apporte, dans la solution de la question des honoraires médicaux pour soins donnés aux victimes d'accidents du travail, des éléments précieux d'information sur tous les points de la pratique journalière. C'est pourquoi nous publions ci-dessous ce document officiel.

Article premier. — Le prix de la visite faite au domicile du blessé qui ne peut se présenter à la consultation, sans inconvénient pour sa santé, est fixé à 2 fr.

Il est élevé à 2 fr. 50 : 1° à Paris ; 2° dans les localités où il serait reconnu, après enquête, qu'antérieurement à 1901 le prix courant de la visite pour les ouvriers traités dans lesdites localités était égal ou supérieur à 2 fr. 50. La désignation de ces localités sera faite par arrêté ministériel, après avis de la commission spéciale prévue à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, sur la demande qui en serait adressée au ministre du commerce, au plus tard dans les trois mois de la publication du présent arrêté, par les syndicats médicaux ou par les associations locales de l'association générale

des médecins de France, par les groupements professionnels ouvriers ou par les groupements professionnels patronaux intéressés.

Il est réduit à 1 fr. 50 : 1° dans les localités comptant moins de 5,000 habitants; 2° dans les localités, quelle que soit leur population, où il serait reconnu, suivant les formes et conditions spécifiées à l'alinéa précédent, qu'antérieurement à 1901 le prix courant de la visite pour les ouvriers était inférieur ou égal à 1 fr. 50.

Art. 2. — Le prix de la consultation au cabinet du médecin est inférieur de 50 centimes au prix de la visite, tel qu'il est spécifié à l'article précédent.

Art. 3. — Le prix de la visite ou de la consultation comprend un pansement aseptique simple ou petit pansement.

Néanmoins, pour le pansement aseptique fait au cours de la première visite ou consultation, il est alloué un honoraire égal à celui de la visite ou de la consultation, tel que le déterminent les articles 1 et 2 ci-dessus.

Art. 4. — Le prix de la visite est double, lorsqu'elle doit avoir lieu à heure fixe dans le cas prévu par le cinquième alinéa de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898.

Art. 5. — Le prix de la visite est triple lorsque, dans les cas graves et pressants, elle doit avoir lieu entre neuf heures du soir et six heures du matin.

Art. 6. — Lorsque la visite doit être suivie d'une surveillance prolongée dans l'éventualité de complications menaçant la vie, chaque demi-heure de surveillance équivaut à une visite en plus dans la limite d'un maximum de cinq visites.

Art. 7. — Lorsque, dans des cas graves et pressants, un confrère doit être appelé en consultation, le prix de la consultation équivaut au prix de quatre visites, tant pour le médecin traitant que pour le médecin appelé en consultation.

Art. 8. — Donne lieu à une indemnité kilométrique toute visite au domicile du blessé qui ne peut se déplacer sans inconvénient pour sa santé et exigeant un déplacement du médecin dans une commune qu'il ne visite pas régulièrement ou dans laquelle il ne donne pas de consultations à jours fixes. Même dans ce cas, l'indemnité est due s'il y a lieu à un déplacement spécial d'urgence.

Cette indemnité est calculée par kilomètre parcouru, en allant et en revenant, entre la limite de la commune de la résidence du médecin et la mairie de la commune où est traité le blessé, à raison de : 1° 20 centimes, si le transport a été effectué en chemin de fer; 2° 40 centimes, si le transport a eu lieu autrement.

Elle ne peut toutefois excéder l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché.

Elle est réduite des trois quarts, lorsque le médecin utilise son passage dans la résidence du blessé sans se déplacer exclusivement pour lui.

Elle est majorée de moitié, lorsque la visite doit être faite d'urgence entre neuf heures du soir et six heures du matin.

Art. 9. — Le certificat médical initial constatant sommairement la nature de la blessure et le pronostic probable donne droit à une indemnité spéciale de 2 fr. En cas de blessures multiples, ou bien de contusions ou brûlures, portant sur le thorax, l'abdomen ou la tête, le certificat initial descriptif de l'état du blessé donne droit à une indemnité spéciale de 5 fr.

Le certificat final descriptif, constatant l'état du blessé après consolidation de la blessure, donne droit à une indemnité spéciale de 5 fr.

Le certificat par lequel le médecin indique, dans sa dernière consultation, la guérison du blessé ne donne pas lieu à indemnité spéciale.

Art. 10. — Les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit, en sus du prix de la consultation ou de la visite, aux allocations spécifiées ci-après :

A. — Allocation correspondant au prix d'une visite ou d'une consultation :

1. Pointes de feu.
2. Cautères.
3. Sangsues.
4. Ventouses.
5. Avulsion de dent sans anesthésie.
6. Cathétérisme évacuateur répété.
7. Séance de massage de la main ou du pied par le médecin traitant.

B. — Allocation correspondant au prix de deux visites ou consultations :

1. Ouverture d'abcès superficiel.
2. Suture simple.
3. Anesthésie locale.
4. Ablation d'esquilles ou pointes osseuses.
5. Ablation d'ongles semi-détachés.
6. Ablation de parties condamnées.
7. Pansement antiseptique complet, pansement hémostatique ou grands bandages compressifs.
8. Injections hypodermiques.
9. Cautérisations profondes.
10. Séance complète de massages autres que ceux de la main ou du pied par le médecin traitant.
11. Séance complète d'électrisation par le médecin traitant au moyen d'appareils portatifs.
12. Extraction facile de corps étrangers sous la peau.
13. Toucher vaginal et examen au spéculum.
14. Toucher rectal.
15. Répétition de la pose de petits appareils plâtrés ou silicatés au-dessous du genou et du coude.
16. Injection de sérum physiologique.

Note. — Lorsque le traitement d'une plaie exigera, au cours d'une même visite ou consultation, plusieurs des opérations suivantes : ablation d'esquilles, de pointes osseuses, d'ongles semi-détachés, de parties condamnées, ces opérations ne seront pas comptées distinctement et il ne sera alloué que l'honoraire afférent à l'une d'elles.

C. — Allocation correspondant au prix de trois visites ou consultations :

1. Pansement de brûlures, gangrènes, vastes traumatismes, de larges plaies post-opératoires, y compris les ablations nécessaires.
2. Pansement intra-utérin.
3. Hémostase par ligature au fond d'une plaie.
4. Saignée.
5. Opération de diagnostic nécessitant un outillage et une technique spéciaux : otoscopie, rhinoscopie, laryngoscopie, ophtalmoscopie.
6. Contention de fractures simples des côtes, de l'omoplate, du sternum, des os du crâne, etc., quand elle n'exige pas d'intervention spéciale et en dehors de toute complication.

D. — Allocation correspondant au prix de cinq visites ou consultations :

1. Réunion par sutures multiples.
2. Traitement de l'asphyxie.
3. Evacuation de foyers sanguins ou purulents par larges débridements et drainages.
4. Pansement de brûlures graves ou étendues.
5. Extraction facile de corps étrangers des cavités naturelles.
6. Taxis sans anesthésie par les méthodes de douceur.
7. Injections sous-cutanées de sérums antimicrobiens et antitoxiques y compris le traitement des accidents locaux consécutifs.
8. Lavage de la plèvre, lavage de la vessie avec cathétérisme.
9. Réduction facile de luxations cédant aux méthodes de douceur.
10. Réduction et contention des fractures simples des doigts, des orteils, des métacarpiens et métatarsiens.
11. Répétition de pose d'appareils plâtrés ou silicatés pour les parties du corps autres que celles visées au n° 15 du groupe B.
12. Greffes épidermiques.

E. — Allocation correspondant au prix de dix visites ou consultations :

1. Anesthésie générale.
2. Ponctions dans les diverses cavités suivies ou non d'injection.
3. Réduction des luxations, ne cédant pas aux méthodes de douceur, du poignet, du maxillaire inférieur, de la rotule sans délabrement.
4. Réduction des fractures simples du corps de l'humérus, du cubitus, du radius, de la clavicule.
5. Réduction des fractures simples du maxillaire inférieur.
6. Amputation d'un doigt ou d'un orteil.
7. Extirpation d'hématomes, de corps étrangers enkystés ou de petites bourses séreuses enflammées.

Art. 11. — Les opérations de grande chirurgie donnent droit, en sus du prix de la consultation ou de la visite, aux allocations spécifiées ci-après :

F. — Allocation de 20 fr., 25 fr. ou 35 fr., suivant que le prix de la visite pour la localité est respectivement de 1 fr. 50, 2 fr. ou 2 fr. 50 :

1. Hématocèle vaginale.
2. Réduction des fractures du péroné.
3. Ligature de la radiale, cubitale, humérale, faciale ou temporale.

G. — Allocation de 25 fr., 30 fr. ou 40 fr., suivant que le prix de la visite pour la localité est respectivement de 1 fr. 50, 2 fr. ou 2 fr. 50 :

1. Curettage utérin.
2. Ténotomie, comprenant la suture des tendons superficiels du poignet, de la main, du pied ou du cou-de-pied.
3. Périnéorrhaphie n'intéressant pas le sphincter de l'anus.
4. Trépanation simple du crâne.
5. Réduction des fractures intra ou juxta-articulaires du poignet ou des os de la face.

H. — Allocation de 30 fr., 40 fr. ou 55 fr., suivant que le prix de la visite pour la localité est respectivement de 1 fr. 50, 2 fr. ou 2 fr. 50 :

1. Uréthrotomie externe ou interne.
2. Accouchements d'origine traumatique sans complication.
3. Arthrotomie du carpe, du métacarpe, du poignet, du pied, du cou-de-pied, du coude, du genou.
4. Ligature des tibiales et péronières, de la poplitée, fémorale, linguale, des carotides, des artères palmaires et plantaires.
5. Empyème simple.

I. — Allocation de 40 fr., 55 fr. ou 75 fr., suivant que le prix de la visite pour la localité est respectivement de 1 fr. 50, 2 fr. ou 2 fr. 50 :

1. — Réduction des fractures du corps du fémur et du tibia, du genou, du cou-de-pied, de la rotule, de la colonne vertébrale, du bassin.
2. Amputation du bras.
3. Ligature de l'axillaire, de la sous-clavière.

J. — Allocation de 60 fr., 75 fr. ou 100 fr., suivant que le prix de la visite pour la localité est respectivement de 1 fr. 50, 2 fr. ou 2 fr. 50 ;

1. Trachéotomie sans complication.
2. Kélotomie sans complication.
3. Opération sur le rein après blessure ou déchirure de l'organe.
4. Réduction des fractures des deux os de la jambe.
5. Arthrotomie de l'épaule, de la hanche.
6. Désarticulation du carpe, du métacarpe, du poignet, du pied, du cou-de-pied, du coude, du genou.
7. Amputation de l'avant-bras, de la jambe.
8. Laparotomie exploratrice.

K. — Allocation de 75 fr., 100 fr. ou 130 fr., suivant que le prix de la visite pour la localité est respectivement de 1 fr. 50, 2 fr. ou 2 fr. 50 ;

1. Désarticulation de l'épaule.
2. Ligature de l'iliaque externe.

L. — Allocation de 110 fr., 150 fr. ou 200 fr., suivant que le prix de la visite pour la localité est respectivement de 1 fr. 50, 2 fr. ou 2 fr. 50 :

1. Désarticulation de la hanche.
2. Amputation de la cuisse.

Art. 12. — Les opérations suivantes donnent lieu, suivant les cas, aux allocations dont le minimum et le maximum sont déterminés ci-après :

1. Curettage et grattage des os, de 25 à 40 fr.
2. Evidement et trépanation des os, de 40 à 75 fr.
3. Sections et sutures des nerfs ou des tendons autres que ceux prévus au n° 2 du groupe G, de 40 à 75 fr.
4. Hématocèle intra-utérine, de 40 à 75 fr.
5. Réduction des fractures des os du crâne, de 40 à 75 fr.
6. Réduction des luxations ayant nécessité l'emploi des appareils et des méthodes de force, — du pouce, de l'épaule, du cou-de-pied, du genou, de 40 à 125 fr.
7. Grands phlegmons et abcès profonds, de 55 à 75 fr.
8. Empyème avec résection costale, de 55 à 100 fr.
9. Autoplaties, de 55 à 100 fr.
10. Réduction des fractures intra ou juxta-articulaires de l'épaule, du coude, de la hanche, de 55 à 100 fr.
11. Opérations après rupture de l'urèthre, de 75 à 100 fr.
12. Résections articulaires du carpe, du métacarpe, du poignet, du pied, du cou-de-pied, du coude, du genou, de 75 à 100 fr.
13. Trachéotomie compliquée, de 75 à 125 fr.
14. Laparotomie suivie d'opérations sur les viscères abdominaux, de 75 à 150 fr.
15. Kélotomie avec complications (anus contre nature, résection de l'intestin, etc.), de 75 à 150 fr.
16. Périnéorrhaphie autres que celles visées au n° 3 du groupe G, de 75 à 150 fr.
17. Réduction des luxations — ayant nécessité l'emploi des appareils et des méthodes de force — du coude, de la hanche, de 75 à 150 fr.
18. Résections articulaires de l'épaule, de la hanche, de 75 à 150 fr.
19. Opération d'Estlander, de 100 à 150 fr.
20. Trépanation compliquée du crâne, volet crânien, de 100 à 150 fr.

Dans l'allocation afférente à toute réduction de luxation ou de fracture se trouve comprise la pose du premier bandage contentif ou du premier appareil plâtré ou silicaté, s'il y a lieu.

Art. 13. — Pour les interventions de grande chirurgie, la rémunération de tout aide (docteur en médecine ou officier de santé) est fixée au quart du prix de l'opération, sans que, quel que soit le nombre des aides, leur rémunération totale puisse dépasser la moitié de ce prix.

Art. 14. — Lorsque, sur l'avis écrit du médecin traitant, le blessé doit s'adresser à un médecin spécialiste, il y a lieu à attribution des honoraires ci-après :

A. — Médecins oculistes :

1. Examen du blessé, y compris un pansement simple, 3 fr.
2. Extraction d'un corps étranger superficiel, y compris un autre pansement, 5 fr.
3. Extraction d'un corps étranger de la cornée avec kératite, y compris quatre autres pansements, 15 fr.
4. Opération de moyenne importance sur la cornée, la sclérotique, l'iris (sutures cornéennes, autoplastie conjonctivale, ulcères infectieux, excision de prolapsus iridiens, opérations sur les voies lacrymales et les paupières, discision de cataractes secondaires, etc.), y compris quatre autres pansements, 35 fr.
5. Opérations sérieuses (cataractes traumatiques, extraction de corps étrangers du corps vitré, du cristallin, énucléation, éviscération, iridectomie, etc.), y compris quatre autres pansements, 75 fr.

(Au delà de cinq pansements, chacun est compté pour 3 fr., sans que le nombre des pansements supplémentaires puisse dépasser vingt.)

B. — Médecins oto-rhino-laryngologistes :

1. Examen du blessé, y compris un pansement simple, 5 fr.
2. Examen complet de l'audition, 10 fr.
3. Tamponnement antérieur des fosses nasales, 5 fr.
4. Tamponnement antéro-postérieur des fosses nasales, 20 fr.
5. Ablation simple, sans opération, d'un corps étranger de l'oreille, des fosses nasales, du pharynx, 10 fr.
6. Ablation par voie endolaryngée d'un corps étranger du larynx, 20 fr.
7. Ablation chirurgicale d'un corps étranger de l'oreille, du nez (par décollement de l'oreille externe, opération de Rouge ou analogue), 60 fr.
8. Ablation chirurgicale d'un corps étranger du larynx par laryngotomie ou trachéotomie, trépanation de l'apophyse mastoïde, 75 fr.

Art. 15. — Les allocations dues en vertu du présent arrêté font l'objet d'une note d'honoraires signée du médecin traitant et contenant :

1° Les nom et adresse du médecin traitant;
2° Les nom et adresse du blessé;
3° Les nom et adresse du chef d'entreprise;
4° La date de l'accident;
5° La commune où le blessé a été soigné;
6° S'il y a lieu, la distance kilométrique entre la mairie de la commune où le blessé a été soigné et la limite de la commune où réside le médecin;
7° L'indication, dans leur ordre chronologique et avec leurs dates, des certificats, consultations, visites, interventions, ainsi que des circonstances (visites de nuit à heure fixe, indemnités de déplacement, etc.) qui peuvent en modifier le prix;
8° La dénomination exacte des opérations d'après le tarif (avec explication du prix fixé, au cas où le tarif comporte un maximum et un minimum);
9° L'indication, s'il y a lieu, des fréquences de visites ou consultations et de tout ce qui dans le traitement a pu présenter un caractère anormal.
10° Le total des honoraires.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris. — Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

LA
SEMAINE MÉDICALE
Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Innsbruck. — M. le docteur Alfred Greil est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Leyde. — M. le docteur P. Van Calcar est nommé privatdocent d'hygiène et de bactériologie.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Lorenzo Borri est nommé professeur extraordinaire de médecine légale.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur Franz Samberger est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Salvatore Ottolenghi est nommé professeur extraordinaire de médecine légale.

Faculté de médecine de Sassari. — M. le docteur Gregorio Manca est nommé professeur extraordinaire de physiologie.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Mario Carrara est nommé professeur extraordinaire de médecine légale.

NÉCROLOGIE

M. le docteur A. Cochez, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine d'Alger. — M. le docteur Bayol, sénateur des Bouches-du-Rhône. — M. le docteur Emil Burckhardt, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Bâle. — M. le docteur Hermann Münster, professeur extraordinaire d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Karl Grunert, privatdocent d'otologie à la Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur S. Kostine, privatdocent de physiologie à la Faculté de médecine d'Odessa. — M. le docteur Gregorio N. Chaves, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Buénos-Ayres.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale,* 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 43. Vingt centimes le numéro. 25 OCTOBRE 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Dijon. — M. le docteur P.-A. Baron, suppléant, est nommé professeur de clinique obstétricale, en remplacement de M. Gautrelet.

Ecole de médecine de Limoges. — M. le docteur Devaux, suppléant, est nommé professeur d'histoire naturelle.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur Karl Peter (de Wurtzbourg) est nommé professeur extraordinaire d'anatomie.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Enrico Burci est nommé professeur extraordinaire de chirurgie.

VARIA

Congrès de la Société italienne de médecine interne en 1905.

Le quinzième Congrès de la Société italienne de médecine interne se tiendra à Gênes du 25 au 29 octobre prochain.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :
1° *Etiologie de la malaria;*
2° *Anémies d'origine parasitaire;*
3° *Interventions chirurgicales dans les affections gastro-intestinales.*

NÉCROLOGIE

M. le docteur E. Ménière, chirurgien en chef de l'Institution nationale des sourds-muets à Paris. — M. le docteur Jules Guyot, ancien médecin des hôpitaux de Paris. — M. le docteur Akos Puky, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Joseph Collier, lecteur de chirurgie à Owens College de Manchester. — M. le docteur Frank Buller, professeur d'ophtalmologie et d'otologie à McGill University de Montréal. — M. le docteur John A. Ouchterlony, professeur de clinique médicale à l'Université de Louisville.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 44. Vingt centimes le numéro. 1er NOVEMBRE 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)........ 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)........ 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Königsberg. — M. le docteur Erich Lexer, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Berlin, est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. C. Garrè.

VARIA

Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine en 1906.

Un Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine aura lieu à Paris du 30 avril au 3 mai 1906.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° Exercice illégal de la médecine par les rebouteurs, sorciers et empiriques de même nature;

2° Exercice illégal de la médecine par les charlatans, magnétiseurs et somnambules;

3° Faits d'exercice illégal de la médecine par des personnalités laïques ou religieuses, dans un but ou sous un prétexte de charité;

4° Exercice illégal de la médecine par des membres de Sociétés de secours aux malades et aux blessés;

5° Exercice illégal de la médecine par les gardes-malades, infirmiers et panseurs;

6° Exercice illégal de la massothérapie (ce qu'il est; ses dangers; remèdes possibles). — Les Écoles de massage (ce qu'elles sont; ce qu'elles devraient être);

7° Exercice illégal de la médecine par les manucures, pédicures, barbiers et coiffeurs;

8° Exercice illégal de la médecine par les pharmaciens (confusion du titre de docteur en pharmacie avec celui de docteur en médecine);

9° Exercice illégal de la médecine par les herboristes et bandagistes (traitement des hernies et varices);

10° De l'exercice illégal et principalement de l'exercice irrégulier de la médecine par les opticiens. — De l'exercice illégal de l'ophtalmologie;

11° Exercice illégal par les personnes qui font de l'électricité médicale;

12° Exercice illégal de la médecine pratiqué par les dentistes;

13° Exercice illégal de la médecine par les sages-femmes.

14° Exercice illégal de la médecine par des médecins étrangers (inconvénients d'accorder, sans raisons suffisantes, à des étrangers, des équivalences, transformant, dans certains cas, l'exercice illégal en exercice irrégulier);

15° Exercice illégal par les étudiants en médecine (remplacements sans avoir rempli les formalités légales; établissement avant d'avoir passé la thèse; internes des hôpitaux; certificats);

16° De l'usurpation par les officiers de santé du titre de docteur en médecine;

17° Docteurs sortant des attributions que la loi leur confère : en couvrant de leur diplôme des entreprises louches, instituts variés, académies fantaisistes, cabinets vénériens, etc.; et en prêtant leur concours à des charlatans de toute sorte, afin de les soustraire aux prescriptions de la loi;

18° Du rôle de la presse en matière d'exercice illégal de la médecine;

19° Des réclames médico-pharmaceutiques à allures scientifiques, faites à l'aide de tout procédé de publicité, par des personnes n'ayant pas de diplôme de médecin;

20° Exercice illégal et charlatanesque de la médecine par la réclame;

21° Comment avertir le public des dangers de l'exercice illégal de la médecine;

22° Les causes sociales de l'exercice illégal de la médecine;

23° Loi du 30 novembre 1892 (examen critique, ses lacunes, ses applications; insuffisance de la répression; modifications à apporter);

24° Action des syndicats;

25° Création d'un Office central pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, avec caisse alimentée par tous les groupements professionnels.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 45. Vingt centimes le numéro. 8 NOVEMBRE 1905.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La législation française défend-elle à un médecin de se faire assister par un empirique ?

Si la loi française du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine permet d'atteindre comme auteur du délit d'exercice illégal le médecin qui, sortant des attributions que ladite loi lui confère, prête son concours aux charlatans pour les soustraire aux prescriptions légales, il n'en est pas de même lorsque l'homme de l'art opère lui-même, l'empirique se confinant dans le rôle d'aide de l'opérateur. Dans ces conditions les éléments délictueux ne se retrouvent pas, ainsi que le démontre le jugement que nous reproduisons ci-dessous, et, pour si blâmable que soit la conduite d'un médecin qui accepte de subir la solidarité compromettante d'un empirique déjà condamné pour exercice illégal de la médecine, la loi ne peut l'atteindre. C'est malheureusement là encore pour les rebouteurs, masseurs et autres charlatans un moyen détourné d'éluder les prescriptions de la loi. Le Congrès pour l'exercice illégal de la médecine, qui doit se tenir l'année prochaine à Paris, fera bien d'étudier ce point d'une manière toute particulière : il ressortit aux questions 17 et 23 du programme, que nous avons publié aux Annexes de notre dernier numéro.

Nous ne sachions pas que les tribunaux se soient prononcés à cet égard avant le jugement rendu, le 4 mai 1905, par le tribunal correctionnel de Lyon; c'est pourquoi il nous paraît utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs le texte complet de cette décision :

« Attendu que X..., demeurant à Lyon, n'est muni d'aucun diplôme d'officier de santé ou de docteur en médecine, qu'il s'intitule « rhabilleur-masseur » et s'offre à sa clientèle, dans des brochures destinées à célébrer ses mérites, comme capable de « sûrement traiter toute fracture, tous kystes ou tumeurs, la carie osseuse, les luxations, l'arthrite, l'ankylose et les déviations »;

» Qu'il résulte de l'information et des débats la preuve : 1° que, dans le courant de janvier

1904, la femme F... étant tombée d'une chaise et s'étant tordu le poignet gauche, est allée chez X... qui lui a conseillé de se rendre à l'Hôtel-Dieu, et qui a pratiqué sur elle des massages lorsqu'elle eut quitté l'hôpital; 2° que, dans le courant de mai de la même année, F. F... s'étant cassé le poignet gauche, s'est également adressé à X..., qui fit venir chez lui le docteur Y...; que le docteur Y..., s'étant rendu à l'appel de X..., réduisit la fracture, appliqua des palettes qu'il enleva plus tard, toujours au domicile de X...; que, dans la suite, F... se fit pratiquer des massages par X...; 3° que, le 7 juillet 1904, la femme B..., s'étant fracturé le tibia et le péroné gauches, alla trouver X..., qui déclara ne pouvoir opérer lui-même et vint le lendemain au domicile de la blessée, accompagné du docteur Y...; que le docteur Y... fit la réduction de la fracture, appliqua sur le membre blessé un appareil, X... se bornant au rôle d'auxiliaire de l'opérateur; 4° que, le 16 janvier 1905, P..., s'étant tordu la jambe en descendant d'une échelle, se rendit chez X..., qui lui déclara que ce n'était qu'une déchirure interne, pratiqua un massage, prescrivit des frictions à l'eau blanche et du repos;

» Qu'à raison de ces faits, X... et le docteur Y... sont déférés au Tribunal, comme prévenus : 1° X..., d'avoir, à Lyon, depuis moins de trois ans, exercé illégalement la médecine; 2° le docteur Y..., d'être, dans les mêmes circonstances de temps et de lieu, bien que muni d'un titre régulier, sorti des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours à X..., à l'effet de le soustraire aux prescriptions de la loi du 30 novembre 1892;

» Attendu que l'intervention de X..., en ce qui concerne P..., constitue un fait caractérisé d'exercice de la médecine; qu'il ne s'est pas borné à diagnostiquer une déchirure interne; qu'encore, il a opéré un massage, prescrit des frictions à l'eau blanche et du repos, qu'il a, en un mot, traité une affection;

» Que si, en ce qui concerne la femme F..., le rôle de X... a été moins actif, si, dès le début, il a conseillé à sa cliente d'aller se faire soigner à l'hôpital, il n'en est pas moins constant, qu'après la sortie de l'Hôtel-Dieu de la femme F..., il a pratiqué sur cette dernière des massages de sa propre initiative sans exécuter en cela les prescriptions d'un homme de l'art;

» Que ces deux faits attestent que X..., réalisant le programme qu'il étalait dans ses brochures-réclame, a pris part habituellement et par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales et réunissent tous les éléments du délit d'exercice illégal de la médecine; qu'à la vérité X... n'a prescrit aucune médication à la femme F..., mais que l'article 16, paragraphe 1er, de la loi du 30 novembre 1892 (Voir *Semaine Médicale*, 1892, Annexes, p. CCXXIV), ne subordonne l'existence du délit qu'il spécifie, ni au mode de traitement employé, ni à l'administration d'aucun médicament; qu'il vise la pratique de tous procédés curatifs (Cassation, 29 décembre 1900, *in Semaine Médicale*, 1901, Annexes, p. VI); que, si une opération de massage faite indépendamment d'une lésion ou d'une fracture, ne saurait constituer un fait d'exercice de la médecine, il n'en est pas de même d'une opération de massage s'appliquant à une lésion, qui vient d'être traitée par un homme de l'art; que, dans ce cas, le massage est un procédé thérapeutique, qui n'est employé licitement qu'à la condition d'être dirigé ou au moins ordonné par l'homme de l'art (Grenoble, 22 janvier 1885);

» En ce qui concerne les faits F. F... et femme B..., imputés tant à X... qu'au docteur Y... :

» Attendu que l'article 16, paragraphe 3, de la loi du 30 novembre 1892, décide qu'il y a exercice illégal de la médecine de la part de toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes exerçant illégalement la médecine à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la loi; que la véritable portée de cette disposition est éclairée par les décisions rendues antérieurement à l'occasion des agissements de certains médecins qui couvraient de leur nom et de leur diplôme les pratiques des empiriques;

» Que, sous l'empire de la loi de ventôse an XI, une jurisprudence constante frappait, comme exerçant illégalement la médecine, celui qui, non muni de diplôme, traitait des malades, encore bien qu'il se fît assister d'un médecin, si celui-ci n'exerçait sur ses prescriptions aucun contrôle personnel (Lyon, 4 avril 1892, *in Semaine Médicale*, 1892, Annexes, p. CXXXV); qu'en ce qui concerne le médecin qui couvrait ainsi de son nom et de son diplôme l'exercice illégal de la médecine commis par un tiers non muni de diplôme, sans exercer sur les prescriptions de celui-ci un contrôle personnel, certains arrêts le considéraient comme co-auteur de la contravention commise (Cassation, 17 décembre 1859); que d'autres arrêts, ne voyant dans ce médecin qu'un simple complice, se déclaraient impuissants à le frapper, l'exercice illégal de la médecine ne constituant qu'une contravention punie des peines de simple police (Toulouse, 12 août 1859. — Lyon, 23 juin 1859);

» Que la loi du 30 novembre 1892, élargissant la doctrine antérieurement admise par la Cour de cassation, permet d'atteindre, comme auteurs du délit d'exercice illégal de la médecine, les médecins qui, sortant du cadre de leurs attributions, se feraient les auxiliaires d'empiriques et accepteraient de donner une sorte d'exequatur à leurs agissements;

» Attendu qu'en fait il est seulement résulté des débats que X... s'est borné à soumettre et à renvoyer F. F... et la femme B.., au docteur Y...; que c'est le docteur Y... qui a pris, dès qu'il est intervenu, la direction du traitement, examinant les blessés pour établir un diagnostic propre, entreprenant l'opération qu'il jugeait, lui seul, nécessaire, réduisant lui-même la fracture, appliquant lui-même l'appareil, X... se confinant dans le rôle d'aide de l'opérateur auquel il faisait passer les palettes ou le plâtre, et pratiquant plus tard sur F. F... des massages d'après les indications du médecin;

» Que tel étant le rôle de X..., ces deux faits ne sauraient être relevés contre lui comme constituant des actes d'exercice de la médecine; que, de même, le docteur Y... s'étant renfermé dans le cadre de ses attributions, il ne saurait lui être fait application de l'article 16, paragraphe 3, de la loi de 1892; qu'on peut seulement regretter que ce médecin ait accepté de subir la solidarité compromettante d'un empirique, déjà condamné pour exercice illégal de la médecine, qui, dans ses brochures, annonce qu'un docteur spécialiste est à la disposition de tous ses clients;

» Attendu que X... est en état de récidive pour avoir été condamné, dans les cinq ans qui précèdent le délit relevé contre lui, soit le 2 juillet 1901, par le tribunal correctionnel de ce siège, à 16 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine; qu'il existe, toutefois, des circonstances atténuantes en sa faveur;

» Sur l'intervention de la partie civile :

» Attendu qu'aux termes de l'article 17 de la loi du 30 novembre 1892, le syndicat de l'Association des médecins du Rhône est fondé à se porter partie civile contre X...; que c'est le cas de lui allouer la somme de 1 franc qu'il réclame à titre de dommages-intérêts;

» Par ces motifs, reçoit le syndicat de l'Association des médecins du Rhône comme partie civile intervenant dans les poursuites intentées contre X...;

» Renvoie le docteur Y... des fins de la poursuite sans dépens; déclare X... atteint et convaincu d'avoir, à Lyon, en 1904 et 1905, exercé illégalement la médecine en prenant part, alors qu'il n'est muni d'aucun diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales; délit prévu et réprimé par les articles 16, paragraphe 1er, 18, paragraphe 1er, 24 et 27 de la loi du 30 novembre 1892 et 463 du Code pénal;

» Et, en réparation, le condamne à 100 francs d'amende; le condamne, en outre, à payer au syndicat de l'Association des médecins du Rhône la somme de 1 franc, à titre de dommages-intérêts; condamne la partie civile, sauf recours, aux dépens, à l'exception de ceux exposés contre le docteur Y... »

VARIA

Proposition de loi sur la prostitution des mineurs en France.

Dans sa séance de vendredi dernier, le Sénat français a pris en considération, sans débat, une proposition de loi présentée par M. Bérenger sur la prostitution des mineurs. Voici, en résumé, les principaux arguments que l'honorable sénateur a fait valoir à l'appui de sa proposition qui répond à une double inspiration :

Elle tend d'abord à mettre fin à un état arbitraire, mal réglé, indéfini, inefficace d'ailleurs, qui a pour résultat détestable, au lieu de réformer les jeunes filles qui sont arrêtées dans la rue comme se livrant habituellement à la prostitution, de les jeter presque infailliblement dans une vie de désordre et de les faire descendre jusqu'au dernier degré de l'abjection.

Une seconde préoccupation a été d'apporter un remède efficace au grand danger de la propagation des maladies vénériennes.

Sur le premier point il suffit de dire quelques mots des pratiques actuelles pour comprendre que dans l'état de notre civilisation, si empreinte de sentiments d'humanité, il n'est pas possible de maintenir cet état de choses.

Voici ce qui se passe : aucun règlement, aucune loi ne donne à la police le droit d'arrêter une fille mineure se livrant à la prostitution sur la voie publique; mais la chose est tellement intolérable qu'il est impossible que la police, qui doit veiller aux mœurs et à l'ordre public, tolère cette situation

La mineure est donc arrêtée. Que peut-on en faire? On la met temporairement à Saint-Lazare. Parfois son arrestation ne dure que quelques heures; on se borne à l'avertir que, si elle recommence à racoler dans la rue, on prendra contre elle des mesures de sévérité. La menace est vaine, car ces mesures ne peuvent être prises contre elle. Une seconde fois, une arrestation intervient : même avertissement et, comme la première menace a été vaine, la seconde est encore moins efficace. Et ainsi, pendant des années et des années se succède ce même régime : arrestation, remise en liberté, renouvellement du délit; aucune répression possible.

Cela se passe de la sorte jusqu'à ce que la mineure ait atteint l'âge de dix-huit ans. A ce moment, la situation devient encore plus intolérable. Voulant avoir raison de cette persistance dans le désordre, dans la provocation à la débauche, la police prend sur elle de mettre en carte des jeunes filles de dix-huit ans, presque des enfants, c'est-à-dire de les soumettre à l'abominable régime qui, sous forme de mesure de police, dispose d'elles de la façon la plus arbitraire et la plus illégale. On les traduit devant une commission composée de quelques employés, supérieurs il est vrai, de la préfecture de police, et cette commission s'arroge le droit, qu'aucune loi ne lui a jamais donné, de condamner à des peines d'emprisonnement. Ces peines, à Paris, en général — il y a des exceptions — ne dépassent pas quinze jours. En province, elles sont quelquefois d'une durée beaucoup plus longue.

Pas n'est besoin de discuter le point de savoir s'il faut maintenir un pareil régime; tout le monde est d'avis qu'il doit être abrogé et remplacé. Remplacé par quoi? Par un système bien simple : au lieu d'user de répression vis-à-vis de ces malheureuses, dont beaucoup sont souvent inconscientes, dont un grand nombre ne font que répondre aux provocations, aux injonctions de leurs parents, en se livrant à cet abominable métier, il faut les réformer. Voilà le principe sur lequel repose la proposition.

Dans ce but on demande de décider que ces mineures seront conduites devant le tribunal civil, jugeant en chambre du conseil, et de donner à ce tribunal la faculté, soit de les rendre à leurs familles après enquête si elles sont considérées comme dignes de tenter une réformation nécessaire, soit de les envoyer dans des institutions publiques ou privées qui auront la charge de les recueillir, de les conserver jusqu'à l'âge fixé par le tribunal et dont le maximum sera de dix-huit ans.

Cette proposition répond, en outre, à une question de santé publique des plus importantes. Il y a, en effet, dans le Corps médical, sur cette question générale de la prostitution, les mêmes dissentiments que ceux qui se sont rencontrés ailleurs; mais tous les médecins, quelle que soit leur opinion sur la forme à donner au régime des mœurs, sont d'accord sur ce point que les maladies vénériennes en général sont surtout communiquées par les mineures; c'est entre l'âge de quinze ans et celui de dix-neuf ou vingt ans que la prostituée est le plus nuisible; c'est dans ces conditions d'âge que les maladies contagieuses sont surtout transmises, et ce serait un grand bienfait pour la santé publique si au lieu de les laisser vagabonder dans les rues et transmettre les maladies dont elles sont malheureusement infectées, on pouvait les conduire dans des asiles où, éloignées des excitations et du milieu qui les ont entraînées au vice, on chercherait à les réformer.

L'Académie des sciences morales et politiques (Institut de France) a attribué le prix Audiffred (15,000 fr.), destiné à récompenser les plus grands dévouements de quelque genre qu'ils soient, à M. le docteur Calmette, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris. — Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Blaskovich est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Hans Spitzy est nommé privatdocent d'orthopédie.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Giuseppe Sperino est nommé professeur extraordinaire d'anatomie.

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Salvatore Calderaro, privatdocent à la Faculté de médecine de Sienne, est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur Josef Pelnár est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Julius Rothberger est nommé privatdocent de pathologie générale et expérimentale.

Institut de médecine pour les femmes de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur P. Sadovsky, privatdocent à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, est nommé professeur extraordinaire d'obstétrique et de gynécologie.

Université d'Edimbourg. — Sir John Halliday Croom, lecteur à l'Ecole de médecine d'Edimbourg, est nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. A. R. Simpson, démissionnaire.

Anderson's College Medical School de Glasgow. — M. le docteur Hugh McLaren est nommé professeur de matière médicale, en remplacement de M. B. Ness.

Université de Liverpool. — M. le docteur R. S. Williams est nommé lecteur adjoint de bactériologie appliquée à l'hygiène.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Albert von Kölliker, ancien professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Wurtzbourg. — M. le docteur J. Magraner, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Valence. — M. le docteur Carl Seiler, ancien professeur de laryngologie et de rhinologie à l'University of Pennsylvania de Philadelphie.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1904* inclusivement (22 années) absolument complètes, soit les 24 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 218 francs pour la France, 260 francs pour l'étranger.

Tout exemplaire séparé des numéros de la *Semaine Médicale* des années antérieures à 1900 est vendu indistinctement un franc.

Le prix de chaque exemplaire séparé des numéros des années 1900 à 1903 inclusivement est fixé à cinquante centimes.

VARIA

Le certificat médical pour mécaniciens d'automobiles en France.

Le ministre de l'intérieur, d'accord avec son collègue des travaux publics, a chargé une commission interministérielle de lui fournir des indications précises sur les améliorations immédiates à réaliser dans le règlement des automobiles. Cette commission, qui a siégé du 10 au 26 octobre dernier, a dressé un rapport avec un projet de règlement, lequel va être transmis sans retard au Conseil d'Etat.

Les conclusions auxquelles la commission a abouti permettent de dire, sans crainte d'être démenti, que les accidents provoqués par l'automobilisme proviennent surtout de l'insouciance et de l'insuffisance des mécaniciens. C'est à la liberté presque absolue, laissée pour le choix des conducteurs, que sont dus un grand nombre des accidents qui se produisent.

A l'heure actuelle, il n'existe pas de condition d'âge exigée des conducteurs; ils peuvent avoir aussi bien douze ans et quatorze ans que vingt ans.

On a pensé qu'il fallait à cet égard fixer un minimum pour le mécanicien, en distinguant d'après la puissance même de l'engin qu'il aura à diriger et à manier : pour les automobiles dont la puissance ne dépasserait pas 35 chevaux, on a admis qu'un jeune homme âgé de dix-huit ans était en état de suffire à sa tâche; au contraire, pour les automobiles dont la puissance est supérieure à 35 chevaux, le minimum d'âge a été fixé à vingt et un ans, étant entendu d'ailleurs que les conducteurs de cette catégorie de voitures auraient, au préalable, fait un apprentissage sur des véhicules plus modestes.

On exigera également que le mécanicien soit désormais muni d'un certificat médical. En effet, il arrive aujourd'hui — et il ne le faut plus, d'après les déclarations faites au Sénat le 7 novembre par le ministre de l'intérieur — que des jeunes gens malades, surmenés, quelques-uns même épileptiques, sont mis à la tête d'une machine. Il faudra que le médecin certifie que le candidat est sain de corps et d'esprit.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 47. Vingt centimes le numéro. 22 NOVEMBRE 1905.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

NOTRE PROGRAMME

Faire dans la presse médicale ce qui avait été déjà accompli dans la presse politique, c'est-à-dire publier un journal à grand tirage et à bon marché, tout en présentant une valeur scientifique réelle et incontestable, tel a été le but que nous nous sommes proposé lorsque nous avons fondé la **Semaine Médicale** en 1881.

Depuis VINGT-SIX ANS, nous avons toujours été fidèle à notre programme qui se résume en deux mots : *Faire bien*.

La situation exceptionnelle et unique que la **Semaine Médicale** a acquise en France et à l'étranger par l'importance de son tirage est due à l'idée qui préside à la direction de ce journal et qui a pour principal objectif de donner l'événement de la semaine de la manière la plus complète et la plus immédiate.

D'ailleurs, il est suffisamment établi, sans qu'il soit besoin de le démontrer ici, que la **Semaine Médicale** est bien un véritable journal et non une revue comme les autres journaux de médecine, qui s'attachent peu à publier à la première heure les faits que recherchent particulièrement nos rédacteurs toujours en quête de la nouveauté médicale.

Outre les *Travaux originaux*, les *Leçons cliniques*, les *Revues générales* et *critiques*, les *Répertoires cliniques*, les articles consacrés aux *Actualités médico-chirurgicales*, à l'*Hygiène publique*, aux *Intérêts professionnels*, etc., chaque numéro contient :

Le compte rendu des *Sociétés savantes* de Paris ayant siégé pendant la semaine : Académie de médecine, Académie des sciences, Sociétés de chirurgie, médicale des hôpitaux, biologie, etc.

Le compte rendu, sous la rubrique *Etranger*, des travaux de la Société de médecine berlinoise et de la Société de médecine interne de Berlin, de la Société império-royale des médecins et du Collège médical de Vienne, de l'Académie de médecine de Belgique, etc. Ces comptes rendus nous sont fournis en français par nos correspondants spéciaux et la publication en est faite dans les mêmes conditions de fidélité et de célérité que nous observons à l'égard des Sociétés savantes de Paris;

Un *Bulletin bibliographique international* indiquant tous les ouvrages et mémoires ayant la médecine pour objet, dont l'apparition est parvenue à notre connaissance dans l'intervalle de chacun des numéros du journal. Nous citons exactement le titre même de l'ouvrage, et, en outre, pour ceux de langue étrangère, nous donnons la traduction du titre ou une indication suffisante. Le nombre des indications bibliographiques dépasse 15,000 par an. En présence de cette richesse de matériaux, nous faisons paraître, depuis 1905, à la fin de chaque trimestre, une *Table alphabétique des matières du Bulletin bibliographique international*, fournissant de suite les éléments d'information sur toute question. C'est là une œuvre nouvelle, sans similaire dans le monde entier — elle comprend à la fois les sujets des publications périodiques et ceux des livres et brochures —, qui met à la portée de tous le fruit de l'observation et de l'expérience des travailleurs de tous les pays;

D'autre part, comme il est à peu près impossible, vu le manque de temps, la somme à dépenser et la diversité de langues, de lire toutes les publications et tous les ouvrages de médecine qui paraissent et dont il peut être utile de connaître le contenu, la **Semaine Médicale** publie, sous la rubrique *Littérature médicale*, une analyse détaillée des principaux ouvrages et mémoires médicaux parus dans les deux mondes. Nos collaborateurs ont pour mission de présenter, d'une manière impartiale et sans tenir compte de la personnalité de l'auteur, les divers points nouveaux des articles et des livres susceptibles d'être analysés;

Plusieurs articles de *Médecine* ou *Chirurgie pratique* sur un sujet nouveau ou un point important de la pratique et une série de *Notes thérapeutiques* relatives à des médications et à des procédés de traitement nouvellement préconisés.

Tous les deux mois, il paraît une *Revue de thérapeutique médicale* ou *chirurgicale*, écrite par des professeurs des Facultés de médecine.

La **Semaine Médicale** est le journal qui publie le premier le compte rendu des *Congrès français et étrangers* intéressant le Corps médical. De plus, des correspondants sont établis dans les principaux pays et, au besoin, des rédacteurs sont envoyés là où l'intérêt médical est en jeu.

Par l'intermédiaire de ses correspondants français et étrangers, la **Semaine Médicale** relate dans chaque numéro, sous la rubrique *Nouvelles*, *Varia*, *Nécrologie*, *Facultés et Ecoles de médecine*, tout ce qui peut intéresser le Corps médical des divers pays.

Pour parfaire la confection matérielle de notre périodique, nous avons créé en 1891 une imprimerie spéciale pour la **Semaine Médicale**, et nous employons exclusivement du papier fabriqué avec des chiffons de bonne qualité, lequel est de conservation indéfinie; le journal est mis sous presse dans la nuit du mardi et imprimé sur machine spéciale à tirage rapide; tous les exemplaires, pliés mécaniquement, sont mis sous chemise pour éviter tout maculage dans le cours du trajet postal et sont expédiés par les premiers courriers postaux du mercredi matin.

La précision et la rapidité d'information permettent à tous les médecins d'être au courant des faits médicaux, comme s'ils se trouvaient présents au moment même de leur production.

En résumé, la **Semaine Médicale** est, de tous les journaux de médecine, le plus important, le plus complet, le plus instructif, le plus pratique, le mieux informé.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 48. **Vingt centimes le numéro.** 29 NOVEMBRE 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Election d'un membre titulaire de l'Académie de médecine de Paris.

Votants : 72. — Majorité : 37.

MM. Gilbert	60	voix (Elu).
Balzer	4	—
Hirtz	2	—
Barié	1	—
L. Martin	1	—
Merklen	1	—
Bulletins blancs	3	—

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Limoges. — M. le docteur Descazals est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Amsterdam. — M. le docteur H. Timmer est nommé privatdocent d'orthopédie.

Faculté de médecine de Cagliari. — M. le docteur Oliviero Barrago-Ciarella, privatdocent à la Faculté de médecine de Naples, est nommé privatdocent d'otologie et de rhinologie.

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Salvatore Citelli, privatdocent à la Faculté de médecine de Gênes, est nommé privatdocent d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur L. Tobler est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur V. Rojansky est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Felix Skutsch, ancien professeur extraordinaire à la Faculté de médecine d'Iéna, est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Baraban, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur Brousse, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — Sir John Burdon Sanderson, ancien professeur de médecine à l'Université d'Oxford. — M. le docteur John Croft, ancien lecteur de chirurgie à St.-Thomas's Hospital Medical School de Londres.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 49. **Vingt centimes le numéro.** 6 DÉCEMBRE 1905.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de ne point attendre la fin du mois pour nous adresser le montant de leur renouvellement, afin de leur éviter tout retard dans la réception du journal.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Tours. — M. Menuet, licencié ès sciences naturelles, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

VARIA

Election d'un membre titulaire de l'Académie de médecine de Paris.

Votants : 81. — Majorité : 41.

MM. Doléris ... 59 voix (Elu).
Bar ... 13 —
Maygrier ... 7 —
Bulletins blancs ... 2 —

NÉCROLOGIE

M. le docteur Ernst Ziegler, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Fribourg. — M. le professeur R. von Leuthold, médecin inspecteur général du service de santé militaire de la Prusse. — M. le docteur I. Setchenov, ancien professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur Alexandre Tarénetzky, ancien professeur d'anatomie à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur James M. Holloway, ancien professeur de clinique chirurgicale à Kentucky School of Medicine de Louisville.

ACTES OFFICIELS

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique est approuvée la délibération du Conseil de l'Université de Lyon instituant un certificat universitaire d'études d'hygiène, qui sera délivré à toutes personnes ayant satisfait aux conditions de scolarité établies à cet effet et ayant subi avec succès une épreuve pratique portant sur la technique chimique, microscopique et bactériologique dans ses applications à l'hygiène, et un examen oral sur les questions se rattachant à l'hygiène publique et scolaire, au génie sanitaire, à la législation sanitaire et à l'épidémiologie.

Sont admis à s'inscrire pour l'obtention de ce certificat : 1° les étudiants en médecine qui auront satisfait au quatrième examen de doctorat; 2° les docteurs en médecine à titre français; 3° les étrangers pourvus du doctorat universitaire (mention : *médecine*); 4° toute personne dont la demande aura été agréée par le Conseil de la Faculté de médecine de Lyon.

— Par décret, les enfants au-dessous de dix-huit ans ne seront pas, pour cause de danger des maladies contagieuses, employés dans les ateliers où l'on manipule du linge sale non désinfecté ou non lessivé.

— Sont nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteurs Dubost, Heiser, Veilleau (de Paris); Aluison (d'Eurville); Braillon (de Nesle); Deléage (de Vichy); Gascon (de Redon); Gassiolle (de Cazarilh-de-Montréjeau); Gondouin (d'Argentan); Guiderdoni (d'Allauch); Guyot (de Dammartin); Laurent (de La Rochelle); Lautier (des Vans); Peringuey (de Bordeaux); Pérus (d'Argelès-Gazost).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Biard, Dubief, P.-E. Roger (de Paris); Allanic (d'Angers); Bouvat (de Saint-Péray); Cauchard (de Périers); Colat (de Campan); Cordon (des Ponts-de-Cé); Cottrelle (d'Amiens); Grouzilhac (de Toulouse); Debord (de Lubersac); Delétang (d'Arcy-sur-Cure); Domer (de Cauterets); Dubois (de La Rochelle); Garat (de Bayonne); Grasset (de Tours); Guedj (de Sétif); Jarre (de Saint-Genix); Julliard (de Châtillon-de-Michaille); Leconte (de Coutances); Loppé (de Saint-Mards-en-Othe); Meillon (de Cauterets); Mougeot (de Saint-Dizier); Moutier (d'Angers); Pamart (de Gonesse); Peaucellier (d'Amiens); Pertat (de Joinville); Pouzol (de Volvic); Rodie-Talbère (de Valence-d'Agen); Scheydt (de Cette); Testevuide (de Bourbonne-les-Bains); Vanel (d'Issy-les-Moulineaux); Verhaeghe (de Lille); Yvonnet (de Saint-Julien-Lars).

— M. le docteur G.-E. Rollin (de Paris) a été nommé chevalier du Mérite agricole.

— La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées :

Médaille d'or. — M. le docteur J. Schneider (médecin militaire).

Médaille d'argent. — M. le docteur Bussière (médecin des troupes coloniales).

— Par décret, l'Académie des sciences est autorisée à accepter, aux clauses et conditions indiquées, le legs fait à son profit par M. Irénée Longchampt, et consistant en une somme de 4,000 fr. de rente annuelle qui sera employée à la fondation d'un prix décerné tous les ans à l'auteur du meilleur mémoire sur les maladies de l'homme, des animaux et des plantes, au point de vue plus spécial de l'introduction des substances minérales en excès comme cause de ces maladies.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la Semaine Médicale, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier

25e ANNÉE. — N° 50. Vingt centimes le numéro. 13 DÉCEMBRE 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de ne point attendre la fin du mois pour nous adresser le montant de leur renouvellement, afin de leur éviter tout retard dans la réception du journal.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine d'Alger. — M. le docteur Cange, suppléant, est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. le docteur Boussavit, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé professeur de physiologie.

Ecole de médecine de Caen. — M. le docteur Audrain est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Clermont. — M. le docteur Mornac est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. le docteur Argaud est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur Morin est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de physique.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur Piper est nommé privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Giuseppe Mazza est nommé professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Rosario Buccheri, privatdocent à la Faculté de médecine de Naples, est nommé privatdocent de chirurgie infantile.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Arthur Schattenfroh, professeur extraordinaire d'hygiène, est nommé professeur ordinaire.

Institut de médecine pour les femmes de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur K. Souslov est nommé professeur extraordinaire de médecine opératoire.

Durham University College of Medicine de Newcastle-upon-Tyne. — M. le docteur David Drummond, lecteur, est nommé professeur de médecine.

University of Michigan d'Ann Arbor. — M. le docteur Albert M. Barrett est nommé professeur adjoint de neurologie.

Johns Hopkins University de Baltimore. — Sont nommés professeurs adjoints : MM. les docteurs Charles H. Bunting (*anatomie pathologique*); Thomas R. Boggs (*médecine*); Richard H. Follis (*chirurgie*).

Miami Medical College de Cincinnati. — M. le docteur O. P. Holt, professeur de physiologie, est nommé professeur d'anatomie pathologique.

M. le docteur Robert Ingram est nommé professeur adjoint de thérapeutique et de matière médicale.

Université de Louisville. — M. le docteur John G. Cecil, professeur de thérapeutique et de matière médicale, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. J. A. Ouchterlony, décédé.

University of Pennsylvania de Philadelphie. — M. le docteur W. H. F. Addison (de Toronto) est nommé lecteur d'histologie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE

Tenue le 12 décembre 1905.

DISTRIBUTION DES PRIX DE L'ANNÉE 1905

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1,000 fr. (Annuel.)

Question : *Les oxydases en pathologie.*

Le prix est décerné à M. le docteur Pierre Sée (de Paris).

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil). — 800 fr. (Annuel.)

Au meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Le prix est décerné à M. le docteur L. Gaide (médecin des troupes coloniales) : *De la distomatose hépatique au Tonkin. — Sur les abcès du foie au Tonkin de 1897 à 1904.*

Une mention très honorable est accordée à M. le docteur A. Gaussel (de Montpellier) : *Contribution à l'étude pathogénique de la paraplégie du mal de Pott.*

PRIX AMUSSAT. — 1,000 fr. (Triennal.)

A l'auteur du travail ou des recherches, basées simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

L'Académie décerne :

Un prix de 700 fr. à M. le docteur Louis Sencert (de Nancy) : *La chirurgie de l'œsophage thoracique et abdominal;*

Un prix de 300 fr. à M. le docteur Guisez (de Paris) : *Trachéobronchoscopie et œsophagoscopie.*

PRIX APOSTOLI. — 600 fr. (Annuel.)

Au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année, en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

Le prix est décerné à M. le docteur H. Guilleminot (de Paris) : *Electricité médicale.*

PRIX D'ARGENTEUIL. — 6,800 fr. (Sexennal.)

A l'auteur du perfectionnement le plus important apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs Octave Pasteau et A. Iselin (de Paris) : *Réfection de l'urèthre périnéal dans les traumatismes graves du périnée, dans les rétrécissements à lésions complexes consécutifs aux traumatismes et dans certains cas de rétrécissements blennorrhagiques considérés comme incurables.*

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED. — Un titre de 24,000 fr. de rente.

A la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif, reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 1° 2,000 fr. à M. le docteur Louis Rénon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris : *Les maladies populaires (maladies vénériennes, alcoolisme, tuberculose)*; 2° 2,000 fr. à M. G. Moussu, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort : *Le lait des vaches tuberculeuses;* 3° 1,000 fr. à M. le docteur Plicque (de Paris) : *La tuberculose.*

PRIX BARBIER. — 2,000 fr. (Annuel.)

A l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

Le prix n'est pas décerné, mais l'Académie accorde à titre d'encouragement : 1° 1,000 fr. à M. le docteur H. Cristiani, professeur à la Faculté de médecine de Genève : *De la greffe thyroïdienne; études expérimentales et cliniques;* 2° 500 fr. à M. Henri Martel, inspecteur des services sanitaires au ministère de l'agriculture : *Recherches expérimentales sur la variabilité du « Bacillus anthracis »;* 3° 500 fr. à M. le docteur P. Remlinger (médecin militaire) pour l'ensemble de ses publications sur la rage.

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1,200 fr. (Annuel.)

A l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Le prix est décerné à M. le docteur Victor Pachon, maître de conférences à l'Ecole pratique des hautes études, à Paris, pour une série d'études sur la pulsation artérielle et la pulsation cardiaque.

Une mention honorable est accordée à MM. les docteurs F.-J. Bosc, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et Vedel, professeur agrégé à ladite Faculté : *La tension artérielle dans les maladies.*

PRIX HENRI BUIGNET. — 1,500 fr. (Annuel.)

A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Le prix est décerné à M. le docteur A. Béclère (de Paris) pour ses travaux sur la radiologie médicale.

PRIX CAPURON. — 1,000 fr. (Annuel.)

Question : *Des complications de la grossesse dues aux lésions des trompes et de l'appendice.*

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement une somme de 800 fr. à M. le docteur A. Rastouil (de La Rochelle).

PRIX CHEVILLON. — 1,500 fr. (Annuel.)

A l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Le prix est décerné à M. le docteur J. Belot (de Paris) : *Traité de radiothérapie.*

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr. (Annuel.)

Question : *Des délires chez les épileptiques.*

Le prix est décerné à M. le docteur Gimbal (de Prémontré).

Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Jacquemart (de Paris).

PRIX CLARENS. — 400 fr. (Annuel.)

A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur l'hygiène.

Le prix est décerné à M. J. Alquier (de Paris) et M. le docteur A. Drouineau (médecin militaire) : *Glycogénie et alimentation rationnelle au sucre.*

Une mention très honorable est accordée à MM. les docteurs H. Triboulet, Félix Mathieu (de Paris) et Roger Mignot (de Ville-Evrard) : *Traité de l'alcoolisme.*

PRIX DAUDET. — 1,000 fr. (Annuel.)

Question : *Des épithéliomes du cou d'origine branchiale.*

Le prix est décerné à M. le docteur Victor Veau (de Paris).

PRIX DESPORTES. — 1,300 fr. (Annuel.)

A l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Le prix est décerné à M. le docteur Beni-Barde (de Paris) : *Exposé de la méthode hydrothérapique.*

Des mentions honorables sont, en outre, accordées : 1° à M. le docteur Lucien Butte (de Paris) : *Traitement du lupus et des tuberculoses cutanées par le permanganate de potassium;* 2° à M. le docteur Leredde (de Paris) : *Thérapeutique des maladies de la peau;* 3° à M. le docteur Joseph Pawinski (de Varsovie) pour l'ensemble de ses travaux sur la thérapeutique des maladies du cœur; 4° à M. le docteur Toulouse (de Villejuif) pour ses mémoires concernant la thérapeutique générale et le traitement de l'épilepsie.

PRIX ERNEST GODARD. — 1,000 fr. (Annuel.)

Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Le prix est décerné à M. le docteur F.-E. Gardner (de New-York) : *Opérations plastiques et anastomoses dans le traitement des rétentions du rein.*

PRIX PIERRE GUZMAN. — Un titre de rente de 1,328 fr.

A celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées.

En attendant qu'on vienne à trouver, s'il se peut, un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que cette rente soit décernée, chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur une de ces maladies.

L'Académie accorde :

Un encouragement de 1,328 fr. à M. le docteur Henri Gillet (de Paris) : *Rythmes des bruits du cœur. — De l'embryocardie ou rythme fœtal des bruits du cœur.*

Une mention très honorable à M. le docteur Léopold Braillon (d'Amiens) : *De l'endocardite tuberculeuse simple. — Tuberculose fibreuse du poumon droit.*

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3,000 fr. (Annuel.)

A l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Le prix est décerné à M. le docteur O. Crouzon (de Paris) : *Des scléroses combinées de la moelle.*

Des mentions honorables sont accordées : 1° à MM. les docteurs Jean Camus et P. Pagniez (de Paris) : *Isolement et psychothérapie; traitement de l'hystérie et de la neurasthénie; pratique de la rééducation morale et physique;* 2° à M. le docteur Laignel-Lavastine (de Paris) pour ses recherches sur le plexus solaire; 3° à M. le docteur Milian (de Paris) : *Le liquide céphalo-rachidien.*

PRIX LABORIE. — 5,000 fr. (Annuel.)

A l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Le prix est décerné à M. le docteur Félix Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux : *Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes.*

L'Académie accorde, en outre, une mention très honorable à M. le docteur Robert Proust (de Paris) pour l'ensemble de ses travaux sur la prostatectomie.

PRIX DU BARON LARREY. — 500 fr. (Annuel.)

A l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Le prix est décerné à M. le docteur A.-D. Morel (médecin des troupes coloniales) : *Statistique générale de la morbidité et de la mortalité dans les établissements hospitaliers des colonies françaises en 1902.*

PRIX LAVAL. — 1,000 fr. (Annuel.)

A l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Le prix est décerné à M. I.-L. Darricarrère, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

PRIX LEFÈVRE. — 1,800 fr. (Triennal.)

Question : *De la mélancolie.*

Le prix est décerné à M. le docteur R. Masselon (de Clermont).

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr. (Annuel.)

A l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Le prix est décerné à M. Emile Lauvrière (de Paris) : *Edgar Poë; sa vie et son œuvre (étude de psychologie pathologique).*

Des mentions honorables sont accordées : 1° à M. le docteur Roger Dupouy (de Paris) : *Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication;* 2° à M. le docteur Wahl (d'Auxerre) : *Assistance des enfants anormaux.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2,600 fr. (Annuel.)

A l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Le prix est décerné à M. le docteur Scrini (de Paris) : *Précis de thérapeutique oculaire.*

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1,500 fr.

M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 fr., destinée à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde :

Une somme de 500 fr. à titre d'encouragement, à M. le docteur J. Crespin, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Alger, pour l'ensemble de ses travaux sur la fièvre typhoïde et la fièvre paludéenne;

Des mentions très honorables : 1° à M. le docteur Henri Girard (médecin de la marine) : *Notes anthropométriques sur quelques Soudanais occidentaux. — Les tribus sauvages du Haut-Tonkin, Mans et Meos. — Yakomas et Bougous, anthropophages du Haut-Oubanghi. — Le Haut-Tonkin (essai de climatologie médicale)*; 2° à M. le docteur G.-H.-E. Perrin (médecin militaire) : *Etude sur le climat, les eaux, la flore, la faune des oasis sahariennes du Touat.*

PRIX OULMONT. — 1,000 fr. (Annuel.)

A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or-médecine) au concours annuel des prix de l'internat.

M. Louis Boidin, interne des hôpitaux de Paris, a obtenu le prix.

PRIX PERRON. — 3,800 fr. (Quinquennal.)

A l'auteur du mémoire le plus utile aux progrès de la médecine.

L'Académie décerne :

Un prix de 2,000 fr. à MM. les docteurs L. Guillemot, J. Hallé et E. Rist (de Paris) : *Recherches bactériologiques et expérimentales sur les pleurésies putrides;*

Un prix de 900 fr. à M. le docteur René Gaultier (de Paris) : *De l'exploration fonctionnelle de l'intestin par l'analyse des fèces;*

Un prix de 900 fr. à M. le docteur Henry Tissier (de Paris) : *Recherches sur la flore intestinale normale et pathologique du nourrisson.*

Des mentions très honorables sont, en outre, accordées : 1° à M. le docteur Victor Courtellemont (d'Amiens) : *Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux méningites aiguës simples;* 2° à M. le docteur Julien Jomier (de Paris) : *Graisse et glycogène hépatiques suivant les modalités de l'alimentation;* 3° à M. le docteur Adrien Lippmann (de Paris) : *Le microbisme biliaire normal et pathologique;* 4° à M. le docteur Georges Rosenthal (de Paris) : *Gymnastique et rééducation respiratoires.*

PRIX POURAT. — 700 fr. (Annuel.)

Question : *Effets des actions mécaniques sur la morphologie de l'appareil locomoteur.*

Le prix est décerné à M. le docteur R. Anthony (de Paris).

Des mentions honorables sont accordées : 1° à M. le docteur P. Le Damany, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes; 2° à MM. les docteurs Paul Baroux (d'Armentières) et Louis Sergeant (médecin militaire).

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 fr. (Biennal.)

A l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Le prix est décerné à M. le docteur S.-R. Hermanides (de Zeist, Pays-Bas) : *Les affections parasyphilitiques.*

Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Jean Franceschini (de Vicenza, Italie) : *Contribution à l'histologie pathologique du cordon ombilical dans l'hérédo-syphilis.*

PRIX VERNOIS. — 700 fr. (Annuel.)

A l'auteur du meilleur travail sur l'hygiène.

L'Académie partage le prix de la manière suivante : 500 fr. à M. le docteur J. Dupuy (de Saint-Nazaire) : *Evolution rationnelle de la politique sanitaire en France au XIXe siècle et défense de l'embouchure de la Loire;* 200 fr. à M. le docteur Clarac (médecin des troupes coloniales) : *Organisation et fonctionnement du service médical sur les chantiers du chemin de fer de Madagascar; étude de géographie médicale.*

Des mentions honorables sont accordées : 1° à MM. les docteurs Pierre Couteaud et Henri Girard (médecins de la marine) : *L'hygiène dans la marine de guerre moderne;* 2° à M. le docteur H. Labit (médecin militaire) : *L'eau potable et les maladies infectieuses.*

ACTES OFFICIELS

— M. le ministre de l'intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2,000 fr., destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

Parmi les récompenses accordées par l'Académie, nous ne mentionnons que celles qui concernent le Corps médical :

1° *Médailles de vermeil.* — MM. les docteurs Bresset (de Paris); Hamel (de Saint-Lô); Venot (de Saint-Germain-en-Laye).

2° *Rappels de médailles de vermeil.* — MM. les docteurs J. Auvert (de Bourges); G. Benoist (de Vannes); Chabenat (de La Châtre); Chavanon (de La Rochelle); H. Courtade (d'Outarville); Denizet (de Château-Landon); Lautré (de Toulouse); Metton-Lepouzé (de Rouen).

3° *Médailles d'argent.* — MM. les docteurs Alexandre (d'Arques); Ausset (de Lille); Bordas (de Paris); Lajoux (de Reims); Mocquot (d'Appoigny); Ott (de Lillebonne); Pàris (de Maréville).

4° *Rappels de médailles d'argent.* — MM. les docteurs Depasse (de Paris); Ficatier (de Bar-le-Duc); Subercaze (de La Ferté-Alais).

5° *Médailles de bronze.* — MM. les docteurs Aigre (de Boulogne-sur-Mer); Bruch (de Tunis); Butruille (de Roubaix); Cibert (de Grenoble); Devé (de Paris); Ducournau (de Benesse-Maremne); Dumas (de Thiers); Gœpfert (de Nancy); Havrey (d'Alençon); Houssay (de Pont-levoy); Langlois, Lombard (de Paris); Mantel (de Saint-Omer); Mouret (d'Angoulême); Mugnier (de Paris); Vivien (de Vienne).

6° *Rappels de médailles de bronze.* — MM. les docteurs Carel (de Paris); Gagnière (de Saint-Chef).

— Le *Journal officiel* du 10 décembre 1905 porte promulgation de la loi sur le droit à pension des veuves des militaires morts de maladies contagieuses; elle est ainsi conçue :

Article premier. — L'article 1er de la loi du 15 avril 1885 est modifié de la manière suivante :

« Ont droit à la pension les veuves des militaires, marins ou assimilés dont la mort a été causée soit par des événements de guerre, soit par des maladies contagieuses ou endémiques aux influences desquelles ils ont été soumis par les obligations de leur service, pourvu que le mariage soit antérieur auxdits événements de guerre et à l'origine desdites maladies.

Les causes, l'origine et la nature des événements de guerre et des maladies contagieuses ou endémiques seront constatées par un certificat d'origine dressé à l'époque où ils se seront produits et, s'il y a lieu, avant le retour en France.

Si les faits se sont passés hors de France, lorsque les militaires et marins, à leur retour, ne se considéreront pas comme guéris, ils feront constater par leurs services médicaux respectifs que les effets desdits événements et maladies subsistent encore.

Cette constatation devra être renouvelée d'année en année, pendant leur séjour en France, par les officiers de santé militaire ou maritime de la localité où ils résideront.

Le médecin qui aura soigné le malade à son décès devra affirmer que les événements de guerre ou les maladies ci-dessus constatées ont été la cause directe de la mort.

Tous les certificats médicaux seront légalisés par l'autorité compétente.

Si les militaires et marins sont décédés une année révolue après la date de la dernière constatation médicale, leurs veuves seront sans droit à la pension. »



Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale,* 51, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

25e ANNÉE. — N° 51. Vingt centimes le numéro. 20 DÉCEMBRE 1905.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de nous adresser au plus tôt le montant de leur renouvellement.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Vallois, agrégé, est nommé professeur de clinique obstétricale, en remplacement de M. Grynfeltt.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur Ferdinand Sauerbruch, privatdocent à la Faculté de médecine de Breslau, est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur Bodo Spiethoff est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

VARIA

Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales en 1906.

Le troisième Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales se tiendra à Milan du 5 au 9 septembre 1906.

NÉCROLOGIE

M. le docteur André Thouvenet, ancien professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Limoges. — M. le docteur F. Hosch, professeur extraordinaire d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Bâle. — M. le docteur Hans Schmaus, professeur extraordinaire d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur De Villo W. Harrington, professeur des maladies des organes génito-urinaires et des maladies vénériennes à l'Université de Buffalo. — M. le docteur Ambrose L. Ranney, professeur de neurologie et de psychiatrie à l'University of Vermont de Burlington.

ACADÉMIE DES SCIENCES

DISTRIBUTION DES PRIX DE L'ANNÉE 1905

PRIX MONTYON (*médecine et chirurgie*).

Des prix sont décernés : 1° à M. le docteur L.-C. Maillard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pour ses travaux relatifs aux matières colorantes indoxyliques de l'urine humaine; 2° à M. le docteur Albert Malherbe, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, pour ses recherches sur le sarcome; 3° à M. Albert Le Play, interne des hôpitaux de Paris, pour ses recherches expérimentales sur les poisons intestinaux.

Des mentions sont attribuées : 1° à M. le docteur H. Guilleminot (de Paris), pour son *Traité d'électricité médicale;* 2° à M. le docteur J. Belot (de Paris) pour son *Traité de radiothérapie;* 3° à M. le docteur Edmond Loison (médecin militaire) pour son ouvrage intitulé : *Les rayons de Röntgen (appareils de production; modes d'utilisation; applications chirurgicales).*

Des citations sont accordées : 1° à M. le docteur Lucien Butte (de Paris) pour son travail sur le *Traitement du lupus et des tuberculoses cutanées par le permanganate de potassium;* 2° à M. le docteur A. Javal (de Paris) pour une série de travaux sur la cure de déchloruration; 3° à M. le docteur M. Laignel-Lavastine (de Paris) pour ses recherches sur le plexus solaire; 4° à M. le docteur Ch. Dujarier (de Paris) pour son ouvrage intitulé : *Anatomie des membres (dissection; anatomie topographique);* 5° à M. le docteur P. Nobécourt (de Paris) pour son livre : *Les infections digestives des nourrissons.*

PRIX BARBIER

Le prix est partagé entre M. le docteur Georges Rosenthal (de Paris) pour une série de travaux sur la gymnastique et la rééducation respiratoires, et M. J. Déchery (de Paris).

Une mention est accordée à M. le docteur Scrini (de Paris) pour son mémoire sur l'*Emploi des alcaloïdes en solution huileuse en thérapeutique oculaire.*

PRIX BRÉANT

L'Académie partage le prix (arrérages) entre : 1° M. le docteur Vincent, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce, pour l'ensemble de ses travaux sur l'infection fuso-spirillaire; 2° M. Henri Martel, inspecteur des services sanitaires au ministère de l'agriculture, pour son ouvrage intitulé : *Recherches expérimentales sur la variabilité du « Bacillus anthracis »;* 3° M. le docteur P. Remlinger (médecin militaire) pour une série de travaux sur la rage.

PRIX GODARD

Le prix est décerné à M. le docteur Albert Hogge (de Liège) pour ses *Recherches sur les muscles du périnée et du diaphragme pelvien, sur les glandes dites de Cowper et sur le développement de ces organes.*

PRIX DU BARON LARREY

L'Académie décerne le prix à M. le docteur H. Nimier, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce, pour son ouvrage intitulé : *Blessures du crâne et de l'encéphale par coup de feu.*

Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Marix (médecin militaire) pour son mémoire sur *L'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde dans les milieux militaires.*

PRIX BELLION

Le prix est partagé entre M. le docteur A. Pressat (d'Ismaïlia) pour ses expériences d'assainissement par la destruction des larves de moustiques et son ouvrage sur *Le paludisme et les moustiques (prophylaxie),* et M. J. Alquier (de Paris) et M. le docteur A. Drouineau (médecin militaire) pour leur ouvrage intitulé : *Glycogénie et alimentation rationnelle au sucre.*

PRIX MÈGE

Le prix (arrérages) est accordé à M. le docteur Beni-Barde (de Paris), pour son *Exposé de la méthode hydrothérapique.*

PRIX DUSGATE

Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Onimus (de Monte Carlo) pour son mémoire intitulé : *Signes diagnostiques de la mort et moyen de prévenir les inhumations précipitées.*

PRIX SERRES

Le prix est décerné à M. le docteur F. Henneguy, professeur au Collège de France, pour ses travaux relatifs à la cytologie et au développement des invertébrés et des vertébrés.

PRIX PHILIPEAUX

L'Académie décerne le prix à M. Victor Henri (de Paris) pour ses études sur les applications à la biologie des méthodes nouvelles de la chimie physique.

Une mention est accordée à M. le docteur Lucien Butte (de Paris) pour ses *Recherches sur les fonctions glycogéniques du foie.*

PRIX LALLEMAND

Le prix est partagé entre M. et Mme Lapicque, docteurs en médecine à Paris, pour leur travail sur l'*Excitabilité des nerfs et des muscles et la manière dont elle est mise en jeu par l'électricité,* et M. le docteur Jules Voisin (de Paris) pour ses travaux et son livre sur l'*Epilepsie.*

Une mention très honorable est accordée à M. le docteur O. Crouzon (de Paris) pour sa thèse intitulée : *Les scléroses combinées de la moelle.*

PRIX POURAT

Question : *Les origines du glycogène musculaire.*

Le prix est décerné à M. F. Maignon, chef de travaux à l'Ecole vétérinaire de Lyon.

PRIX MONTYON (*arts insalubres*).

Une mention de 1,500 fr. est accordée à M. le docteur P. Carles, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

PRIX GAY (*géographie*).

Le prix est décerné à M. le docteur Cureau, administrateur en chef des colonies.

L'Académie des sciences morales et politiques a attribué, dans le concours Beaujour (mesures contre l'alcoolisme), une récompense de 2,500 fr. à M. le docteur Viaud (d'Agon) et une récompense de 1,000 fr. à M. le docteur Plicque (de Paris).

ACTES OFFICIELS

— Le ministre de la justice a adressé aux procureurs généraux la circulaire suivante au sujet de l'état mental des inculpés :

Certains médecins légistes croient avoir rempli suffisamment la mission qui leur a été confiée en concluant sommairement à une responsabilité « limitée » ou « atténuée ».

Une semblable conclusion est beaucoup trop vague pour permettre au juge d'apprécier la culpabilité réelle du prévenu d'après son état mental au moment de l'action; mais son insuffisance tient généralement au défaut de précision du mandat qui a été donné à l'expert.

A côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées, ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier, à leur égard, une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi.

Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer, avec la plus grande netteté possible, dans quelle mesure l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé.

Pour atteindre ce résultat, j'estime que la commission rogatoire devra toujours contenir et poser d'office, en toute matière, les deux questions suivantes :

1° Dire si l'inculpé était en état de démence au moment de l'acte, dans le sens de l'article 64 du Code pénal;

2° Si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle point chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité.

L'expert dira, en outre... (ici le juge d'instruction spécifiera les points qu'il croira devoir signaler plus particulièrement d'après les résultats de l'information, ou les indications fournies par l'inculpé lui-même, par sa famille ou par son défenseur).

— D'après le rapport adressé au président de la République française par le garde des sceaux, sur l'administration de la justice criminelle pendant l'année 1903, il résulte que « le nombre des mineurs de seize ans traduits en police correctionnelle au cours de cet exercice, a été de 4,852 contre 5,011 en 1902 et 5,367 en 1901, mais ce serait une grave erreur de voir dans la diminution ininterrompue du nombre des poursuites exercées contre les jeunes délinquants, la preuve et même l'indice d'une amélioration correspondante dans l'état de la criminalité précoce. Il ne faut, en effet, jamais perdre de vue que si tout enfant reconnu coupable était, il y a vingt ans, traduit en justice, il est de règle aujourd'hui, en pareil cas, d'éviter le renvoi en police correctionnelle. C'est donc sous cette réserve qu'il importe d'interpréter les chiffres de la statistique ».

— M. le docteur Achalme (de Paris) est nommé directeur du laboratoire colonial de l'Ecole des hautes études près le Muséum d'histoire naturelle.

(Pour la réorganisation dudit laboratoire, voir *Semaine Médicale*, 1905, p. 456.)

VARIA

LISTE DE PRÉSENTATION DES CANDIDATS AU TITRE DE CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

En première ligne, M. Bard (de Lyon); *en deuxième ligne,* M. Gilis (de Montpellier); *en troisième ligne* et *ex æquo,* MM. Armaingaud (de Bordeaux), Baumel (de Montpellier), Nicolas (de Nancy) et Trolard (d'Alger).

L'ouverture du concours de l'internat des hôpitaux de Paris a eu lieu le 18 décembre. Voici le sujet de la composition écrite : *Canal cholédoque.* — *Séméiologie de l'ascite.*

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 51, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 53, avenue de Villiers, 53 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de nous adresser au plus tôt le montant de leur renouvellement.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Election de deux correspondants nationaux de l'Académie de médecine de Paris.

PREMIÈRE ÉLECTION

Premier tour.

Votants : 71. — Majorité : 36.

MM. Bard (de Genève).......... 27 voix.
Armaingaud (de Bordeaux) 21 —
Gilis (de Montpellier)..... 12 —
Nicolas (de Nancy)....... 6 —
Trolard (d'Alger)....... 3 —
Baumel (de Montpellier).. 1 —
Bulletin blanc.......... 1 —

Deuxième tour.

Votants : 79. — Majorité : 40.

MM. Bard.......... 35 voix.
Armaingaud.......... 30 —
Gilis.......... 8 —
Trolard.......... 3 —
Nicolas.......... 2 —
Bulletin blanc.......... 1 —

Troisième tour.

Votants : 69. — Majorité : 35.

MM. Bard.......... 37 voix (Elu).
Armaingaud.......... 27 —
Gilis.......... 5 —

DEUXIÈME ÉLECTION

Premier tour.

Votants : 66. — Majorité : 34.

MM. Gilis.......... 29 voix
Armaingaud.......... 27 —
Nicolas.......... 4 —
Trolard.......... 3 —
Baumel.......... 2 —
Bulletin blanc.......... 1 —

Deuxième tour.

Votants : 55. — Majorité : 28.

MM. Gilis.......... 36 voix (Elu).
Armaingaud.......... 19 —

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur A. Robin, agrégé, est nommé professeur de clinique thérapeutique.

Ecole de médecine d'Angers. — M. le docteur Montier, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur Citerne est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Domenico Chiara, ancien professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Carlo Rosanelli, ancien professeur extraordinaire de pathologie générale à la Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur E. von Kusy, directeur des affaires sanitaires au ministère de l'intérieur d'Autriche. — M. le docteur Hermann Rabl-Rückhard, privatdocent d'anatomie à la Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur P. Abramytchev, privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg.


PEPTONATE DE FER RO
EN GOUTTES CONCENTRÉES
OU
FER ROBIN
ASSIMILABLE
ADMIS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS
13, Rue de Poissy, PARIS
PRIX AVEC LE COMPTE-GOUTTES : 4f50

ACTES OFFICIELS

— Par décret, il est institué auprès du ministère de l'agriculture une commission permanente de recherche et de contrôle des procédés d'analyse à employer pour l'application de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes dans la vente des marchandises et des falsifications des denrées alimentaires (Voir *Semaine Médicale*, Annexes, p. CXXXVII).

Cette commission est chargée d'établir les méthodes analytiques et de décrire tant leur mode d'application que la façon dont leurs résultats doivent être interprétés, de modifier lesdites méthodes ou de les remplacer par d'autres plus en rapport avec le progrès de la science et d'en élaborer de nouvelles à mesure que de nouvelles fraudes apparaîtront.

— MM. les docteurs Hery, P.-F. Magnin (de Paris) et Raymond (médecin militaire) ont été nommés chevaliers du Mérite agricole.

— Le prix du docteur Blache a été décerné à M. le médecin de 1re classe de la marine Moulinier, pour son excellent travail sur l'emploi industriel du benzol à bord des sous-marins, étude physiologique et clinique, données thérapeutiques.

VARIA

A propos des hôpitaux en Abyssinie.

On lit ce qui suit dans le rapport sur le budget du ministère des affaires étrangères fait à la Chambre des députés, en France :

« Dans cette région il faut constater là encore les efforts intéressants et féconds de dévoués compatriotes. Comme exemple je citerai l'hôpital Makonnen, fondé au Harrar par le docteur Vitalien.

L'hôpital Makonnen, situé au centre même de la ville de Harrar, sur le terrain d'une ancienne caserne égyptienne, occupe un emplacement vaste, élevé, bien aéré et ayant vue sur un magnifique panorama.

Cet emplacement n'eut pas, tout d'abord, l'agrément du docteur qui préférait s'installer en dehors de la ville afin de mieux respecter les règles de l'hygiène moderne. Mais il dut céder aux instances du ras qui, désirant attacher son nom à l'établissement de bienfaisance, préconisait un hôpital *intra muros*.

Le personnel de l'hôpital comprend un médecin directeur, un pharmacien de première classe, un interprète, des infirmiers ou aides indigènes. A partir de l'exercice courant, le budget sera grevé par l'adjonction d'un personnel infirmier européen et par les appointements d'un médecin administrateur destiné à remplacer le directeur fondateur appelé à d'autres fonctions auprès de l'empereur Ménélik.

A Addis-Abbaba, il existe un hôpital russe qui rend les meilleurs services. Néanmoins, le docteur Vitalien, qui a établi, comme je viens de l'exposer, l'hôpital de Harrar, se propose, allant résider à Addis-Abbaba, d'organiser, à côté de l'hôpital russe, une œuvre de consultations médicales avec distribution de médicaments. »

L'Académie des sciences morales et politiques a attribué, sur le prix Félix de Beaujour (mesures contre l'alcoolisme), une récompense de 2,000 fr. à M. le docteur L. Rouxel (de Paris).

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris.—Imprimerie de la *Semaine Médicale*, 51, rue Croix-des-Petits-Champs.—J. Charpentier.